

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Bc. Denisa Zábranská

Resilience v čase krize

Resilience in times of crisis

Praha 2022

Vedoucí práce: PhDr. Iva Štětovská Ph.D

Poděkování

Děkuji paní doktorce Štětové za trpělivé, vstřícné a podnětné vedení při psaní této diplomové práce. Děkuji také moc rodičům za péči a podporu ve studiu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 10. dubna 2022

Bc. Denisa Zábranská

Abstrakt (česky)

Diplomová práce se věnuje konstruktu resilience, kterou pojímá jako proces adaptace na nepřízeň, a zkoumá ji v kontextu pandemie nemoci COVID-19 u osob starších 60 let. Cílem této práce je porozumět resilienci během krize v průběhu času u statisticky nejohroženější věkové skupiny. Za účelem komplexního porozumění tohoto konstruktů obsahuje literárně přehledová část historické a teoretické poznatky spolu s aktuálními výsledky výzkumů z nedávných let. Práce popisuje mechanismy, konkrétně kognitivní hodnocení, emoční regulaci a efekt zocelení, které jsou považovány za klíčové v procesu resilience, a poznatky ze zkoumání specifík u resilience u osob ve vyšším věku, v krizi a jejich kombinaci.

Empirická část prezentuje realizovaný kombinovaný výzkum, ve kterém byla realizována nejprve kvantitativní část, ze které byl vybrán vzorek respondentů pro kvalitativní šetření. V první části byla sbírána kvantitativní data prostřednictvím škály CD-RISC-25, a v druhé části proběhlo celkem 15 polostrukturovaných rozhovorů vybraných podle skóre na škále CD-RISC-25. Výsledky explorační analýzy kvantitativních dat a tematické analýzy kvalitativních dat poukázaly na rozdílné dopady na fungování respondentů a na obtížnost adaptace na situaci. Tematická analýza kvalitativních dat identifikovala pět témat souvisejících s resiliencí, kterými jsou dopady pandemie, typ trajektorie resilience, mechanismy resilience, procesy a proměnné související s resiliencí. Následná komparace vytvořených podskupin podle skóre na škále CD-RISC-25 ukázala, že byly zaznamenány rozdíly pouze v typu trajektorie a v dopadech. Tyto poznatky nasvědčují o možné kontinuální povaze resilience a podporují další zkoumání typů trajektorií procesu resilience.

Klíčová slova

Resilience, resilience v pandemii COVID-19, proces resilience, mechanismus resilience, resilience ve vyšším věku

Abstract (in English):

The thesis focuses on the construct of resilience, which is conceptualised as a process of adaptation to adversity, and examines it in the context of the COVID-19 pandemic in people over 60 years of age. The aim of this thesis is to understand resilience over time during a crisis in the statistically most at-risk age group. In order to gain a comprehensive understanding of this construct, the literature review section includes historical and theoretical insights along with recent research findings. The thesis describes the mechanisms, specifically cognitive appraisal, emotion regulation, and the ironing effect, that are thought to be key in the resilience process, and the findings from investigations of the specifics of resilience in older age, crisis, and a combination of the two.

The empirical part presents the conducted mix-method research, in which the quantitative part was conducted first, from which a part of respondents was selected for the qualitative research. In the first part quantitative data were collected through the CD-RISC-25 scale, and in the second part a total of 15 semi-structured interviews were conducted, selected according to the scores on the CD-RISC-25 scale. The results of the exploratory analysis of the quantitative data and the thematic analysis of the qualitative data showed different impacts on the functioning of the respondents and the difficulty of adaptation to the situation. The thematic analysis of qualitative data identified five themes related to resilience, which are pandemic impacts, type of resilience trajectory, mechanisms of resilience, and processes and variables related to resilience. Subsequent comparison of the subgroups formed according to the CD-RISC-25 scale scores showed that differences were noted only in the type of trajectory and in the impacts. These findings suggest the possible continuous nature of resilience and support further exploration of trajectory types in the resilience process.

Klíčová slova (anglicky):

Resilience, resilience in the COVID-19 pandemic, process of resilience, mechanisms of resilience, resilience in older age

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	KONCEPT PSYCHOLOGICKÉ RESILIENCE	3
2.1	ETYMOLOGIE A HISTORIE POJMU RESILIENCE	3
2.2	HISTORIE ZKOUMÁNÍ RESILIENCE V PSYCHOLOGII	4
2.3	SOUČASNÁ POJETÍ KONCEPTU RESILIENCE A DEFINICE.....	5
2.4	VYBRANÉ VIZUÁLNÍ REPREZENTACE RESILIENCE	7
2.4.1	<i>Dynamický multisystémový model resilience.....</i>	<i>7</i>
2.4.2	<i>Dvoucestný model resilience</i>	<i>11</i>
2.4.3	<i>Schéma resilience</i>	<i>12</i>
2.5	MĚŘENÍ RESILIENCE	15
2.5.1	<i>The Brief Resilience Scale</i>	<i>16</i>
2.5.2	<i>The Connor Davidson resilience scale</i>	<i>17</i>
2.5.3	<i>The Resilience Scale for Adults</i>	<i>17</i>
3	MECHANISMY RESILIENCE	19
3.1	NEUROBIOLOGICKÉ MECHANISMY	19
3.2	PSYCHOLOGICKÉ MECHANISMY	21
3.2.1	<i>Emoční regulace</i>	<i>21</i>
3.2.2	<i>Kognitivní hodnocení.....</i>	<i>23</i>
3.2.3	<i>Zocelující efekt.....</i>	<i>24</i>
3.3	MODEL Y ORGANIZUJÍCÍ MECHANISMY RESILIENCE.....	25
3.3.1	<i>Kognitivní model.....</i>	<i>26</i>
3.3.2	<i>Model psychologické imunity-psychologické elasticity (PI-PE)</i>	<i>28</i>
3.4	DALŠÍ POTENCIÁLNÍ MECHANISMY A PROMĚNNÉ PROCESU	30
4	VYBRANÉ ASPEKTY RESILIENCE VE SPECIFICKÉM KONTEXTU ...	33
4.1	RESILIENCE VE VYŠŠÍM VĚKU	33
4.2	RESILIENCE V KRIZI.....	35
4.2.1	<i>Specifika pandemie COVID-19.....</i>	<i>38</i>
4.3	RESILIENCE VE VYŠŠÍM VĚKU BĚHEM PANDEMIE NEMOCI COVID-19.....	39

5	EMPIRICKÁ ČÁST	41
5.1	CÍL VÝZKUMU	43
5.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
6	DESIGN VÝZKUMNÉHO PROJEKTU	45
6.1	TYP VÝZKUMU – EXPLANAČNÍ SEKVENČNÍ KOMBINOVANÝ VÝZKUM	45
6.2	METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	48
6.2.1	<i>Sebeposuzovací dotazník</i>	48
6.2.2	<i>Polostrukturovaný rozhovor</i>	49
6.3	PILOTÁŽ	51
6.4	METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	52
6.4.1	<i>Kvantitativní fáze</i>	52
6.4.2	<i>Kvalitativní fáze</i>	52
6.5	ETIKA VÝZKUMU	57
7	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	59
7.1	METODY VÝBĚRU A VÝBĚROVÁ SPECIFIKA	59
7.2	CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO SOUBORU	61
7.2.1	<i>Kvantitativní část</i>	61
7.2.2	<i>Kvalitativní část</i>	64
8	VÝSLEDKY	65
8.1	KVANTITATIVNÍ ČÁST	65
8.2	KVALITATIVNÍ ČÁST	69
8.2.1	<i>Dopady pandemie</i>	70
8.2.2	<i>Mechanismy resilience.....</i>	74
8.2.3	<i>Procesy související s resiliencí</i>	79
8.2.4	<i>Proměnné resilience</i>	85
8.2.5	<i>Typ resilience.....</i>	89
8.3	ROZDÍLY MEZI SKUPINAMI RESPONDENTŮ.....	93
8.4	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	95
9	DISKUSE	98
9.1	DISKUSE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	98
9.2	LIMITY VÝZKUMU	102

9.3	MOŽNOSTI DALŠÍHO ZKOUMÁNÍ.....	104
10	ZÁVĚR	105
11	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	107
12	SEZNAM OBRÁZKŮ:	132
13	SEZNAM TABULEK:	133
	SEZNAM ZKRATEK:.....	134
	PŘÍLOHA 1.....	I

1 Úvod

Resilience neboli odolnost. Slovo, které v poslední době stoupá na popularitě (Bonanno et al., 2015). Co to slovo vlastně znamená? V jednom výzkumu se ptali 68 lékařů, jak chápou resilienci, a více než polovina respondentů ji považovala za „zvládání těžkosti“, další značná část za „vytrvání navzdory nepřízni“ a „udržení wellbeingu a štěstí“ (Angelopoulou & Panagopoulou, 2022).

V roce 2020 se do celého světa rozšířila nemoc COVID-19 způsobená novým typem koronaviru SARS-CoV-2. V návaznosti na tuto pandemii bylo v České republice vydáno mnoho nařízení s cílem zamezit masivnímu promožení populace, zahlcení zdravotního systému a úmrtí na tuto nemoc. Podle statistik byli prvními několika mutacemi ohroženi nejvíce lidé ve vyšším věku a lidé s vážnými zdravotními obtížemi (Komenda et al., 2020). Bohužel tato pandemická situace a vydaná opatření negativně dopadla na různé lidi, a tak jsem si v jejím průběhu kladla otázku, jak mohla dopadat na naše nejohroženější spoluobčany? Projevil se fenomén resilience, a pokud ano, jak probíhal? Platí, že co nás nezabije, to nás posílí? Existují rozdíly mezi lidmi, kteří by mohli být hodnoceni jako resilientní a méně resilientní v průběhu zvládání pandemie? Pokud ano, jaké?

Výzkumníci, kteří zkoumají resilienci, ji definují různě, a ačkoliv zkoumání resilience probíhá už řadu let, neexistuje konsenzus v jejím pojetí. V současnosti se někteří výzkumníci přiklání k integrativnímu pojetí (Ungar et al., 2021), což je širší pojetí, které kombinuje a integruje více oblastí dohromady. Proto, aby byl čtenář seznámen s konceptem resilience právě v její rozmanitosti, je v první kapitole představena etymologie a historické kořeny pojmu resilience. Dále je resilience uvedena do současnosti spolu s krátkým představením historie zkoumání a pojetí resilience v psychologii. První kapitola také obsahuje tři modely, které vizuálně ilustrují klíčové aspekty resilience, a nástroje, kterými je možné kvantifikovat a měřit resilienci. Cílem této kapitoly je ucelené vymezení oblasti zkoumání spolu se srozumitelným představením relevantních a klíčových poznatků.

Se záměrem pochopit a popsat resilienci v její hloubce jsou v druhé kapitole prezentovány jak jednotlivé, tak i komplexní modely mechanismů, kde výzkumníci

popisují klíčové procesy resilience. Ve třetí kapitole jsou popsány relevantní poznatky k resilienci ve specifickém kontextu, tedy v krizi, u starších osob a v obou těchto kombinacích.

Empirická část této práce sdružuje informace o realizovaném kombinovaném výzkumu, jehož snahou bylo poznat resilienci v její šířce a hloubce u osob starších 60 let v čase probíhající pandemie nemoci COVID-19. Nejprve jsou vymezeny cíle a výzkumné otázky a poté následuje design a popis výzkumného souboru. V první části výzkumu je realizován kvantitativní výzkum, ve kterém je kvantifikována resilience škálou resilience CD-RISC-25, která k resilienci přistupuje jako k osobnostní proměnné. Do druhé části jsou vybráni respondenti s nejnižšími a nejvyššími skóre s cílem zachytit a popsat konkrétní mechanismy a procesy resilience a případně zachytit kontrast mezi níže a výše skórujícími respondenty. Druhá část výzkumu se soustředí na rozšíření poznatků o procesu resilience prostřednictvím tematické analýzy polostrukturovaných rozhovorů s účastníky.

V této práci jsem se snažila především vycházet z aktuálních zahraničních výzkumů a v případě dostupnosti byly představeny metaanalýzy. Vzhledem k tomu, že zkoumání mechanismů resilience je poměrně nová záležitost, jsou ve druhé kapitole představeny i teorie, které vznikly v posledních letech a vyžadují jejich další kritické zkoumání a testování. Výzkumy byly vyhledány na internetu prostřednictvím univerzitního vyhledávače (pez.cuni.cz) a internetového vyhledávače vědeckých prací (scholar.google.cz). Zdroje jsou v práci citovány podle 7. vydání citační normy APA (American Psychological Association, 2020).

2 Koncept psychologické resilience

V této kapitole ve stručnosti představím historii a etymologii pojmu resilience, současná pojetí jeho vymezení a vybrané vizuální reprezentace. V závěru kapitoly popíši některé nástroje umožňující kvantifikaci resilience. Cílem této kapitoly je uvést resilienci v kontextu historického i současného zkoumání resilience, definovat ji a vymezit přístup k jejímu zkoumání v této práci tak, aby byla v souladu se současnými vědeckými poznatky.

2.1 Etymologie a historie pojmu resilience

Pojem resilience má bohatou historii, přičemž v současnosti je skloňována v mnoha oblastech lidského poznání. Vychází ze slovesa „*resilire*“, které v latině nese význam pro retrogradní pohyby předmětu (skákání, odskakování, odražení). Pokud bychom toto sloveso rozdělili, tak „*re*“ znamená znovu a „*salire*“ skočit (Smith et al., 2008). Do češtiny bývá pojem přeložen jako „**odolnost**“ a někdy také „**nezdolnost**“ (Dudášová et al., 2021), ale vzhledem ke ztrátě různých konotací, které se s pojmem pojí, Novotný (2014) doporučuje používat jej v originální podobě.

Ačkoliv se od roku 1430 pojem vyskytuje v pozdně středověké francouzštině jako **právnícký výraz** pro ukončení smlouvy a obecně pro obnovení původního právního stavu – jako sloveso „*résilier*“, tak první použití ve smyslu „odolnosti“ je přisuzováno Francisovi Baconovi, který jej v roce 1625 v díle *Sylva Sylvarum* použil při srovnávání mechanické a optické zpětné vazby a akustických ozvěn. Zásluha za rozšíření pojmu je přičítána i **Janu Amosi Komenskému**, který převzal význam od Bacona a použil jej ve svém díle *Synopsis of Physics* publikovaném v letech 1633 v latině a 1651 v angličtině. Během druhé poloviny sedmnáctého století se pojem stal běžným pro označení **fyzické protireakce** jakéhokoliv typu a pro návrat do počátečního stavu (Ruth & Goessling-Reisemann, 2019). V mechanice se později začal používat ve smyslu pružnosti pro popis materiálů při odolávání tlaku. Pojem se jako metafora objevil i v literatuře a později pronikal i mimo technické obory (Alexander, 2013).

Ve fyziologii jeho použití nalezneme na konci 18. století v souvislosti s fyzickou „resiliencí“ plic a cév a později ve smyslu obecné odolnosti vůči tlaku, stresu a celkové zátěži na tělo. V 70. letech 20. století se pojem poprvé objevil i v ekologii (Ruth & Goessling-Reisemann, 2019), Holling (1973) jej použil ve smyslu míry schopnosti systému

vytrvat, absorbovat změny při narušení a udržet stejné vztahy mezi proměnnými. V **psychologii** jsou počátky studia resilience spojovány s americkým psychiatrem **Normanem Garmezy**, který se věnoval vývojové psychopatologii. Od 50. let minulého století se začal zabývat otázkou, proč se někteří jeho pacienti se schizofrenií odrazí zpátky do života a daří se jim dobře, zatímco jiným se daří špatně, ačkoliv mají stejnou diagnózu. Později se zaměřil na výzkum dětí ohrožených vznikem psychopatologie (Garcia-dia et al., 2013). Garmezy původně používal termín „kompetence“ jako měřítko psychologické robustnosti dítěte (Garmezy, 1971). Děti, které výjimečně dobře prospívaly navzdory nesnázím z počátku byli nazývané „nezranitelné“ („invulnerable.“) (Anthony, 1974), avšak v 80. letech se začalo přiklánět k pojmu resilience (Garmezy et al., 1984). Resilienci Garmezy (1991) definuje jako *“schopnost zotavení se a udržení si adaptivního chování, které následuje i po počátečním ústupu, nebo neschopnosti po zahájení stresující události”*.

Pojem se dále rozšiřoval do **dalších oblastí** a v současnosti jej nalezneme i v mnoha dalších oborech, jako např. v sociologii, sociální geografii (Alexander, 2013), epigenetice, veřejném zdraví a ekonomii. Obvykle je pojem „resilience“ použit k popisu způsobu, jak se systém jakékoliv velikosti nejen zotavuje z nesnází, ale jak dokáže vydržet a prospívat (Ungar et al., 2021).

2.2 Historie zkoumání resilience v psychologii

Výzkum resilience v psychologii je relativně mladou oblastí zkoumání, ale vzhledem k její složitosti a množství proměnných, které je třeba zohlednit, se historie jejího zkoumání člení do čtyř tematických vln (Ungar et al., 2021).

První vlna zkoumání započala fenomenologickou identifikací a deskripcí charakteristik lidí (většinou dětí, či dospívajících), kteří prospívali navzdory rizikovému prostředí a kteří se tak odlišovali od těch, co podlehli prostředí a začali vykazovat destruktivní chování. Výsledkem této vlny je **výčet interních a externích vlastností**, které pomáhají lidem zvládnout nepříznivé situace či se od nich odrazit. (Richardson, 2002).

Dle Liebenbergové a Ungara (2009) bylo v **druhé vlně** výzkumů na resilienci nahlíženo jako na dynamickou interakci mezi člověkem a prostředím. Oblastí výzkumu byla snaha porozumět, jakým způsobem jsou získány vlastnosti, které pomáhají lidem zvládnout nepřízeň osudu a které byly identifikovány v první vlně (Richardson, 2002).

Tyto výzkumy přispěly k větší kontextualizaci studia resilience, včetně zkoumání, **jak jedinci interagují s dalšími systémy v průběhu života**, což přispělo k mnohem větší obezřetnosti při generalizování rizikových a protektivních faktorů (Wright & Masten, 2005).

Třetí vlna studia resilience se soustředila na **intervenci a preventivní podporu** resilience. Zprvu design těchto intervencí vycházel z teorií („theory-driven“), ale postupem času rostl počet a frekvence experimentálních studií, které testovaly teorie resilience. Současně se rozvíjela i věda o prevenci („prevention science“), která přinesla nové poznatky o významu podpory kompetencí ve strategiích prevence či zlepšení rizikového chování a dalších problémů (Wright & Masten, 2005). Významnou motivací těchto studií byla snaha pomoci dětem vyrůstajícím v nepříznivém prostředí, u kterých se neočekával samovolný rozvoj resilience (Masten & Obradović, 2006).

Poslední **čtvrtá vlna** je charakteristická soustředěním se na **víceúrovňovou analýzu** napříč biologickými, psychologickými a environmentálními systémy, dynamiku adaptace a změn a **integrací** poznatků (Ungar et al., 2021). Mastenová (2014) přičítá podíl na vzniku této vlny rozvoji technologií a novým poznatkům v genetice, statistice a neurovědách.

2.3 Současná pojetí konceptu resilience a definice

Resilience je pojem, který je v současnosti stále koncepčně nejasný. Panuje malá shoda na tom, jak jej definovat a operacionalizovat tak, aby byla zachycena jeho komplexnost (Southwick et al., 2014). Meredith a kolektiv (2011) identifikovali přes sto definicí ve svém review literatury a zjistili, že kromě **různých přístupů** je použita také **různá terminologie**. K resilienci je možné přistupovat jako k osobnostní charakteristice, považovat ji za proces, výsledek, dynamický vývojový proces nebo vše výše vyjmenované (Reich, Zautra, & Hall, 2010). Pietrzak a Southwick (2011) se domnívají, že ve skutečnosti resilience existuje spíše v podobě kontinua, které je přítomno v různých stupních v různých oblastech života, než v binární podobě presence či absence tohoto jevu.

Především v počátcích výzkumu byla resilience pojímána **staticky** jako osobnostní vlastnost, přičemž se výzkumníci snažili najít určitou charakteristiku, která by vysvětlovala odolnost proti nepříznivým vlivům, avšak progres ve zkoumání ukázal, že jedna

samostatná vlastnost pravděpodobně neexistuje (Novotný, 2014). Někteří se stále snaží zkoumat osobnostní charakteristiky přispívající k resilienci, kterou pro lepší orientaci nazývají ego-resiliencí (Seaton & Beaumont, 2020). Jiní autoři (Luthar et al., 2000) se proti resilienci jako osobnostní vlastnosti vymezují. I Mastenová (1994) v rané práci navrhuje, aby se v angličtině nepoužíval pojem „resiliency”, který implikuje pojetí resilience jako osobnostní vlastnosti, i když později naznačuje možnou účast vlastností, avšak zdůrazňuje jejich formovatelnost v čase: *“Existují dimenze osobnosti (nebo temperamentu), které jsou konzistentně asociovány s odolností, jako je svědomitost; avšak existují důkazy o tom, že osobnostní rysy jsou formovány zkušenostmi.”* (Masten, 2013). Ačkoliv dříve se Mastenová vymezovala proti pojetí resilience jako vlastnosti, sama ji v současnosti definuje jako *“schopnost (kapacitu) dynamického systému se úspěšně adaptovat na vyrušení, která ohrožují systémové fungování, životaschopnost, nebo rozvoj”* (Masten, 2014), přičemž Novotný (2014) toto pojetí považuje do určité míry jako komplexní vlastnost.

Někteří autoři (Luthar et al., 2000) upozorňují, že statické pojetí resilience jako vlastnosti může být i škodlivé, protože naznačuje, že pokud člověk tuto osobnostní vlastnost nemá, tak ztrácí možnost zvládnutí nesnází, případně může nabýt dojmu, že by měl obtíže zvládnout sám. I proto se kloní k **dynamickému pojetí**, tedy resilienci jako procesu. Definuje ji jako *„dynamický proces zahrnující pozitivní adaptaci v kontextu významných nesnází (adversity)”*.

V současnosti existuje řada autorů přiklánějících se k **interakčnímu pojetí** resilience. Například Ungar a kol. (2021) resilienci chápe multidimenzionálně a definuje ji následovně: *„V kontextu vystavení atypickému stresu nebo nesnázím, individuálním či kolektivním, resilience odkazuje na proces udržení wellbeingu, který využívá biologické, psychologické, sociální a environmentální protektivní či podpůrné faktory a procesy.”* Rutter (2006) se také přiklání k interaktivnímu pojetí resilience, avšak klade důraz na **výsledek** resilience: *„Někteří jedinci mají relativně dobrý výsledek, přestože zažili vážné stresy nebo nesnáze – jejich výsledek je lepší než u jiných jedinců, kteří utrpěli stejné zkušenosti.”*

Americká psychologická asociace kombinuje tyto přístupy a uvádí, že resilience je *„proces a výsledek úspěšného přizpůsobení se obtížným nebo náročným životním zkušenostem, zejména prostřednictvím mentální, emoční a behaviorální flexibility a přizpůsobení se vnějším a vnitřním požadavkům”*. Zároveň upozorňuje, že řada faktorů

přispívá k tomu, jak dobře se lidé přizpůsobují (dictionary.apa.org, 2021). Vzhledem ke komplexnosti a psychologickému akcentu této definice budu vycházet a operacionalizovat resilienci podle této definice.

Fletcher a Sarkar (2013) poukazují na to, že většina definic je založena na dvou základních konceptech – **nepřízní** („*adversity*“) a **pozitivní adaptaci**. Nepřízeň může mít podobu od každodenních drobných obtíží až po těžké životní situace, i když někteří výzkumníci navrhuji přehodnotit, zda situace, které nevykazují negativní dopad na jedince mohou být definovány jako nepříznivé (Ayed et al., 2019). Pozitivní adaptace musí být přiměřeně koncepčně demonstrována vzhledem k posuzované oblasti, např. pro školní děti by byly indikátorem školní výsledky (Fletcher & Sarkar, 2013). Zároveň však Bonnano a kolektiv (2015) upozorňují, že resilience neznamena absenci psychopatologie, a ani stav absence negativních pocitů, neboť ty mohou být do určité míry součástí adaptivní reakce (Shahzad & Collard, 2019). Pangallo (2014) k těmto dvou konceptem, přidává ještě třetí a to **presenci** individuálních a environmentálních **zdrojů**, které facilitují pozitivní adaptaci.

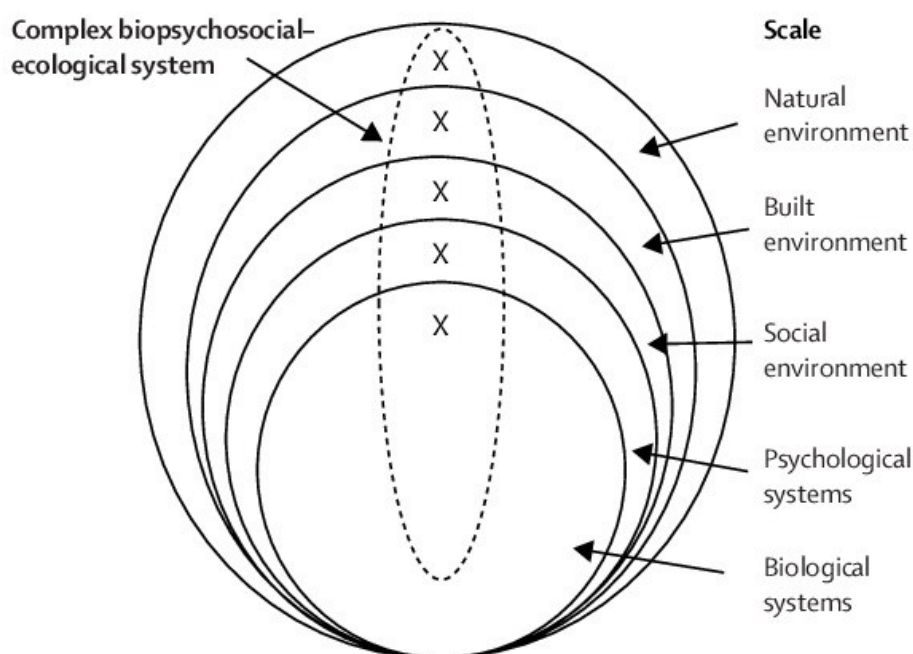
2.4 Vybrané vizuální reprezentace resilience

Pro lepší porozumění konceptu resilience a orientaci v klíčových aspektech budou v následující podkapitole představeny tři relevantní vizuální modely a schémata související s procesem resilience.

2.4.1 Dynamický multisystémový model resilience

Jedním z klíčových aspektů resilience jsou faktory ovlivňující resilienci. Existují hypotézy o pozitivních vlivech těchto faktorů na fyzické zdraví, které podpořila metaanalýza longitudinálních studií od Parka a kolektivu (2021), ve které **vyšší hodnoty zdrojů** (především individuálních a interpersonálních) resilience asociovali s lepšími kardiovaskulárními výsledky. Ungar a Theron (2019) prezentují systemický model resilience, v němž popisují několik systémů (měřítek), ve kterých se mohou protektivní faktory nacházet. Resilienci považují za proces a přistupují k ní z multisystémového pojetí. Upozorňují, že žádný systém nemůže být samostatně a výlučně zodpovědný za komplexní procesy asociované s resiliencí a výsledkem resilience. Ve svém modelu (Obrázek 1) ilustrují různorodé **protektivní a podpůrné faktory** („*protective and promotive factors*“), které mohou fungovat jako **zdroje** pro resilienci. Každý faktor se nachází na samostatné a

odlišné úrovni a je znázorněn pomocí písmene „X“ a jako celek se nacházejí uvnitř multilevelového systému, který je znázorněn přerušovanou čarou ve tvaru elipsy. Autoři jej nazývají komplexním biopsychosociálně ekologickým systémem, který může symbolizovat člověka, ale i jiné druhy systémů. Faktory uvnitř systému se mohou vzájemně ovlivňovat a představují také dynamiku celého procesu (Ungar et al., 2021).



Obrázek 1 Systemický model resilience; zdroj: Ungar a Theronová (2019)

Dle Reicha a Zautra (2012) jsou **biologické faktory** ovlivňující resilienci např. variabilita srdeční frekvence, míra pohybu, výživa nebo aktivita imunitního systému. V souvislosti s resiliencí jsou zkoumány také různé neurohumorální, endokrinní, autonomní a imunitní systémy lidského těla. Existují studie zkoumající konkrétní geny (Maul et al., 2019), konkrétních hormonů, části mozku (Russo et al., 2012) a dokonce existují hypotézy o molekulárních procesech v neuronech (Pfau & Russo, 2015). Významnými oblastmi zkoumání je fyziologická reakce na stress (McEwen & Stellar, 1993) a mechanismy znovunastolení neurohumorální rovnováhy (Charney, 2004). Existuje snaha odhadnout procento genetického podílu na resilienci. Proběhly dvě studie na dvojčatech, které zkoumaly podíl dědičnosti a vlivu enviromentálního prostředí s ohledem na intenzitu nepřízně. V první longitudinální studii na 7 500 participantech byla nalezena středně silná **genetická dědičnost resilience** (~31 %), se začleněním chyby měření do modelu se zvýšila odhadovaná dědičnost pro latentní konstrukt resilience (~50 %) (Amstadter et al.,

2014). Ve druhé studii byla resilience operacionalizovaná nejen jako absence duševních potíží (typ 2), ale také jako prezence duševního zdraví (typ 1). Výsledky participujících dvojčat ($n = 1987$) pro typ 1 odhadují genetickou korelaci 0.30 a 0.24 pro typ 2. Korelace mezi oběma typy resilience vyšla 0.43. (Hofgaard et al., 2021). Výzkumníci zkoumají i spojitost pohlaví, ve studii dvojčat ($n=998$) vycházelo, že pozitivní afektivita je stejně dědičná u mužů ($h^2 = .60$) jako u žen ($h^2 = .59$), avšak po odečtení stresorů vychází dědičná resilience menší u žen ($h^2 = .38$) než u mužů ($h^2 = .52$) na hladině významnosti $p < .05$ (Boardman et al., 2008). Domnívám se, že je potřebné další zkoumání o pohlavních rozdílech, neboť provedené metaanalýzy se se svými závěry velmi odlišují (Gök & Koğar, 2021).

Existuje nespočetná řada výzkumů zkoumajících **psychologické faktory** resilience. Vzhledem k limitovanému prostoru vyberu pouze výsledky relevantních metaanalýz. Lee a kolektiv (2013) v metaanalýze 33 studií uvádějí, že resilience nejsilněji signifikantně pozitivně korelovala se **self-efficacy** ($r = .61$) a **pozitivní afektivitou** ($r = .59$), dále se **sebevědomím** („self-esteem“) ($r = .55$), **životní spokojeností** ($r = .43$) a **optimismem** ($r = .42$). Všechny tyto korelace vyšly na signifikantní hladině významnosti ($p < .001$). Resilience byla operacionalizována a měřena různými verzemi dotazníků CD-RISC a RS. V jiné metaanalýze 34 studií byla zkoumána **spiritualita/religiozita**, jejíž výsledek je středně silná velikost efektu s resiliencí ($r = .40$, $p < .01$) (Schwalm et al., 2021). Resilience v metaanalýze 60 studií také pozitivně korelovala s indikátory **duševního zdraví** ($r = .50$, $p < .001$) (Hu et al., 2015), stejně jako v jiné metaanalýze 55 studií, ve které byla zaměřena na lidi se somatickým onemocněním ($r = .43$, $p < .001$) (Färber & Rosendahl, 2018). Resilience byla zkoumána i v rámci osobnostní typologie Big Five, kdy pozitivně korelovala s extravertí ($r = .34$), otevřeností ($r = .31$) a negativně s neuroticismem ($r = -.46$) na hladině významnosti $p < .001$ (Oshio et al., 2018). Jiná metaanalýza podpořila hypotézu, že **attachment a presence jisté vazby** v dospělosti pozitivně asociuje s resiliencí. Autoři studie se domnívají, že attachment je nezbytným předpokladem pozitivní adaptace, přičemž vazba nemusí být vytvořena v rámci primární rodiny, ale i v okruhu blízkých osob (Rasmussen et al., 2019).

Pozornost výzkumníků je směřována i na **sociální faktory**, zejména je pak hojně zkoumána souvislost resilience a sociální podpory (Ozbay et al., 2007; Park et al., 2021), protože umožňuje jednotlivcům rozvíjet jejich osobní zdroje a napomáhá učení a budování důvěry, zejména ve středně silných či dlouhodobých nepříznivých situacích (Fletcher &

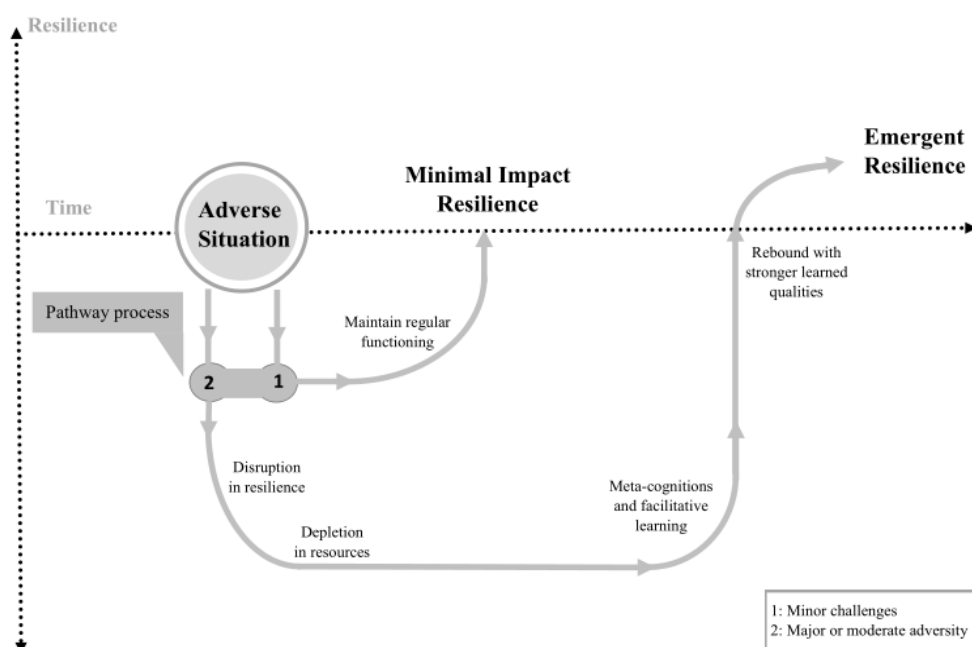
Sarkar, 2016). Metaanalýza 46 studií analyzující asociaci mezi sociální podporou a posttraumatickým růstem reportovala pozitivní středně silnou velikost efektu ($r = .26$) na signifikantní hladině významnosti ($p < .001$) (Prati & Pietrantonio, 2009). Ačkoliv je posttraumatický růst odlišný konstrukt, který není ekvivalentní s resiliencí, podle Ayed a kolektivu (2019) se může prolínat s resiliencí. Někteří autoři považují trajektorii posttraumatického růstu jako subtyp resilience (Masten, 2014).

Existují také **kulturní faktory**, které mohou fungovat jako protektivní faktory v rámci procesu resilience. Například jsou popsány rozdíly mezi jihoafrickými černošskými adolescenty, jejichž resilience je pozitivně asociována s přijímáním péče od silných černošských žen bez ohledu na biologickou příbuznost, kdežto v západním kontextu se poukazuje na významnost primárních pečovatelů (Ungar et al., 2021). Výzkumy poukazují na protektivní dopady spirituálních nebo náboženských přesvědčení, které mohou být chápány jako specifické dimenze kultury (Raghavan & Sandanapitchai, 2019; Han et al., 2016). Ukazuje se, že socioekonomický status (Steptoe & Feldman, 2001) a ekonomické zdroje (Hobfoll et al., 2007; Southwick et al., 2014) mohou mít souvislost s resiliencí. Dále jsou zkoumány také **environmentální faktory**, například Kühn a kolektiv (2017) zkoumali pomocí funkční magnetické rezonance efekt lesa, městské zeleně, vody a pustiny a jejich výsledky naznačují asociaci integrity amygdaly a lesa, což může dle autorů mít salutogenní účinky na amygdalu, která je považována za důležitou oblast při reakci na negativní stimul (Bolsinger et al., 2018). K podobnému závěru za svého výzkumu došli i Beyer a kolektiv (2013), ve kterém korelovali zeleň v okolí a mentální zdraví respondenta, ve které studii ukázala, že jedinci žijící v oblastech s menším než 10% podílem stromů vykazovali signifikantně nižší duševní zdraví.

Faktory resilience se mohou objevovat v kontextu mnoha různých systémů, avšak nemohou být ve všech případech rigidně kategorizovány jako protektivní či podpůrné, neboť mohou mít v jednotlivých případech **rozdílný dopad** na resilienci u konkrétních osob. Například konkrétně psychologický faktor – emoční stažení („*emotional withdrawal*“) může být protektivní v kontextu zneužívání jedince jeho pečovatelem, avšak u člověka, který má možnost bezpečného attachmentu ke svému pečovateli, tento faktor nemusí být podpůrný, ani protektivní (Jones & Tanner, 2015). Jsou zkoumány také rizikové faktory, které mohou resilienci znesnadňovat, jako např. úzkost, deprese, PTSD, negativní afektivita a pociťovaný stres (Lee et al., 2013), které však dále nebudu popisovat, neboť to neodpovídá koncepčnímu zaměření tohoto modelu a této práce.

2.4.2 Dvoucestný model resilience

Následující model přistupuje k resilienci jako procesu a bere do úvahy i míru dopadu nepříznivé situace a její následný vývoj v čase. Tento model (Obrázek 2) ilustruje dva kvalitativně odlišné typy resilience a její trajektorie a byl vyvinut pro modelaci procesu resilience v rámci sportovního a pracovního prostředí, avšak vychází z práce Bonanna a Diminicha (2013), kteří tyto dva subtypy rozdělují pro obecnou populaci. Nepříznivou situaci autoři hodnotí podle **doby trvání a rozsahu**. Konkrétně rozlišují mezi procesem **resilience s nízkými dopady** („*minimal-impact resilience*“), který je charakterizován nízkou náročností či proaktivním přizpůsobením se na situaci a **resiliencí rozvíjející se** („*emergent resilience*“), která se rozvíjí v návaznosti na akutní nepříznivou situaci či chronický stres a kvalitativně se jedná o těžší náročnější situaci (Bryan et al., 2017). V procesu rozvíjející se resilience na počátku dochází k narušení fungování, vyčerpání zdrojů a teprve poté se postupně rozvíjí zdravá adaptace na tuto situaci, na rozdíl od resilience po minimálních dopadech, při které sice také může dojít ke stresové reakci, avšak ta je pomíjivá, mírná a nenarušuje fungování. To je zachováno na podobné úrovni jako před nepříznivou situací (Bonanno & Diminich, 2013).



Obrázek 2 Dvoucestný model resilience; zdroj: Bryan a kolektiv (2017)

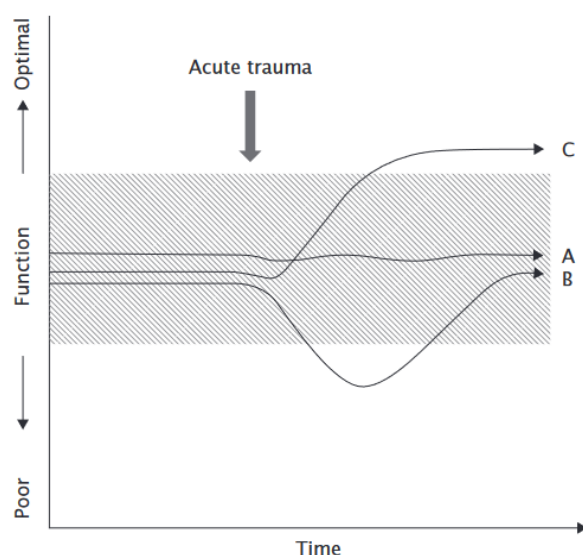
Někteří výzkumníci považují významnou nepříznivou situaci za podmínku resilience (Britt et al., 2016), avšak v současnosti neexistuje objektivní index pro hodnocení nepříznivé situace vzhledem k tomu, že je subjektivně posuzována dotčeným jedincem a může být ovlivněna řadou faktorů (Yao & Hsieh, 2019). Bonanno a Diminich (2013) rozlišují dva typy nepříznivé situace a zároveň je fixně přiřazují k jednotlivým trajektoriím. Resilienci na minimální dopady přiřazují **k akutní stresové události** a rozvíjející se resilienci **k chronické nepříznivé situaci**. Jejich argumentem pro toto přiřazení je, že považují za běžné a normální, že izolované stresory typicky způsobují přechodné poruchy v normálním přizpůsobení a fungování, ale poté se navrací do stavu fungování před stresorem, což je odlišné od procesu resilience po chronických nepříznivých situacích, které mají tendenci vytvářet více rozličné trajektorie mal/adaptace na nepříznivou situaci a mohou vést k trvalejším změnám v široké škále psychologických a fyziologických funkcí.

Galatzer-Levy, Huang a Bonanno (2018) se domnívají, že **závažnost** události **není klíčovým aspektem** prevalence resilience v obou typech resilience. Přezkoumali 54 studií a pozorovali, že z 67 možných případů byla resilience pozorovatelná v 63 případech a objevovala se neohledně na závažnost nepříznivé situace. Dokonce u více závažných nepříznivých situací dosáhla míra resilience vyšších hodnot. Například u poranění míchy byla prevalence resilience 66 % (Bonanno, Kennedy, et al., 2012) nebo u vystavení ohrožení života u policistů byla 88,1 % (Galatzer-Levy et al., 2011). Což ve srovnání s méně závažnými stresory, jako např. přechod na vysokou školu, kde byla míra odolnosti nižší – 62,9 %, dle autorů výzkumu naznačuje, že psychologické a biologické rozdíly mají větší vliv na individuální rozdílnosti dopadů stresu než objektivní úroveň závažnosti situace, i když samozřejmě existují i jiné hypotézy např. že se může jednat o trénované profesionály či starší jedince (Galatzer-Levy et al., 2018). Výsledky dalšího výzkumu ukázaly, že prevalence trajektorie resilience byla také téměř identická u jedinců, kteří prodělali jednu nebo více akutních, život ohrožujících zdravotních příhod ve stejném časovém období, což podporuje hypotézu, že míra nepříznivé situace nesnižuje míru resilience (Morin et al., 2017).

2.4.3 Schéma resilience

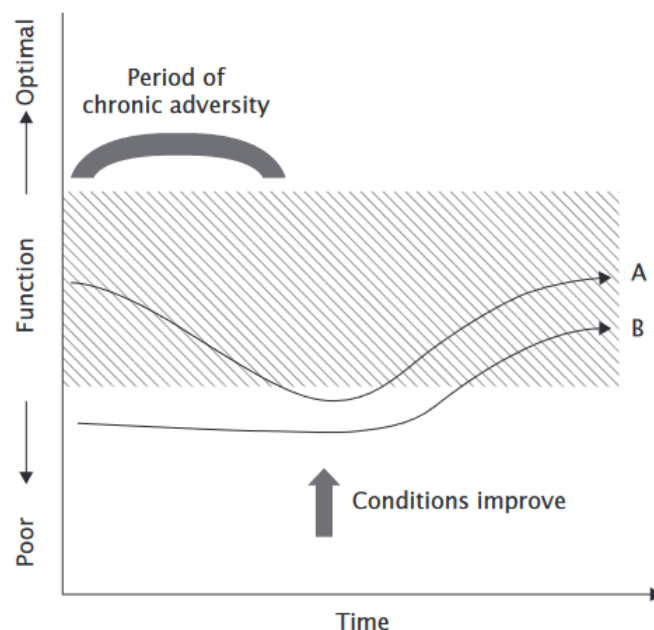
Vzhledem ke komplexnosti lidského života a mnoha vlivů na adaptaci a vývoj člověka je přirozené (Masten, 2014), že existují různá adaptivní nebo maladaptivní

schémata jako následky masivního traumatu či krize, která mohou potenciálně ohrozit rozvoj nebo fungování člověka (Masten et, 2006). Mastenová (2014) popisuje **čtyři** možná schémata resilience, která se objevují po nepříznivé situaci. Ačkoliv resilienci chápe jako schopnost úspěšně se adaptovat na situace, které mohou narušit rozvoj či fungování systému, tak nevylučuje, že se tato schopnost naplňuje v čase jako proces. Naopak uvádí, že tento přístup k resilienci umožňuje propojovat vědecké disciplíny napříč mnoha úrovněmi a integrovat získané poznatky o resilienci (Masten, 2016). V novější práci je rozděluje podle typu nepříznivé situace. Obrázek 3 ilustruje tři běžně pozorovatelné **trajektorie po akutní traumatické situaci**, které autorka nazývá: (A) stresová rezistence, (B) prolomení a následné zotavení a (C) posttraumatický růst.



Obrázek 3 Trajektorie resilience po akutním traumatu; zdroj: Mastenová (2021)

Obrázek č. 4 ilustruje dvě trajektorie resilience, které se objevují v návaznosti na **chronické nepříznivé časové období**. V tomto období jsou podmínky tak těžké, že dochází ke zhoršení fungování a zlepšení nastává po zlepšení podmínek, které se mohou objevit přirozeně či v návaznosti na intervenci. Tyto dvě trajektorie popisuje autorka následovně: (A) klesání a následné zotavení se po zlepšení podmínek a (B) normalizace, když jsou zlepšeny okolnosti (Masten, 2021).



Obrázek 4 Trajektorie po chronické těžké nepřízni; zdroj: Mastenová (2021)

Bonnano a Diminich (2013) upozorňují na problematiku trajektorie (B) **prolomení a následné zotavení**, protože ta se může objevit jako **typická trajektorie** po traumatické události spolu s minimálně středně těžkými symptomy a distresem, které přetrvávají po dobu alespoň několika měsíců, než postupně vymizejí minimálně v období roku. Autoři považují tuto trajektorii za resilienci pouze v návaznosti na chronickou nepříznivou situaci a jiní upozorňují (Martin-Breen & Anderies, 2011), že by měla být klasifikována **podle časové odezvy**, neboť resilientní odpověď by měla proběhnout v kratším čase, než je průměrný čas procesu adaptace.

Westphal a Bonanno (2007) odlišují od resilience také trajektorii (C) **posttraumatického růstu**, kterou nepovažují za pravděpodobný důsledek resilience. Hlavním argumentem pro toto tvrzení je, že úspěšná resilience se navrácí k podobnému fungování jako před nepříznivou situací a člověk po úspěšném resilientním procesu (ve smyslu resilience na minimální dopady) není motivován k dalšímu růstu, zatímco v rámci posttraumatického růstu přerůstá původní level více k optimálnímu fungování. Bonnano (2005) považuje za nejpravděpodobnější možnost posttraumatického růstu v rámci trajektorie zotavení. Posttraumatický růst Tedeschi a Calhoun (2004) definují jako „*pozitivně psychologickou změnu, ke které dochází v důsledku boje s vysoce náročnými životními okolnostmi*“.

Přístupy, které se orientují na resilienci ve formě **výsledku**, ji charakterizují pomocí určitých vzorců funkčního chování za přítomnosti rizika, např. udržení funkcionality, dobrého duševního zdraví či sociálních kompetencí (Olsson et al., 2003). Někteří výzkumníci operacionalizují resilienci prostřednictvím **přítomnosti well-beingu**, jako např. životní spokojenosti či pozitivní afektivity (Zautra et al., 2010), a jiní podle **nepřítomnosti tzv. ill-beingu** v podobě PTSD, deprese či úzkostí (Hofgaard, Nes a Roysamb, 2021). Keyes (2005) se na základě provedené konfirmační analýzy domnívá, že se jedná o samostatné, ale související unipolární konstrukty, které se překrývají pouze částečně. Olsson a kol. (2003) upozorňují, že je důležité k resilienci přistupovat nejen prostřednictvím psychologického well-beingu, protože jedinec může zažívat distres a zároveň se úspěšně zotavovat v čase.

2.5 Měření resilience

Ačkoliv existuje řada nástrojů vyvinutých pro měření resilience, všeobecně **není přijímán** ani jeden jako nejvhodnější (Pangallo & kol, 2015). Estrada a kolektiv (2016) se domnívají, že většina nástrojů měří resilienci nepřímo prostřednictvím kovariátů, antecedentů, výsledků či prostřednictvím nástrojů, u nichž se předpokládá souvislost s resiliencí (např. nástroje k měření well-beingu). Metodologické zhodnocení nástrojů realizoval Windle a kolektiv (2011), kteří identifikovali a posoudili **15** validních škál na základě předem připravených kritérií (kritéria validity, reliability) podle dostupných psychometrických údajů. Jejich výsledky ukázaly, že kromě jedné všechny zkoumané škály měří přítomnost faktorů a zdrojů facilitujících resilienci. Pouze Brief Resilience Scale měří resilienci jako výsledek schopnosti „odrazit se” zpět. Při hodnocení kvality jednotlivých škál dosáhli nejvyšších výsledků Psychological Capital Questionnaire, Resilience Scale for Adults (37 i 33 položková verze), Connor-Davidson Resilience Scale a Brief Resilience Scale.

Pangallo a kolektiv (2015) navázali na toto téma a ve svém systematickém přezkoumání vybrali **13** validovaných škál a posoudili jejich psychometrické vlastnosti a konceptualizaci. 6 ze 13 škál bylo zaměřeno pouze na intraindividuální charakteristiky, 5 identifikovalo jak interní, tak externí faktory a pouze dvě kromě těchto faktorů počítaly i s vývojovými vlivy. Žádný nástroj nerozlišoval situační faktor ani nezhodnotil varianci asociovanou se specifickými situacemi, a tak jako nejvhodnější pro interakční pojetí resilience doporučili nástroj, který obsahoval **klinický rozhovor**, tedy příležitost pro

zjištění dat o situaci. V rámci psychometrického posouzení bylo zhodnoceno 17 škál ve třech fázích. V první se zaměřili na formulaci teorie, v druhé na evidenci interní validity, a nakonec posoudili evidenci externí validity. Přijatelné psychometrické vlastnosti se ukázaly u čtyř škál (Brief Resilience Scale, Connor-Davidson Resilience Scale, Psychological Capital Questionnaire, Resilience Scale for Adults), avšak pouze dvě z nich Resilience Scale for Adults a Connor-Davidson Resilience Scale berou v úvahu i externí proměnné.

Ačkoliv v současnosti není žádný nástroj objektivně přijímán pro kvantifikaci procesu resilience, existuje snaha jej vytvořit. Ratcliff a kolektiv (2019) vyvinuli metodu The Area of Resilience to Stress Event s cílem kvantifikovat a zmapovat proces resilience a zaznamenat jej v čase, nicméně jeho použití dosud není podpořeno ani zaznamenáno v dalších studiích. Ungar a kolektiv (2021) upozorňují na důležitost zkoumání resilience **multisystémově**, tj. komplexně v souvislosti s biologickými, sociálními a ekonomickými procesy. Galatzer-Levy a kolektiv (2018) navrhuje ještě další možnost zkoumání resilience, a to prostřednictvím **modelování trajektorií**. Tyto modely mohou přinést kromě samotné informace o průběhu a procesu resilience také informace o rozdílech mezi vybranými vzorky, identifikovat mechanismy a případně určit cíle intervence.

2.5.1 The Brief Resilience Scale

The Brief Resilience Scale neboli stručná škála resilience byla vytvořena a validována Smithem a kolektivem (2008) v USA v anglickém jazyce pro dospělou populaci (19-62 let). Škála je zaměřena na **výsledek** resilience neboli schopnosti odrazit se zpět nebo se zotavit ze stresu. Je to sebesposuzovací škála tvořena jednou dimenzí, která obsahuje šest položek typu Likertovy škály a respondent hodnotí svou míru souhlasu s tvrzením.

Psychometrické údaje validity a reliability byly získány ze čtyř výběrových skupin. Dvě skupiny tvořili studenti ($n = 128$, $n = 64$), jednu kardiaci ($n = 144$) a jednu ženy s fibromyalgií ($n = 20 + 30$ kontrolní skupina). **Reliabilita** byla posuzována podle vnitřní konzistence, ve které vycházelo Cronbachovo alfa ve vzorcích od .80 do .91. Ve dvou vzorcích byla testována test retest reliability. Po prvním měsíci vyšla .69 u 48 respondentů a .62 po třech měsících (61 respondentů). **Validita** byla posuzována porovnáním (korelací) s jinými škálami. Byla pozitivně korelována s CD-RICS ($r = .59$), škálou Ego Resiliency ($r = .49$ až $r = .51$), optimismem ($r = .45$ až $r = .69$), sociální podporou (od $r =$

.27 do $r = .0,40$) a aktivním copingem ($r = .31$ až $r = .41$). Negativně korelovala s pesimismem ($r = -.32$ až $r = -.56$), vnímaným stresem ($r = -.60$ až $r = -.71$), úzkostí ($r = -.46$ až $r = -.60$) a depresí ($r = -.41$ až $r = -.66$) (Smith et al., 2008).

2.5.2 The Connor Davidson resilience scale

Connor-Davidsonova škála resilience byla publikována Američany K. M Connorem a J. R. T. Davidsonem v roce 2003. Resilience v tomto nástroji je pojímána jako osobnostní vlastnost a schopnost úspěšně zvládat stres. Při vývoji této škály autoři vychází z popisu resilientních lidí od třech autorů a případové studie Sira Edwarda Shackletona. Škála je sebesposuzovací, tvořena 25 položkami, na které je možné odpovědět na pětibodové stupnici od (0) vůbec nevystihuje až k (4) téměř vždy vystihuje. Faktorová analýza odhalila pět následujících faktorů: 1. osobní kompetence, vysoké standardy a vytrvalost; 2. víra ve vlastní instinkt, tolerance k negativním afektům, posilující efekt stresu; 3. pozitivní přijetí změny a bezpečné vztahy; 4. kontrola; 5. spirituální vlivy („spiritual influences“) (Connor & Davidson, 2003).

Normativní studie byly provedeny na vzorku obecné populace ($n = 577$) a pěti vzorcích klinické populace, konkrétně na vzorku přijímající základní péči ($n = 139$), psychiatrických pacientů v ambulantní péči ($n = 43$), pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou ($n = 24$) a dvou vzorcích z klinické studie posttraumatické stresové poruchy ($n = 22$ a $n = 22$). Průměrný věk byl 43,8 se směrodatnou odchylkou 15,3 let. **Reliabilita** testu byla měřena pomocí Cronbachova alfa .89 pro vzorek z obecné populace. Test-retestová reliabilita byla měřena na vzorku z klinické populace a korelační koeficient vyšel - .87. Konvergenční **validita** byla posuzována podle korelace s hardiness ($r = .83$), sociální oporou ($r = .36$) a negativní korelací ($r = -.76$) s pocíťovaným stresem ze škály Sheehan Stress Vulnerability Scale (Connor & Davidson, 2003). Z této škály vycházejí dvě zkrácené škály o dvou a deseti položkách (Davidson JRT, 2021).

2.5.3 The Resilience Scale for Adults

V roce 2003 byla publikována i první validizace norské škály resilience pro dospělé Frieborgem a kolektivem, jejímž cílem je měřit **přítomnost protektivních zdrojů**, které byly popsány v raných longitudinálních výzkumech. Tyto zdroje mohou být klasifikovány do třech kategorií: 1. osobnostní/dispoziční atributy; 2. podpora rodiny; 3. externí

podpůrné systémy. Sebeuposuzovací škála obsahuje 33 položek, které jsou ve formě pětibodového sémantického diferenciálu. Tyto položky se dají seskupit do následující šesti subškál: 1. vnímání sebe samého; 2. plánování budoucnosti; 3. sociální kompetence; 4. rodinná koheze; 5. sociální zdroje; 6. strukturovaný styl (Friborg et al., 2005).

Prvotní validizace škály proběhla na vzorku ($n = 59$) ambulantně léčených psychiatrických pacientů a kontrolní skupině ($n = 290$). **Reliabilita** ve formě Cronbachovo alfa variovala od .67 až do .83. Test-retestová reliabilita provedena po čtyřech měsících na kontrolní skupině variovala korelace od $r = .67$ k .84. **Validita** byla posuzována prostřednictvím korelace, kde subškálové faktory pozitivně korelovaly se škálou Sense of Coherence a to v rozmezí od $r = .29$ až .75. a negativně korelovaly se symptomatologickou škálou The Hopkins Symptom Check List - 25 a to v rozmezí od $r = -.19$ do -.61. Doplňující validizace proběhla na vzorku zájemců o studium na vojenské škole ($n = 482$), ve které byla škála upravena na 33 položkovou verzi. V této studii vnitřní konzistence vyšlo Cronbachovo alfa od .67 do .79. Jednotlivé subškály byly korelovány s osobnostním dotazníkem založeným na pěti faktorech z Big five (5PFs) a dotazníkem měřícím aspekty sociální inteligence The Tromsø Social Intelligence Scale (TSIS). Faktor vnímání sebe samého (RSA) pozitivně koreloval s neuroticismem (5PFs) ($r = .79$). Faktor plánování budoucnosti pozitivně koreloval jak s neuroticismem (5PFs) ($r = .57$), tak se svědomitostí ($r = .63$). Faktor sociální kompetence (RSA) koreloval ($r = .88$) s faktorem sociální dovednosti (TSIS) a extroverzí (5PFs) ($r = .68$) a obdobně i s přívětivostí ($r = .69$) (Friborg et al., 2005).

3 Mechanismy resilience

V předešlé kapitole byl představen koncept resilience a byly prezentovány vybrané faktory resilience, tedy často koreláty, které statisticky souvisejí s konstruktem resilience. Ta je obvykle operacionalizovaná jako souhrn určitých interních a externích faktorů, případně jako výsledek resilience, tedy přítomnost signálů tzv. well-beingu, absence stavu nemoci anebo kombinace obou. V důsledku této vědecké činnosti vznikají dlouhé seznamy faktorů, které obvykle vysvětlují malé rozdíly ve výsledku a je obtížné je zopakovat (Kalisch et al., 2017). Mnohé z těchto faktorů se koncepčně překrývají (Haider et al., 2021) a pravděpodobně existují vzájemné interkorelace či závislosti (Kalisch et al., 2015).

Z tohoto důvodu v následující kapitole představím zkoumané mechanismy v kontextu procesu resilience, které mohou ožřejmit **dynamiku a vzájemnou interakci** těchto faktorů. Představím jak jednotlivě se objevující mechanismy, tak i modely snažící se vysvětlit a ilustrovat proces resilience a jeho mechanismy. **Mechanismus resilience** je chápán jako jádrový proces v procesu resilience, který se objevuje v kontextu interakce zasažené osoby a nepříznivé nebo stresující události, a může tak vysvětlovat rozdíly v odlišných adaptačních reakcích na stres, které se v populaci objevují (Intema et al., 2021).

3.1 Neurobiologické mechanismy

V této podkapitole se zaměřím na vybrané neurobiologické mechanismy a procesy resilience, avšak vyhnu se popisu poznatků v kontextu jednotlivých níže vyjmenovaných psychologických mechanismů a konkrétním dílčím poznatkům ze systémových procesů probíhajících v souvislosti s resiliencí. Domnívám se, že tyto systémové procesy vyžadují představení v širším kontextu a do hloubky, což by vzhledem k zaměření této práce nebylo žádoucí.

Yao a Hsieh (2019) upozorňují, že významný neurobiologický mechanismus, který může hrát roli v souvislosti s resiliencí, je **subjektivní percepce bolesti**. Tento fyziologický mechanismus může být ovlivněn kognitivními a afektivními procesy. Výzkumy (Eisenberger, 2008; Eisenberger, 2012; Vangelisti & Brody, 2020) ukázaly společné rysy neurálních mechanismů pro prožívání fyzické bolesti, emocionální nebo sociálně se vztahující bolesti. Spojitost může být pozorována i prakticky. Vangelisti a Brody (2020) pomocí neurovizuálních technik poukázali na to, že volně prodejný lék s účinnou látkou acetaminofen (v ČR se prodává pod obchodním názvem Paracetamol)

snižuje pocity odmítnutí tím, že snižuje aktivitu v dorzální anteriorní cingulární kůře (dACC) a přední insule. Anteriorní cingulární kůra (ACC) je považována za oblast, která přispívá ke zpracování, jak fyzické bolesti, tak i negativních emocí, a společně s amygdalou a hipokampem tvoří síť odpovídající za negativní emoční zpracování. (Yao & Hsieh, 2019) Dále obvody, které souvisí s kognitivním hodnocením a emočním vzrušením, se překrývají s nervovými procesy, které od sebe odlišují afektivní a senzorické bolesti, spojují emoce a bolest dohromady a generují senzibilitu centrálního nervového systému (Lumley et al., 2011). Pokud bychom měli jít ještě dále, tak konkrétně aktivace a funkční konektivita mezi sestupným systémem kontroly bolesti pozitivně korelovala s úlevou od bolesti a snižovala aktivitu ostatních částí mozku souvisejících s bolestí (Tracey & Mantyh, 2007), což dle Yao a Hsieh (2019) naznačuje význam percepce bolesti v procesu resilience spolu s mechanismy kognitivního hodnocení a emoční regulace.

Další mechanismus, který může přispívat k procesu resilience, je **neuroplasticita mozku** (Yao & Hsieh, 2019). Stresory, jsou schopné měnit architekturu mozku a systémovou funkci prostřednictvím neurobiologických systémů (neuroendokrinního, autonomního, imunitního či metabolického) (McEwen, 2016) a v návaznosti může probíhat změna návyků, flexibilních systémových odpovědí a nastat reorganizace neuronových sítí. Tato schopnost reorganizace neboli neuroplasticita se může objevit nejen v podobě neurogeneze dospělých, ale také v dalších projevech, jako je změněná morfologie (např. zvětšení dendritických trnů či neurofyzilogické funkce (např. dlouhodobá potenciace). V rámci neuroplasticity a resilience jsou konkrétně zkoumány změny v hipokampálních funkcích (Yao & Hsieh, 2019). Ve výzkumech realizovaných na zvířatech se ukázalo, že behaviorální interakce, prostředí a vystavení novosti a fyzická aktivita mají zásadní roli v rozvoji adaptivní, či maladaptivní plasticity mozku (Lambert et al., 2019).

Za zmínku stojí podle Stainton a kolektivu (2019) také potenciální **genetický mechanismus resilience**, který je označován jako tzv. hypotéza diferenciální susceptibility. Tato hypotéza naznačuje, že existují jedinci, kteří jsou nositeli tzv. alely zranitelnosti, která může znamenat větší citlivost vůči vnějším vlivům ať už pozitivním nebo negativním. Tento mechanismus může mít svůj význam v procesu resilience během prožitku nepříznivé situace (Hiebel et al., 2021).

3.2 Psychologické mechanismy

Ačkoliv výzkum resilience a doporučení (Rutter, 1993) zkoumat psychologické mechanismy a procesy objevující se v resilienci nejsou nové, v současnosti není kladen důraz na výzkum mechanismů resilience. V přehledu 18 přehledových článků obecné konceptualizace resilience u dospělé populace pouze 7 z nich bralo v potaz i podpůrné mechanismy resilience (Hiebel et al., 2021).

3.2.1 Emoční regulace

Nepříznivá situace či stres může s sebou nést negativní pocity. Emoce mají svou funkci, což je zajištění přežití a reprodukce, pokud v případě výrazné změny vnitřních nebo vnějších podmínek nelze reagovat jednoduššími typy chování, jako je reflex nebo návyk (Prout et al., 2019). Mohou být rozděleny podle motivace na **averzivní** (negativní) a **apetitivní** (pozitivní) a stres, který může být součástí nepříznivé situace a bývá klasifikován jako averzivní, či negativní. Nejjednodušším způsobem, jak se vyhnout stresu a případné dysfunkci, je omezení averze. Úspěšná optimalizace averze usnadňuje úpravu chování a může mít pozitivní dopad na situaci (Kalisch et al., 2015).

Gyurak a kolektiv (2011) rozděluje emoční regulaci podle typu zpracování na **implicitní a explicitní**. Za explicitní regulaci emocí se považuje záměrný pokus ovlivnit typ, délku prožívání emocí či způsob, jakým jsou vyjádřeny (Prout et al., 2019), a umožňuje tak emocionální flexibilitu v odpovědi na určitou situaci či dlouhodobé působení (Gyurak et al., 2011). Historicky se zkoumání zaměřuje na strategii kognitivního přehodnocení, potlačení či přijetí. **Kognitivní přehodnocení** záměrně užívá informace k působení na změnu emocí (Prout et al., 2019). Tento mechanismus je více popsán níže. Dalším možným mechanismem je **potlačení**, které představuje usilovnou snahu jedince zapadit intenzitu a frekvenci negativních emocí. Výzkumy naznačují, že se může jednat o nejméně výhodnou strategii vzhledem k efektivitě a náročnosti na zdroje člověka (Alberts et al., 2012). **Přijetí** je dle Prouta a kolektivu (2019) další způsob regulace emocí, který je charakterizován nesoudícím přístupem a ochotou setrvat v kontaktu s emocemi, které mohou být nepříjemné a negativní, přičemž důraz je kladen na vnitřní změnu vztahu k interním procesům, ne na jejich změnu samotnou.

Implicitní neboli automatická emoční regulace je proces, který probíhá bez vědomého uvědomění či explicitního záměru, ale jehož smyslem je změna kvality, intenzity či trvání emoce (Prout et al., 2019). Předpokládá se, že může probíhat až do

konce bez uvědomění a vzhledu člověka (Gyurak et al., 2011). K implicitním procesům řadí Braunstein a kolektiv (2017) dva konkrétní procesy učení, a to *vyhasínání*, ve kterém výsledek stimulu již zmizel, a *přesměrování posilujícího stimulu*, který v minulosti dával jiný výsledek než v další chvíli. Gyurak a kolektiv (2011) popisují pět následujících forem implicitních regulací:

- 1) Emoční adaptace na konflikt,
- 2) habituační emoční regulace,
- 3) emoční regulace prostřednictvím cílů, hodnot a přesvědčení,
- 4) emoční regulace jako výsledek emočně podbarveného pojmenování a
- 5) regulace souvisejícími s chybami.

Yi a kolektiv (2020) realizovali tři experimenty, ve kterých se zaměřili na zkoumání přijímání emoce a odpojování od emoce v kontextu resilience. V prvním experimentu zkoumali (N=60), zda se míra pozitivních, či negativních emocí pojí s vyšší či nižší resilientností měřenou pomocí Ego Resiliency Scale, která ji pojímá jako osobnostní charakteristiku. Ve druhém (N=58) a třetím (N=72) experimentu zkoumali konkrétně proces emoční regulace, s cílem určit moment zodpovědný za úroveň resilience u jedince. Výsledky poukázaly na vyšší míru negativních a nižší míru pozitivních pocitů u jedinců hodnocených jako méně resilientní ($p < .05$). Mezi skupinami respondentů rozdělených podle míry resilientnosti nebyly nalezeny rozdíly v přijímání emočních informací, lišila se však **schopnost odpoutat se od emoční informace**. Lidé s vyššími hodnotami resilientnosti se jak od negativních, tak pozitivních emocí odpoutali rychleji ($M = 527.77$), $F(1, 73) = 7.89$, $p = 0.006$, $\eta^2 = 0.1$) než lidé s nižšími hodnotami ($M = 478.45$ ms). Autoři se domnívají, že tato informace by mohla být využita v intervenčních programech

V souvislosti s emoční regulací mohou být zkoumány **konkrétní strategie**, na které se lidé zaměřují a které uplatňují ve svém životě. Webb a kolektiv (2012) se ve své metaanalýze (N=306) zaměřili na zkoumání **efektivity** strategií emoční regulace, konkrétně skupiny strategií na zaměření pozornosti („*attentional deployment*“), kognitivní změny („*cognitive change*“) a modulace odpovědi („*response modulation*“) se ukázaly, že obecně nejúčinnější se jeví **přehodnocení emočního stimulu** ($d = .36$), či **perspektivy** ($d = .45$) a **aktivní rozptýlení** ($d = .27$). V rámci potlačení se jevílo jako méně účinné potlačení prožívání emoce ($d = .04$) a potlačení myšlenek na emoční stimul ($d = .12$),

zatímco potlačení exprese emoce sejevilo jako účinné ($d = .32$). Autoři upozorňovali, že v rámci výzkumu objevili několik moderátorů, které mohou souviset s účinností strategie, jako např. typ emoce, frekvence strategie či její účel. V metaanalýze ($N=48$) zkoumající souvislost emočních regulací a duševního zdraví nejsilnější asociacijevilo kognitivní přehodnocení ($r = .26$) a po adjustaci proměnné kultury na západní kulturu také potlačení exprese emoce ($r = .19$).

3.2.2 Kognitivní hodnocení

V procesu resilience dle Parsonse a kolektivu (2016) existuje empirická evidence, že se v rámci jejího procesu nachází mechanismus kognitivního hodnocení, jehož funkcí je posouzení, zda se jedná o stresující stimul a do jaké míry je ohrožující. Během tohoto procesu může dojít ke snížení emočních dopadů či k jejich celkové neutralizaci prostřednictvím kognitivního přerámování (Hiebel et al., 2021). Informace jsou zpracovávány nejen z **posouzení situace**, která tento mechanismus spustila, ale také z posouzení **kontextu a motivační relevance** stimulu či situace. Může se jednat jak o interní, tak externí informace, které mohou variovat podle intenzity stimulu, novosti, předvídatelnosti, příjemnosti, slučitelnosti s vlastními motivy atd. Emoční reakce na jeden a tentýž podnět může variovat jak u stejného člověka v různých situacích, tak i mezi lidmi v obdobných situacích (Kalisch et al., 2015).

Kalisch a kolektiv (2015) považují za klíčový mechanismus **pozitivní hodnocení** a představují teorii mechanismu resilience **pozitivního hodnotícího stylu**, ve které navrhuji, že jedinec s generalizovanou tendencí hodnotit potenciální stresové stimuly pozitivně a posuzovat míru ohrožení reálně či s mírným podceněním bude vytvářet přehnané, opakované či přetrvávající negativní reakce s menší pravděpodobností, čímž je lépe chráněn před následky traumatu či dlouhodobých stresorů. Tato teorie se skládá ze **tří** elementů. První z nich přispívá především v případě mírně nepříznivé situace, při které nastává proces **pozitivní klasifikace situace** na základě její podobnosti s již dřívější pozitivní zkušeností či kulturními stereotypy a v návaznosti na něj nemusí na stimul vyvstat stresová reakce. Pozitivní hodnotící styl je dále utvářen **přehodnocujícím** procesem, který je významný v silně nepříznivé situaci, ve které přirozeně došlo k prvotnímu negativnímu zhodnocení, avšak následovně přehodnocení zmírňuje probíhající stresovou reakci pozměněním negativních či vytvořením doplňujících pozitivních kognicí.

Přehodnocení vyžaduje **inhibici interference**, což je třetí element teorie, který představuje inhibice předešlých negativních hodnocení či emočních reakcí.

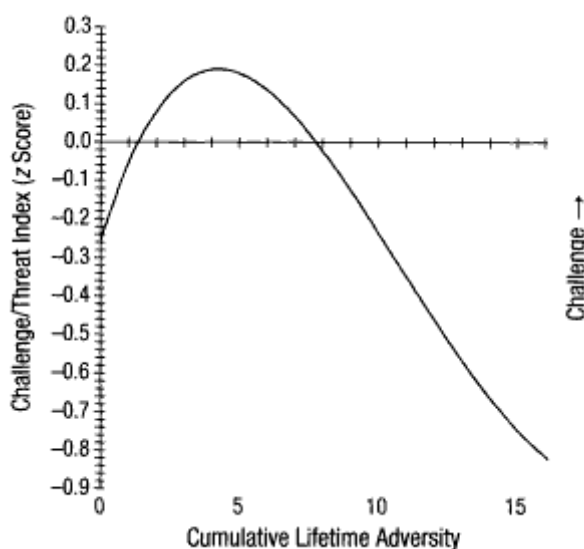
Autoři teorie zdůrazňují, že hodnoticí styl není fixní a může se měnit časem. Určitá část procesu může být považována za dědičnou, avšak hodnocení specifické situace či třídy hodnocení se může měnit (Kalisch et al., 2015). Pro tuto teorii byla vytvořena kombinovaná baterie skládající se ze behaviorálních a neurozobrazovacích (fMRI) položek, která je designovaná tak, aby bylo možné zkoumat **efektivitu** neurobehaviorálních funkcí v longitudinálních studiích opakovaně. Tato baterie nezkoumá resilienci komplexně, ale pouze mechanismy pozitivního hodnoticího stylu, které jsou podstatné pro resilienci (Kampa et al., 2018). Koole a kolektiv (2015) reagují na tuto teorii **kritikou** a domnívají se, že klíčová je spíše **emocionální flexibilita** ve formě kontraregulace než obecně pozitivně hodnoticí styl. Kontraregulace se objevuje jako dynamický procesuální zkreslení, které se zaměřuje na pozitivní stimul v negativním kontextu a negativní stimul vykresluje zase v pozitivním kontextu.

3.2.3 Zocelující efekt

Nejen v České republice se říká „*co tě nezabije, to tě posílí*“ a skutečně existují výzkumy, které se zabývají zkoumáním pozitivního vlivu prožitých nepříznivých situací, který např. Rutter (2012) nazývá zocelujícím efektem. Lidé v průběhu svých životů získávají větší či menší zkušenost se stresory či nepříznivými situacemi a mohou se naučit určité strategie, jak těžkostem čelit (Hiebel et al., 2021). Konkrétně Seery a kolektiv (2010) ve svém longitudinální výzkumu kumulovaných nepříznivých životních situací, životní spokojenosti a duševního zdraví reportovali, že lidé, kteří měli alespoň nějakou zkušenost s nepříznivou situací, patřili ke skupině, která byla poslední nepříznivou situací nejméně zasažena. Výsledky výzkumu naznačují **kvadratický vztah ve tvaru U**, což znamená, že lidé se střední mírou zkušeností s nepříznivými situacemi vykazovali vyšší míru duševního zdraví a well-beingu než lidé s vysokou mírou zkušeností a lidé se žádnou zkušeností.

Střední míra se ukázala být **optimální** pro efekt zocelení také v experimentálních studiích (n=147). Kumulativní životní zkušenost vedla ke vztahu ve tvaru U s katastrofizováním, intenzitou bolesti a nepříjemností. Středně silný negativní efekt po vystavení nepřízni byl negativně asociován s méně negativními reakcemi na způsobenou bolest než u lidí s žádnou či méně silnou nepříznivostí v životě a výsledky této studie jsou tedy konzistentní s výsledky předchozí studie. V následujícím výzkumu Seeryho a kolektivu

(2013) (n= 216) byly použity nástroje měřící psychofyziologické reakce výsledků, které opakovaně ukázaly mimo jiné kvadratický invertní tvar U vztahu mezi kardiovaskulární aktivitou a počtem kumulativních nepříznivých situací. Tento vztah je zobrazen na obrázku 5. Index míry výzvy/hrozby byl vypočítán pomocí záznamu kardiovaskulární reaktivity v klidovém stavu a záznamem z probíhajícího experimentu. Konkrétně participanti se středním počtem prožitých nepříznivých situací vykazovali konzistentní míru kardiovaskulárních reakcí signifikantně vyšší ($b = .237$, $t(211) = 2.51$, $sr^2 = .028$, $p = .013$) než ostatní participanti, což, jak se autoři domnívají, naznačuje projevení resilience během stresoru (Seery et al., 2013).



Obrázek 5 Vztah mezi kardiovaskulární reaktivitou a počtem nepříznivých situací;
zdroj: Seery a kolektiv (2013)

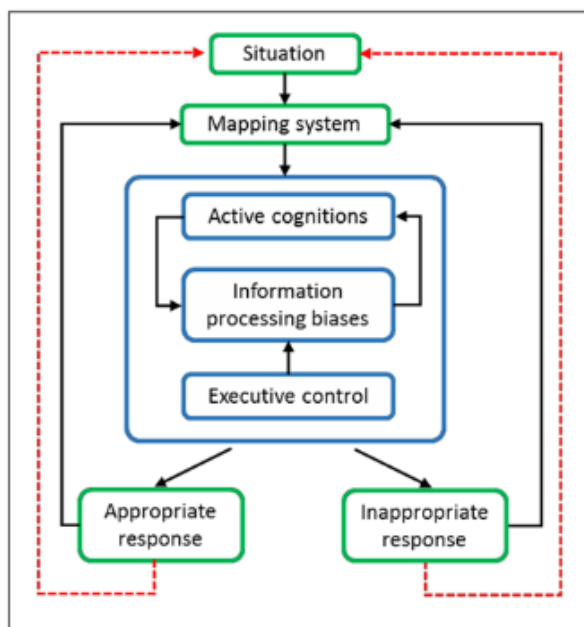
3.3 Modely organizující mechanismy resilience

Výzkum resilience na konkrétních mechanismech a procesech probíhajících pod povrchem resilience je stále ve svých počátcích (IJntema et al., 2021). Vznikají snahy integrovat současné poznatky a případně vytvořit teoretické modely, které mohou **vysvětlit** klíčové otázky či **vizualizovat** možné schéma resilience. V této podkapitole představím dva modely: kognitivní model psychologické resilience, jehož cílem je **usnadnit aplikaci** kognitivních přístupů ve výzkumu resilience v nepříznivé situaci (Parsons et al., 2016), a model psychologické imunity-elasticity (PI-PE), který se snaží ilustrovat a vysvětlit, jak **rozdílně** se lidé adaptují na stresor (IJntema et al., 2021). Tento model poukazuje na

klíčové mechanismy resilience, nabízí výčet podmínek, které ovlivňují jednotlivé procesy, a vysvětluje tak také, proč resilience u různých lidí probíhá odlišně.

3.3.1 Kognitivní model

Tento teoretický kognitivní model představuje kognitivní procesy v kontextu resilience. Parsons a kolektiv (2016) zdůrazňují roli **mapujícího systému**, který slouží k **integrování informací** z různých zdrojů, mimo jiné ze současné zkušenosti, dřívějších zkušeností a méně či více vědomých a na cíl zaměřených procesů. Je to klíčový prvek kognitivního modelu, jehož funkcí je vyrovnávat stresové situace, odklonit systém od zranitelnosti a směřovat k resilienci prostřednictvím aplikace vhodných procesů zpracování informací v návaznosti na kontext situace. Součástí modelu jsou i další kognitivní procesy, které bývají považovány za **implicitní**, tj. bez vědomé kontroly, avšak tento model je vzhledem k mapujícímu systému teoreticky schopen flexibilně začlenit i **vědomé informace**. Dobře fungující mapovací systém může znamenat lepší možnost zpracování direktivních kognitivních procesů, což v dlouhodobém horizontu může vést k rozvoji resilience prostřednictvím učení. Na obrázku 5 je tento model informačního zpracování psychologické resilience znázorněn.



Obrázek 6 Model psychické resilience založený na zpracování informací; zdroj: Parsons a kolektiv (2016)

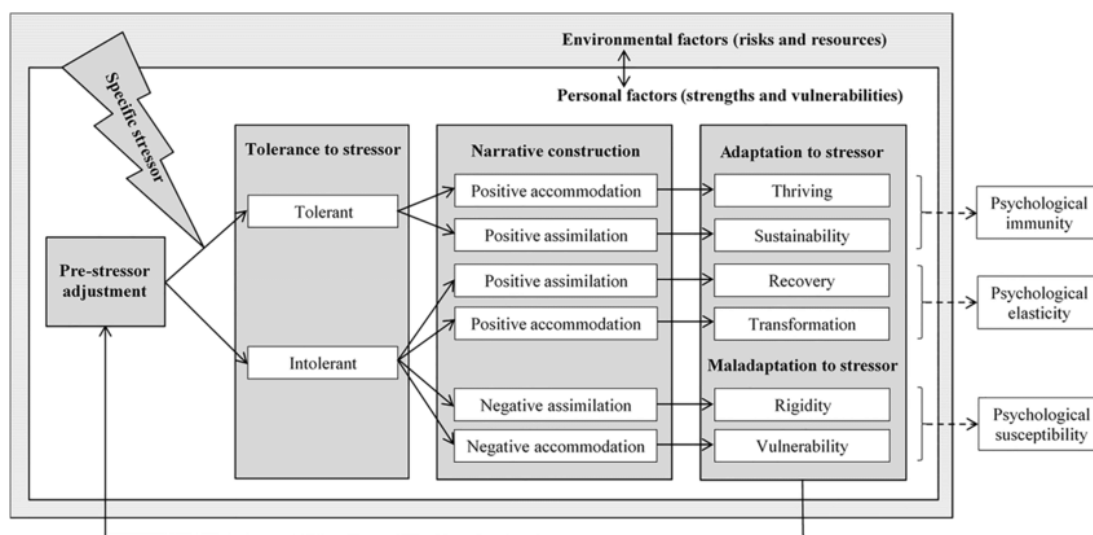
V rámci tohoto modelu autoři identifikují několik základních kognitivních procesů, mezi které řadí zkreslení, selektivní zpracování informací, procesy exekutivní kontroly a aktivní poznávání. Důležitou monitorující funkci má mapující systém spolu se smyčkami zpětné vazby (Parsons et al., 2016). Tento model se koncepčně překrývá s procesy vysvětlenými v kontextu mechanismu kognitivního hodnocení, avšak tento model na něj nahlíží v širším kontextu a popisuje proces resilience spolu s dalšími kognitivními systémy.

Autoři zdůrazňují roli **kognitivních implicitních procesů**, jako např. *automatického zpracování*, jehož význam se zvyšuje při prožívání nepříznivé situace a má dopad na seberegulatorní systém. Autoři hovoří o tzv. automatickém mechanismu soustředěné pozornosti („*focusing mechanism*“), který automaticky upřednostňuje informace související s cílem jedince a informace s ním nesouvisející inhibuje. Dále popisují *automaticky zkreslující zpracování informací*, které v rámci resilience může být zaměřeno na pozitivní aspekty a benefity situace či jiné adaptivní procesy. Tento vztah okolností a zkreslení je dle autorů nedílnou součástí procesu resilience (Parsons et al., 2016). Diamond (2013) se domnívá, že exekutivní funkce inhibiční kontroly, kapacita mentální paměti a kognitivní flexibilita jsou klíčové pro **adekvátní fungování**, které autoři modelu dávají do souvislosti s resiliencí a svou domněnku podkládají několika výzkumy. Také aktivní pozitivní poznávání přispívá k rozvoji resilience. Pozitivní kognice a emoce mohou přispívat k pozitivnímu přehodnocení situace a působit na adaptivní zpracovávání informací ve formě pozitivního zkreslení, které ve vzájemném působení může působit podpůrně či protektivně (Parsons et al., 2016).

V tomto modelu jsou popsány dvě **smyčky zpětné vazby**. Jedna přináší informace z prostředí k jedinci a spojují se v ní originální informace spolu se zkreslenými podle probíhajících copingových situací (na obrázku je zobrazena jako černá šipka). Druhá smyčka ovlivňuje samotnou situaci a další vývoj (zaznamenána červenou přerušovanou šipkou). Tyto smyčky **přinášejí informace** mapujícímu systému, který je monitoruje a využívá k vývoji lepších adaptivních stylů prostřednictvím sledování úspěšných a neúspěšných strategií. Tento mechanismus systémové smyčky v návaznosti na mapovací systém autoři považují za klíčový a domnívají se, že jedinci přináší větší kognitivní autonomii nad okolnostmi a jejich adekvátní součinnost podporuje adaptivní reakci a pozitivní výsledek, který lze nazvat resiliencí (Parsons et al., 2016).

3.3.2 Model psychologické imunity-psychologické elasticity (PI-PE)

Tento model (Obrázek 7) vytvořený IJntemem a kolektivem (2021) vysvětluje proces psychologické resilience v různých trajektoriích. Popisuje, **jak** probíhá různá adaptace na stresor u odlišných lidí, a vysvětluje také, proč resilience probíhá u lidí odlišně. Klíčovými elementy modelu je psychologická imunita a psychologická elasticita, což jsou dvě trajektorie resilience, na které navazují čtyři možné adaptivní výsledky, které autoři nazývají udržitelnost, zotavení se, transformace a prosperování. Dále se model skládá ze dvou po sobě jdoucích mechanismů a třech podmínek. Prvním mechanismem je **tolerance ke stresoru** a druhým **narativní konstrukce**. Obsahuje tři podmínky: 1) nastavení jedince před stresem, 2) samotný stresor a 3) osobnostní a environmentální faktory. Klíčovou součástí jejich modelu je tzv. **teorie rozbitých předpokladů** („*shattered assumptions theory*“), která ve zkratce říká, že traumatické zkušenosti narušují přesvědčení o smysluplnosti a benevolenci světa, případně o hodnotě člověka, kterou přisuzuje sám sobě (Janoff-Bulman, 2004). Proces revize, opravy či vytvoření nového předpokladu nazývají autoři modelu akomodace či asimilace (IJntema et al., 2021). Tyto názvy vycházejí z teorie Josepha a Linleyho (2005), jejíž autoři vychází z procesů popsaných Piagetem.



Obrázek 7 Model psychologické imunity a psychologické elasticity (PI-PE); zdroj: Ijntema a kolektiv (2021)

Proces resilience pro autory začíná již **před stresovým nastavením**, tedy výsledkem adaptace na předešlý stresor, který v mnoha situacích však nemusí být známý, obzvlášť když je stresová situace nepředvídatelná. Dále v modelu následuje samotný

stresor. Ten se může objevit v mnoha podobách, intenzitě či trvání v čase. Autoři resilienci pojmají jako proces v návaznosti na určitý specifický stresor. V případě kumulace stresorů se proces resilience může rozvinout u jednoho, ale ne automaticky také u dalšího stresoru. Prvním mechanismem, který se po stresu spouští, je **tolerance**, což je *míra, do které je u člověka absence obranných mechanismů*. Autoři modelu ji pojmají jako kontinuum a považují ji za klíčový mechanismus, protože vysvětluje, proč někteří lidé nejsou zasaženi stresem a udržují si svou funkčnost. Druhý mechanismus je **narativní konstrukce**, která je definována jako *míra, do které je člověk schopen dát svým zkušenostem smysl*. Právě tento mechanismus považují autoři za klíčový pro vysvětlení, proč jsou někteří lidé schopni odrazit se od nepříjemností a někteří ne. Narativní konstrukce vyžaduje úsilí v závislosti na **míře dopadů** stresoru na *základní přesvědčení, která člověka uzemňují, dávají mu smysl, či orientaci*. V případě, že stresor tato jádrová přesvědčení nenaruší, nastává *asimilace*, což je proces začleňování zkušenosti do stávajícího systému přesvědčení. Lidé mění svou narativitu či smysl události tak, aby byla méně ohrožující. Pokud událost však narušuje základní přesvědčení, nastává proces *akomodace*, tedy přetvoření základních přesvědčení o sobě či sociálním světě. Pozitivní asimilace/akomodace vede k růstu a pozitivní adaptaci a negativní k maladaptaci a pozornosti k distresu (IJntema et al., 2021).

Autoři modelu přisuzují k resilienci **čtyři** možné **výsledky pozitivní adaptace**. První je v modelu nazván *udržitelnost*, která představuje resilienci se zachování funkčnosti a tolerance vůči stresoru. Druhý *zotavení se*, kdy člověk, který je více resilientní, se zotaví rychleji než méně resilientní člověk. Tato rychlost je ovlivněna i presencí či absencí environmentálních a osobnostních faktorů. Zbylé dva výsledky resilience se nazývají *transformace*, která je definovaná jako psychologická změna ve fungování v životě v návaznosti na stresor a je podobná konceptu post-traumatického růstu a *prosperování*, které není nutně závislé na stresoru a popisuje stav, ve kterém jedinec optimálně funguje v porovnání s předstresovým stavem. Rozdíl mezi těmito dvěma výsledky je, že při transformaci člověk zakouší negativní následky stresoru a je vůči nim netolerantní, kdežto při prosperování následky stresoru toleruje. Tento model popisuje i **maladaptivní adaptaci** v podobě rigidity, což je setrvání ve stávající pozici, která nemusí být ta nejvýhodnější možnost, a zranitelnosti, což je zhoršené fungování oproti stavu před stresem, které zasaženého člověka činí citlivějším vůči budoucím stresorům (IJntema et al., 2021).

Pojmy popisující tyto tři trajektorie se koncepčně překrývají s typy představenými v první kapitole, autoři ale používají své metaforické pojmy k procesu resilience. **Psychologická imunita**, což je trajektorie, ve které je předstresové nastavení natolik robustní, že toleruje specifický stresor (IJntema et al., 2021), je obdobná konceptu resilience na minimální dopady. V předešlé kapitole byla popsána také rozvíjející se resilience, která v tomto modelu odpovídá **psychologické elasticitě**, kterou autoři popisují jako proces, ve kterém se člověk odrazí zpět k fungování před daným stresem. Třetí možnost je kontrastní a představuje stav bez resilience. Autoři ji nazývají **psychologickou zranitelností**. Všechny tyto trajektorie se nacházejí v poli osobnostních a environmentálních faktorů, které spolu **interagují** a ovlivňují samotnou resilienci (IJntema et al., 2021).

Tento model je unikátní v tom, že se snaží vysvětlit, **proč někteří lidé reagují odlišně**. Také popisuje dynamiku efektu zocelování. Výsledná adaptace pro jeden stresor je zároveň předstresový stav pro další stresor, což v budoucnosti a kumulaci podobných stresorů může vést ve vzestupné spirále k dostupnější resilienci ve smyslu tolerance ke stresoru, ale i sestupné a to ke zhoršení adaptace a fungování člověka. Autoři modelu (IJntema et al., 2021) prezentují pět následujících **podmínek**, podle kterých se určité trajektorie resilience rozvíjí:

- 1) Výsledek adaptace na předchozí stresor,
- 2) povaha stresoru, jeho trvání a intenzita,
- 3) tolerance vůči stresoru,
- 4) míra schopnosti osoby integrovat zkušenost do svého narativu (asimilace),
či schopnost změnit narativ o sobě, či sociálním okolí (akomodace),
- 5) dostupnost a schopnost využít environmentální a osobnostní zdroje.

3.4 Další potenciální mechanismy a proměnné procesu

V souvislosti s procesem resilience existují nejen další hypotézy a teorie o mechanismech probíhajících během resilience, ale i snaha identifikovat proměnné ovlivňující samotný proces resilience. (IJntema et al., 2021). Například Thomas a kolektiv (2019) zkoumali systémovou (technickou) a lidskou resilienci a integrovali obě oblasti prostřednictvím **čtyř socio-technických procesů**, kterými jsou: senzorické, anticipační, adaptační a učící procesy. Tyto procesy jsou ovlivněny lidskou kapacitou resilience v

kognitivní, afektivní a behaviorální dimenzi. Autoři zdůrazňují afektivní složku procesu za důležitou, leč mnohdy opomíjenou dimenzi.

Jako další mechanismus resilience popisuje Crane a kolektiv (2019) **sebereflexi**, která se skládá z uvědomění si vlastních prožitků a reakcí spolu s identifikací spouštěče, což umožňuje jedinci vyvinout mentální vztahový model mezi událostmi a jejich následky a porovnat ho s ideální reakcí. Tento mechanismus se snaží vysvětlit posilování a rozvoj resilience člověka prostřednictvím vzhledu do jeho existujících kapacit, limitů těchto kapacit a stimulací k hledání alternativních přístupů. V souvislosti s tímto mechanismem může být prezentována také **flexibilita**, která je považována za **klíčovou proměnnou** ovlivňující proces resilience (Koole et al., 2015). Flexibilita umožňuje jednotlivcům modifikovat kognitivní a behaviorální reakce a strategie tak, aby lépe odpovídaly v kontextu aktuálního prostředí (Hiebel et al., 2021).

Trompetter a kolektiv (2017) považují za mechanismus také **soucit sám se sebou** („*self-compassion*“). Definují ho jako adaptivní emočně regulační strategii u lidí, kteří zažívají vysokou úroveň duševního zdraví. Soucit sám se sebou je postojová orientace sám k sobě, která je srdečná, starostlivá, empatická a neodsuzující se v dobách selhání a utrpení s mírnou motivací toto utrpení zmírnit. (Neff, 2003). Ve výzkumu na obecné populaci ($n = 349$) soucit sám se sebou signifikantně negativně moderoval vztah mezi duševním zdravím a psychopatologií. Velikost standardizovaného nepřímého účinku se blížila velkému rozsahu ($k^2 = .22$, $p < .001$) (Trompetter et al., 2017).

Výzkumníci v souvislosti s procesem resilience odhadují i řadu procesuálních proměnných. Chipperfield a kolektiv (2017) považují za významnou **úroveň pocít'ované kontroly nad situací** při procesu resilience. Její vliv se ukázal být významný v návaznosti na naučený strach (Hartley et al., 2014), pocít'ovanou bolest (Notebaert et al., 2011), či zkreslení pozornosti v experimentu realizovaným Brandtstädterem a kolektivem (2004), což Parsons a kolektiv (2019) považují za proces probíhající uvnitř resilience. V tomto experimentu se účastníkům, kteří se domnívali, že mohou neutralizovat blížící se nepříznivou situaci, jejich citlivost percepčního systému zvýšila, avšak účastníkům bez pocitu kontroly se tato citlivost snížila (Brandtstädter et al., 2004).

Další pojmenovanou proměnnou asociovanou s resiliencí jsou **copingové strategie** neboli způsob, jakým lidé zvládají pocít'ovaný stres. Kromě rozdělení na akomodační a asimilativní strategie, jejichž názvosloví je shodné s PI-PE modelem, výzkumníci popisují i další rozdělení např. kognitivní, emocionální a behaviorální nebo interní a externí

(Skodol, 2010). V souvislosti s rozvojem resilience dávají do souvislosti Butler a kolektiv (2021) adaptivní a proaktivní coping, který považován za individuální snahu dosáhnout nových výzev a možností, orientace na cíl a anticipace možných stresorů a příprava na ně (Ersen et al., 2018).

Sippel a kolektiv (2015) se domnívají, že resilience jedince je závislá na resilienci okolních **sociálních systémů**, které ji podporují prostřednictvím široké palety neurobiologických a psychosociálních mechanismů. Resilience tak může být zesílena prostřednictvím resilience rodiny, vrstevníků či společenské resilience. Autoři zmiňují výzkum Coana a kolektivu (2006) realizovaný na 16 vdaných ženách, který poukazuje na **sociální kontakt** jako zdroj podporující well-being, zdraví a možná také resilienci v náročných situacích. V tomto výzkumu byly ženy zkoumány prostřednictvím fMRI v situaci hrozby vystavení elektrického šoku. Ženy byly rozděleny do skupin, kdy je držel za ruku buď manžel, cizí experimentátor, anebo je nedržel za ruku nikdo. Výsledky ukázaly zeslabení aktivace neuronových systémů odpovídajících za emocionální a behaviorální odpovědi na ohrožení především u žen, které byly za ruku drženy manželem než anonymním experimentátorem. Tento účinek byl silnější u žen, které uváděly vyšší kvalitu manželství. Určité snížení aktivace nastalo i při držení za ruku experimentátorem.

4 Vybrané aspekty resilience ve specifickém kontextu

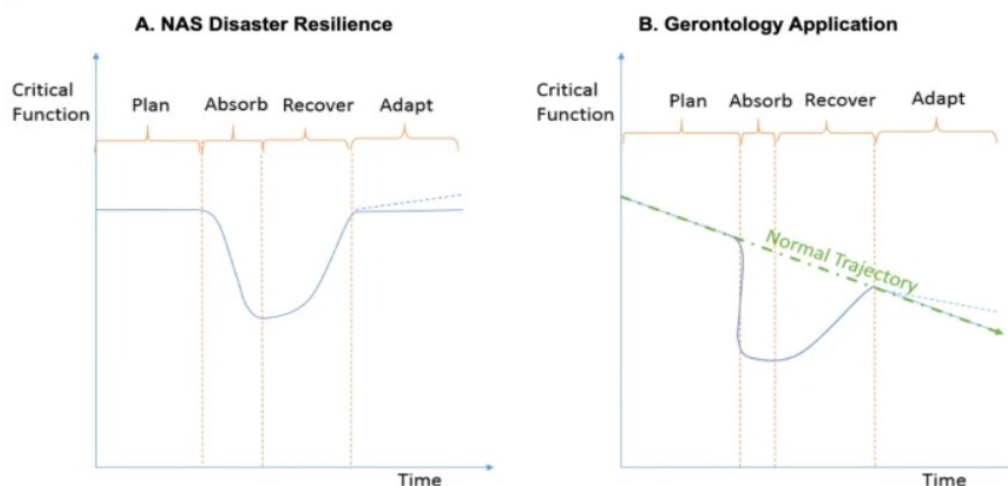
V rámci této kapitoly představím vybrané teorie a výzkumy související se zaměřením této práce. Konkrétně představím poznatky resilience u osob ve vyšším věku, specifika resilience v pandemii jako krizi a dostupné výzkumy související s pandemií nemoci COVID-19, především u osob ve vyšším věku.

4.1 Resilience ve vyšším věku

V této práci požívám pojem lidé ve vyšším věku, kterými označuji skupinu osob starších 60 let, protože neexistuje jednoznačně přijímaná hranice stáří. Někteří (Neugartenová, 1966; Švancara, 1983) označují tuto hranici dovršením 65 let. Tato práce vychází z vymezení Příhody (1974), který stáří (sénium) rozděluje do následujících fází:

- 60–74 let – časně stáří
- 75–89 – vlastní stáří
- 90 a více – dlouhověkost.

Hiebel a kolektiv (2021) se domnívají, že v rámci zkoumání resilience u osob ve vyšším věku je důležité vzít do úvahy nejen situaci a fungování před a po nepřízni, ale také východisko dané populace. **Stárnutí** („ageing“) je nelineární komplexní proces (Klasa et al., 2021). Může být doprovázen limitací funkčnosti, ztrátou některých možností, či onemocněními, což může dopadat na fyzické a emocionální zdraví člověka (van Abbema et al., 2015). Klasa a kolektiv (2021) upozorňují na proces stárnutí v kontextu trajektorie resilience u osob ve vyšším věku. Adaptují křivku resilience od Národní akademie věd (National Academies of Sciences) a aplikují proces stárnutí (obrázek 8) ve zjednodušené klesající lineární křivce kritického fungování na původní trajektorii resilience. Autoři tímto modelem upozorňují, že je obvyklé **snížování křivky fungování** během stárnutí, které je vhodné vzít v úvahu při posuzování procesu resilience u osob ve vyšším věku.



Obrázek 8 Aplikace modelu resilience od Národní akademie věd v gerontologii, zdroj: Klasa a kolektiv (2021)

V souvislosti se stárnutím se hovoří o tzv. paradoxu stárnutí. Ačkoliv při stárnutí obecně může docházet ke snižování fyzického zdraví a kognitivního výkonu (Milanović et al., 2013; Murman, 2015), existují výzkumy, které zaznamenávají **zlepšení duševního zdraví** v průběhu stárnutí (Swift et al., 2014). Výzkum Thomase a kolektivu (2016), který byl realizován na 1546 respondentech ve věku od 21 do 100 let, tuto teorii podporuje. Při srovnání věkových kohort skutečně výsledky naznačují, že v průběhu života dochází ke zhoršování fyzického a kognitivního fungování v průměru o jedna a půl až dvě standardní odchylky od průměru a zároveň může docházet k lineárnímu zlepšení duševního zdraví o jednu směrodatnou odchylku. Toto progresivní zlepšení autoři zaznamenali od rané dospělosti (21 let), až k pozdnímu stáří (nad 90 let). Ve studii Jesteho a kolektivu (2013) je zkoumáno „úspěšné stárnutí“, termín označující fenomén stárnutí, které je obvykle popisováno jako absence chronických onemocnění a postižení spolu s vysokou fyzickou a kognitivní funkčností a sociální angažovaností. Autoři tohoto výzkumu se domnívají, že resilience může být důležitým aspektem udržení well-beingu v reakci na ztrátu fungování během stárnutí. Respondenti v jejich výzkumu ($n=1006$) vykazovali vyšší skóre na škále úspěšného stárnutí i přes zhoršení fyzických a kognitivních funkcí. Ačkoliv byla ve výzkumu korelace mezi resiliencí a úspěšným stárnutím slabá ($r = .01$ $p < .001$), vícenásobná regresní analýza reportovala 30% podíl na variabilitě všech zkoumaných proměnných (v pořadí resilience, deprese, fyzické fungování a věk). Depresivita a resilience byla zkoumána také v metaanalýze sedmi studií, ve které byla zjištěna mírná negativní korelace ($r = -.35$, 95% konfidenční interval: $-.41$ to $-.28$), což podle autorů značí možnost

využití a podpory rozvoje resilience jako prostředku prevence a moderace depresivních symptomů v populaci lidí ve vyšším věku (Wermelinger et al., 2017).

V roce 2021 proběhla metaanalytická studie (n= 49) 38 faktorů a resilience u osob starších 55 let. Výzkumníci objevili několik **psychologických a kontextuálních faktorů**, které pozitivně korelovaly s resiliencí. Silná pozitivní asociace (≥ 0.50) byla nalezena u faktorů zdravého životního stylu, optimismu, smyslu života, self-efficacy, sebetranscendence či smyslu pro integritu („sense of coherence“). Bylo reportováno také devět dalších psychologických faktorů, jejichž efekt byl nízký až střední ($0,1 < r < 0,49$). V rámci kontextuálních faktorů bylo vzdělání, plat, velikost sítě rodiny/přátel a sociální podpora jediné faktory, které slabě korelovaly s resiliencí. Věk ani pohlaví neukázal signifikantní korelaci (Górska et al., 2021).

V předešlé kapitole je popsána **emoční regulace** jako možný mechanismus resilience. Existují výzkumy, které zkoumají tento proces a jeho variabilitu v různých věkových kohortách a výsledky výzkumů naznačují, že se mohou obecně lišit spíše v míře užívání určitých strategií než typech emoční regulace (Livingstone & Isaacowitz, 2021). Ačkoliv Allen a Windsor (2019) ve své narativní syntéze sice zaznamenali větší užívání technik selekce situace a zaměření pozornosti (attention deployment), ale upozorňují, že tyto výsledky jsou závislé na kontextuálních proměnných. Ve výzkumu Livingstone a Isaacowitze (2019) na 225 respondentech ve věku 20–75 byla patrná spíše **podobnostnost** ve volených taktikách než rozdílnost ve věkových skupinách. Konkrétně výsledky ukázaly, že respondenti v celém vzorku upřednostňovali vyhýbání se negativním aspektům, modifikaci situace a také hledání nebo zaměření pozornosti na pozitivní aspekty a kognitivní změny. Lidé ve vyšším věku, lépe reagovali na pozitivní aspekty situace, ačkoli je nevyhledávaly více než jiné věkové skupiny. Výzkum zaměřený na věkové rozdíly v přesvědčení ohledně emočních regulací reportoval preferenci standartních strategií u lidí ve vyšším věku a tendenci střídát a používat více rozdílných strategií emočních regulací (Livingstone et al., 2020).

4.2 Resilience v krizi

Slovo „krize“ obecně označuje obtížné či nepříznivé období (Roychowdhury, 2020). Roberts a kolektiv (2007) definují krizi jako „*Událost s nízkou pravděpodobností a vysokými následky, která se rozvine velmi rychle a zahrnuje nejednoznačné situace s neznámými příčinami a následky*“. Někdy je krize považována za následek katastrofy

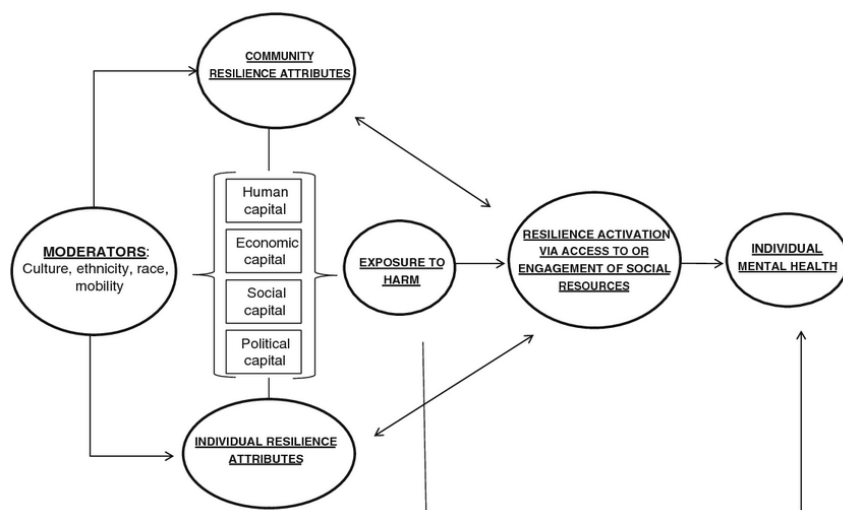
(„disaster“) (Thong & Zhang, 2020), proto v následující podkapitole popíšu specifika resilience v kontextu krizí a katastrof.

Nejvýznamnější a vědecky nejpodloženější **poznatky** ze zkoumání resilience v rámci katastrof shrnuje Bonnano a kolektiv (2010) do následujících pět bodů:

- 1) Katastrofy způsobují vážné psychologické ublížení minoritě zasažených jedinců.
- 2) Katastrofy mohou produkovat různé vzory výsledků, včetně psychologické resilience.
- 3) Výsledek a následky katastrofy u jedince se odvíjí od kombinace rizikových faktorů a faktorů resilience.
- 4) Katastrofy vystavují riziku rodiny, sousedství a komunity.
- 5) Následky na přímo nezasažené populaci jsou obecně omezené a přechodné.

Abramson a kolektiv (2014) ve své práci považují za klíčové **sociální zdroje** a navrhli koncepční rámec aktivace resilience po katastrofě. Jejich snahou je pomoci zkoumat mechanismy resilience, které **se aktivují** díky dostupnosti sociálních zdrojů a které také mohou vést k udržení resilience a duševního zdraví. Rámec je zobrazen na obrázku 9 a vychází z následujících předpokladů:

- 1) Vystavení škodě způsobuje ztrátu zdrojů, stres a psychickou reaktivitu.
- 2) Většina lidí je ze své podstaty odolná.
- 3) Faktory komunitní resilienci interagují s individuálními faktory.
- 4) Přístup ke komunitním či sociálním zdrojům nebo zapojení do nich může aktivovat přirozené mechanismy vedoucí k resilienci.
- 5) Tato aktivace probíhá v kontextu sociokulturního prostředí.
- 6) Faktory na úrovni jednotlivce, komunity a prostředí je možné kvantifikovat.



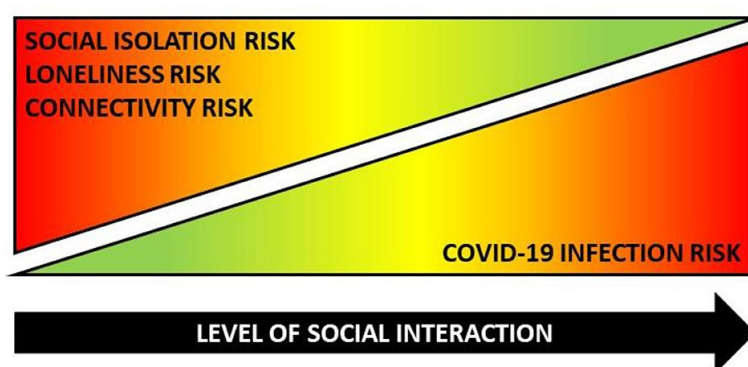
Obrázek 9 Konceptní rámec aktivace odolnosti, zdroj: Abramson a kolektiv (2014)

Jako faktor posilující resilienci po katastrofě považují Hikichi a kolektiv (2016) komunitní **sociální soudržnost**. Tito výzkumníci uskutečnili výzkum o lidech starších 65 let ($n=3567$), kteří byli zasaženi zemětřesením a tsunami v roce 2011 v Japonském Tohoku. Výzkum byl realizován sedm měsíců před katastrofou a 80 km od epicentra. Ve výsledcích individuální soudržnost (poměr šancí = 0.87, 95 % konfidenční interval: 0.77–0.98) a komunitní soudržnost (poměr šancí = 0.75, 95 % konfidenční interval: 0.63 - 0.90) negativně signifikantně korelovala se symptomy posttraumatické stresové poruchy (PTSD), stejně jako v následném průzkumu dva a půl roku po katastrofě. Závažné symptomy PTSD se objevily u 11,4 % respondentů.

Waterschoot a kolektiv (2022) považují **regulaci emocí** za důležitý prvek v duševním zdraví jedince a rozhodli se ji zkoumat ($n = 6584$) v kontextu krize nemoci COVID-19. Vycházeli z teorie sebeurčení a třech stylů regulace emocí, kterými jsou: integrace, potlačení a dysregulace, a popsali tři shluky respondentů. U první skupiny (27 % účastníků) zjistili nízké skóre u všech strategií emoční regulace, což naznačuje spíše nízkou celkovou úroveň, u druhé skupiny bylo vysoké skóre integrace (41 % respondentů) a třetí skupina (32 % účastníků) popisovala vysoké skóre suprese a dysregulace. Respondenti s vysokým skóre potlačení a dysregulace reportovali méně příznivou kombinaci výsledků (vysoká nemoc, nízká životní spokojenost a horší kvalita spánku) ve srovnání s ostatními dvěma skupinami. Autoři studie se domnívají, že právě **integrace** může být podstatnou strategií emoční regulace, může vést k vyšší resilienci a doporučují její další výzkum.

4.2.1 Specifika pandemie COVID-19

Kromě rizik spojených s nemocí samotnou se mohou objevit další specifické potíže. Katsikopoulos (2020) považuje pandemii za jedinou katastrofu, při které mohou ochranná opatření způsobit snížení resilience lidí tím, že působí negativně na komunity, ohrožené skupiny a ekonomické faktory. Jako ochranná opatření se používají metody karantény, fyzické izolace a fyzické distance, aby se zabránilo rozšiřování nakažlivé nemoci. Tyto metody mohou zahrnovat separaci od rodiny a přátel a narušení každodenních aktivit a rutiny (Usher et al., 2020). Autoři (Roychowdhury, 2020; Usher et al., 2020) upozorňují na možné **negativní psychosociální dopady izolace** na lidi a zejména na zranitelné skupiny (např. děti, adolescenty, osoby bez domova, osoby z nižších socioekonomických tříd, osoby ohrožené domácím násilím atd.). Roychowdhury (2020) upozorňuje, že tyto ohrožené skupiny se mohou stát ještě zranitelnější, protože mají vyšší pravděpodobnost, že budou negativně zasaženi. Také lidem s existujícím duševním onemocněním může izolace přinést vážnější problémy a zhoršit pocity úzkosti a hněvu (Usher et al., 2020). Smith a kolektiv (2020) upozorňují, že u lidí ve vyšším věku, kteří omezí své sociální kontakty, se sice snižuje riziko infekce, ale zároveň se zvyšuje riziko sociální izolace, osamělosti a deprese. Tento koncept nazývají **paradox sociální konektivity**, který popisuje dynamiku, ve které když se úroveň fyzické interakce zvyšuje, tak může chránit jedince před sociální izolací a osamělostí, ale přináší vyšší riziko expozici COVID-19 a naopak, čím se fyzická interakce snižuje, tím může zvyšovat riziko sociální izolace a dalších negativních dopadů. Jeho ilustrace je zobrazena na obrázku 10.



Obrázek 10 Paradox sociální konektivity; zdroj: Smith a kolektiv (2020)

Vos (2021) uvádí, že lidé si tvoří svou **vlastní interpretaci** pandemie a získávají informace ze své kultury, z médií, od přátel či rodiny. V rámci pandemie COVID-19 považuje za klíčovou právě **nejistotu**, která může pramenit z více zdrojů. Může se jednat o

nejistotu pramenící z vědeckého světa ohledně informací o infekčnosti a mortalitě, nejistotu ohledně efektů karantény, nejistotu z vládních nařízení atd. Levine a kolektiv (2022) zkoumali nejistotu diagnózy COVID-19, která podle autorů pramení ze dvou skutečností. První je nakažlivost a rychlý přenos viru způsobující toto onemocnění a druhá existence asymptotických či mírně symptomatických přenašečů. Jejich výzkum naznačil, že může existovat spojitost mezi mírou úzkosti a nejistotou diagnózy COVID-19, ačkoliv výsledky jejich logistické regrese nebyly signifikantní. Toto tvrzení podporuje pouze konkrétní výsledek, kdy 30 % účastníků, kteří si nebyli jistí svojí diagnózou, dosáhlo na škále úzkostnosti deset a více bodů, kdežto jen 19 % ze zbylého vzorku dosáhlo tak vysokého skóre.

Nedílnou součástí pandemie může být také **strach z nemoci** COVID-19, který u některých lidí může způsobovat mentální problémy a může souviset s vyšší depresí, stresem a úzkostí. Výzkum Gundogana (2021) se zabýval asociací strachu z nemoci COVID-19, životní spokojeností a resiliencí a výzkum došel k závěru, že strach z nemoci byl mediátorem mezi resiliencí a životní spokojeností ($\beta = .05$; $p < .001$). Životní spokojenost negativně asociovala se strachem z COVID-19 ($\beta = -.16$; $p < .001$) a pozitivně s psychologickou resiliencí ($\beta = .38$; $p < .001$), tyto dva faktory dohromady vysvětlovaly 21% životní spokojenosti.

4.3 Resilience ve vyšším věku během pandemie nemoci COVID-19

Na jaře 2020 vypukla pandemie nemoci COVID-19 způsobená šířením koronaviru SARS-CoV-2. Roychowdhury (2020) se domnívá, že pandemie nemoci COVID-19 představuje významnou psychologickou a zdravotní krizi, která s sebou přináší značné mentální, sociální, ekonomické výzvy. Nejen, že je tato nemoc vysoce nakažlivá a u některých způsobuje závažné příznaky, které mohou vést až k úmrtí, ale navíc byla majorita lidí podrobena izolaci, kterou hlavně v neohrazené podobě mohla doprovázet také ekonomická a zdravotní nejistota a tyto následky mohly vést jedince k prožívání krize. Pandemie zasáhla lidi na celé planetě, virus se rozšířil globálně a v četných vlnách na tuto nemoc na celém světě zemřel nejméně jeden milion lidí. Vysoká mortalita byla zaznamenána především u osob ve vyšším věku (Klasa et al., 2021). Lidem ve vyšším věku se doporučoval sociální distanc a izolace pro snížení rizika nakažení. Mohlo by se zdát, že starší lidé vzhledem k rizikům mohou prožívat pandemickou situaci hůře, avšak výzkumy naznačují spíše opak (Aldwin, 2021).

Longitudinální výzkum Lópeze a kolektivu (2021) nepřinesl žádnou evidenci o vyšším emočním distresu u lidí ve vyšším věku. Starší respondenti dokonce v jejich výzkumu vykazovali **nižší úzkost** než mladší respondenti. V průběhu času dokonce úzkost ve vzorku mírně poklesla a depresivita zůstala stejná. I studie uzdravených jedinců (n=299) z nemoci COVID-19 reportovala psychologické negativní dopady zejména ve skupině lidí ve věku 18-65 let, kteří kromě toho také uváděli subjektivní kognitivní následky spojené s infekcí. Lidé starší 65 let se zdáli **bez** statisticky signifikantních psychických a kognitivních potíží (Devita et al., 2021). Podobný výsledek přinesl také výzkum (n=515) Pearmana a kolektivu (2020), ve kterém stres a úzkost z nemoci COVID-19 neukázal u různých věkových skupin signifikantní rozdíly. Starší dospělí sice dosahovali vyšších skóre úzkosti z onemocnění COVID-19 než mladší dospělí, ale proaktivní coping asocioval s nižším stresem u starších dospělých v porovnání s mladšími.

Stres, copingové strategie a jejich asociace s resiliencí v rámci pandemie COVID-19 byly více do detailu zkoumány na 141 lidech ve vyšším věku (průměrný věk = 74.4 ± 8.4 SD). Celkově účastníci vykazovali střední míru stresu související s pandemií, ale zároveň vyšší míru resilience. Vyšší odolnost byla spojená s větším využíváním adaptivních copingových strategií a méně maladaptivních strategií. Výsledky regresní analýzy ukázaly, že resilience byla nejsilnějším prediktorem stresu. Objevily se individuální rozdíly u dvou strategií, konkrétně plánování bylo spojeno se zvýšenou mírou stresu a nižší odolností, na rozdíl od sebeobviňování, u kterého se jevílo, že vyšší odolnost snižovala jeho negativní dopady v podobě míry stresu. Autoři podle výpočtu odhadují, že 52 % podílu na rozptylu stresu tvoří resilience v kombinaci s copingovými strategiemi (Vannini et al., 2021).

Li a kolektiv (2021) se zaměřili na zkoumání jednotlivých **typů sociální podpory** během pandemie COVID-19 napříč věkovými skupinami (n = 23 192) a zjistili, že lidé ve vyšším věku (60 a více let) mají ze všech skupin nejvyšší procento ($17.3 \% = 17.8 \% < 22.6 \%$) vysoké podpory od rodiny v kombinaci s nízkou podporou od sociální skupiny. Tato věková skupina měla signifikantně vyšší korelaci resilience a duševního zdraví než mladí dospělí ($r = .40, p < .01$). Další analýza výsledků naznačuje, že resilience je pozitivním prediktorem duševního zdraví během pandemie COVID-19. Autoři studie se na základě výsledků domnívají, že vysoká míra sociální podpory může tlumit dopad nízké odolnosti na duševní zdraví.

5 Empirická část

V literárně obsahové části se čtenář seznámil s teoretickými východisky resilience, jejím současným pojetím, dosud identifikovaných mechanismech a specifikami resilience v kontextu krize a u osob ve vyšším věku. Jsou také představeny výzkumy, které naznačují, že se resilience ve vyšším objevuje. Jak už bylo předestřeno dříve, v této diplomové práci je resilience definována jako „*proces a výsledek úspěšného přizpůsobení se obtížným nebo náročným životním zkušenostem, zejména prostřednictvím mentální, emoční a behaviorální flexibility a přizpůsobení se vnějším a vnitřním požadavkům.*” (APA Dictionary of Psychology, 2022). V současnosti neexistuje shoda, jak resilienci pojmut nebo jednotně definovat, avšak Fletcher a Sarker (2013) se domnívají, že většina definic je založena na dvou konceptech, které jsou při resilienci přítomny. Jedná se o presenci nepřízně a pozitivní adaptace. Pangallo a kolektiv (2014) ještě připojují přítomnost individuálních a environmentálních zdrojů, které facilitují pozitivní adaptaci.

Přítomnost nepřízně je v tomto výzkumu určena povahou společenské situace, protože v roce 2020 vypukla celosvětová pandemie, ve které se rozšířil virus SARS-CoV-2, který způsobuje nemoc zvanou COVID-19. Většina postižených států se snažila nově vzniklé situaci přizpůsobit a vyhlásit opatření, aby omezila další nekontrolované šíření viru. Česká republika zaznamenala první tři laboratorně potvrzené případy 1. 3. 2020 a první úmrtí 22. 3. 2020. Počty nakažených v prvních měsících (v první vlně) narůstaly poměrně mírně, výrazně začaly přibývat od září 2020, kdy začalo nejničivější období, které trvalo až do května 2021. Ke dnešnímu dni (17. 1. 2022) bylo onemocnění laboratorně prokázáno celkem u 2 594 183 osob a 36 910 osob mu podlehl. Ačkoliv procentuálně tvoří lidé starší 65 let pouze 12,6 % z celkového počtu nakažených, až 89,2 % osob, které onemocnění COVID-19 podlehl, bylo starších 65 let (Komenda et al., 2020). Vláda si byla rizika, které nemoc přináší vědoma již od počátku, a proto když byl v České republice vyhlášen nouzový stav, bylo osobám starší 70 let doporučeno zůstat doma a nevycházet z domu. Byl také vyhrazen čas v obchodech, kdy mohly nakupovat pouze osoby starší 65 let. Byla zavedena i řada dalších opatření, jako například povinnost zakrývat si dýchací ústrojí rouškou, později respirátorem, bylo omezeno setkávání, uzavřely se školy, restaurace, některé obchody a služby, byly zrušeny sportovní a kulturní akce a byl omezený volný pohyb osob v nočních hodinách či mimo okres bydliště (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022a). Epidemie a její rozsah se postupem času měnila a

podle situace i vydaná opatření. Momentálně (leden 2022) se v České republice rozšiřuje varianta omikron, která dle statistik se sice šíří rychleji, avšak není tolik ohrožující jako dřívější varianty (Renovica, 2022).

Společnost si obecně uvědomovala možné potíže s vydanými opatřeními, a tak se snažila lidem vytvořit různé možnosti pomoci s obstaráním potřebných záležitostí. A tak se objevily různé možnosti, jak ohroženým lidem pomoci obstarat důležité věci či služby. Vzhledem k tomu, že bylo doporučeno lidem ve vyšším věku zůstat doma a izolovat se, u lidí, která toto doporučení dodržovali, vypomáhali rodinní příslušníci, jinde lokální organizace či dobrovolníci. Ministerstvo zdravotnictví vytvořilo informační linku Linka pomoci pro seniory (1212), která poskytovala informace, poradenství, odkazovala na další organizace a později se stala zastřešující celostátní informační linkou (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020b). Řada organizací zajišťující program pro seniory transformovala své aktivity do online prostředí (Elpida, Právě teď' o.p.s., Život 90 atd.) (Elpida, 2022; Právě teď! o.p.s, 2022; Život 90, 2022). Lidé ve vyšším věku měli také přednostní přístup k očkování na COVID-19, které bylo spuštěno v lednu 2021. První skupina, pro kterou byla registrace na očkování umožněna, byli lidé nad 80 let. Postupem času se tato věková hranice snižovala a 14. dubna bylo umožněno se zaregistrovat všem lidem nad 65 let (Covid portál, 2022). Myslím, že je možné se domnívat, že někteří lidé zaznamenali tyto společenské snahy facilitovat adaptaci na pandemickou situaci a využili tyto environmentální zdroje k rozvoji resilience.

V současnosti lze v České republice dohledat výzkumy mapující psychologické dopady pandemie a vydaných opatření. Z výzkumu Bartoše a kolektivu (2021) realizovaném na reprezentativním vzorku českých domácností vyšlo, že v první fázi pandemie trpělo zhoršeným duševním zdravím 20 % respondentům (oproti 6 % před pandemií). Duševní zdraví bylo hodnoceno podle indexu příznaků středně těžké deprese či úzkosti. Toto číslo se postupně snižovalo, avšak zhruba tři měsíce po vypuknutí pandemie bylo stále zvýšené (10 %). Ve výzkumu bylo hodnoceno i šest věkových skupin a nejvyšší zhoršení došlo zejména u mladších respondentů (18–24 let), zato nejmenší zhoršení vykazovali starší respondenti. Nejmenší zhoršení se ukázalo ve věkové skupině 65 let a více, ve které před pandemií bylo reportováno zhoršené duševní zdraví u 4 % respondentů, v nejvyšším bodě na začátku pandemie bylo 13 % a zhruba tři měsíce po zavlečení viru do ČR kleslo na 7 % respondentů. Ačkoliv se jednalo o reprezentativní vzorek, limity výzkumu se nachází ve způsobu administrace dotazníků, který proběhl online a nebyli

tudíž zařazení lidí, kteří nemají potřebné kompetence či přístup k počítači či internetu (Bartoš et al., 2020). Další výzkum porovnával první vlnu a druhou vlnu šíření nákazy a z výsledků vyplývá, že mezi vlnami šíření nemoci došlo k nárůstu počtu respondentů s různě silnými úzkostmi (Kučera et al., 2021).

Bližší pohled na prožívání lidí ve vyšším věku během první vlny nabídla Marie Halaburtová (2021) ve své bakalářské práci, ve které popsala výsledky svého kvalitativního výzkumu z výzkumného vzorku 378 osob z celé České republiky. Výpovědi jejích respondentů často popisují strach z nebezpečí nákazy, úzkost plynoucí z počtu obětí, které podlely onemocnění COVID-19, pocity bezmoci způsobené stresem, závislostí na okolí a absencí řešení. Dále respondenti uváděli pocit nejistoty, který spojovali s nejasným budoucím vývojem pandemie či celkovou úzkostí z okolností pandemie. Ačkoli je tento výzkum kvalitativního rázu a nelze jej vztáhnout na celou populaci, nabízí konkrétnější ilustraci pocitů či myšlenek, kterým lidé ve vyšším věku mohli čelit. Někteří lidé tedy čelili nejen riziku samotnému, ale i psychologickým dopadům.

5.1 Cíl výzkumu

Cíl výzkumu stručně popisuje, čeho bych ve své výzkumné práci ráda dosáhla (Miovský, 2006). Protože pandemie a šíření nemoci COVID-19 znamenala pro řadu lidí ve vyšším věku mnohá negativa, ať už spjatá s šířením nemoci samotné nebo v návaznosti na vydaná opatření, rozhodla jsem se zkoumání cílit na **proces resilience u lidí nad 60 let**, který se mohl objevit v návaznosti na pandemii nemoci COVID-19.

Cílem tohoto výzkumu není hodnotit míru, či „úspěšnost“ resilience, ale lépe **porozumět resilienci** v její **komplexnosti a diverzitě**, v jaké se tento fenomén u starších lidí objevuje. Rozpoznat **mechanismy** resilience a související procesy, které mohou facilitovat její průběh. V neposlední řadě je také cílem prozkoumat, **jak se resilience liší** u skupin více a méně skórujících respondentů na škále nástroje kvantifikující resilienci jako osobnostní vlastnost. Informace, které tato diplomová práce přinese o procesu resilience, jejích mechanismech a podobách, které může nabývat, by mohly být využity v dalším teoretickém zkoumání resilience, případně sloužit jako podklad při vytváření tréninků zaměřených na podporu duševní zdraví i v náročných životních situacích či intervencí při krizových situacích.

5.2 Výzkumné otázky

Na základě výše uvedeného cíle lépe porozumět resilienci jako procesu v období pandemie nemoci COVID-19 u osob starších 60 let jsem formulovala několik výzkumných otázek.

- **Výzkumná otázka 1:** Jaké dopady situace spojené s pandemií nemoci COVID-19 zaznamenali lidé starší 60 let?
- **Výzkumná otázka 2:** Jak probíhal proces resilience u osob starších 60 let v průběhu pandemie nemoci COVID-19?
- **Výzkumná otázka 3:** Jaké mechanismy nebo procesy považují lidé starší 60 let za facilitující při překonávání případných potíží během pandemie nemoci COVID-19?
- **Výzkumná otázka 4:** Jaké rozdíly v kontextu resilience mohou být popsány mezi respondenty, kteří mají vyšší skóre na standardizované škále resilience s respondenty s nižším skóre v testu resilience?

6 Design výzkumného projektu

Výzkum znamená systematické zkoumání jevů, jehož cílem je získat poznatky, které popisují a vysvětlují daný jev (Hendl, 2004). Hendl (2005) se domnívá, že se postupem času rozvíjí mínění, že kvalitativní i kvantitativní zkoumání jevů přispívá k rozšiřování znalostí a jejich výsledky se spíše doplňují. Výzkumníci tedy stále častěji kombinují tyto přístupy a využívají tak výhod, které oba přístupy nabízí.

6.1 Typ výzkumu – *explanační sekvenční kombinovaný výzkum*

Vzhledem k definování a pojetí resilience z integrativního, a tedy širšího pojetí v této práci, jsem se rozhodla zkoumat resilienci pomocí **kombinovaného designu**, který Creswell (2015) vymezuje jako přístup „*v němž výzkumník sbírá dva typy dat – kvantitativní a kvalitativní, integruje je a vyvozuje výsledky na základě zjištění z obou typů dat*“. V angličtině se užívá pojem „mixed methods research“, který např. Hendl (2004) překládá do českého jazyka jako smíšený výzkum, alternativně se překládá také jako kombinovaný výzkum (Útvar koordinace evropských projektů města Plzně, 2014). Pro účely této práce používám pojem kombinovaný výzkum, který považuji za vhodnější název, protože lépe zachycuje podstatu takového výzkumu.

Hlavním důvodem pro využívání kombinovaného designu ve výzkumech je premisa, že kombinace kvantitativního a kvalitativního přístupu přináší **lepší a kompletnější porozumění komplexním fenoménům** než použití pouze jednoho z nich (Creswell & Clark, 2007). Bryman (2006) identifikoval nejčastější důvody pro využití kombinovaného designu, kterými jsou triangulace, expanze, explorace, kompletace, kompenzace slabin, rozdílnost výzkumných otázek a ilustrace. Hlavním cílem výzkumu v této diplomové práci je podle tohoto členění především **expanze**, protože kombinace kvalitativních a kvantitativních metod přináší další poznatky, plynoucí z propojení obou přístupů. Škály pro měření resilience obvykle operacionalizují resilience jako přítomnost zdrojů, jak interních, tak externích, avšak nezachycují resilienci jako proces v čase.

Kombinování paradigmat, protichůdných předpokladů a různých pravidel je náročné, což znamená, že výzkumník musí mít **přehled**, která pravidla je nutné dodržet, a jak předejít problémům při rozvětřování pravidel výzkumu, tak, aby byla získána

maximální validita výzkumu (Morse, 2020). Z tohoto faktu plyne i nevýhoda, tento výzkumný design klade na výzkumníka větší nároky.

Několik autorů se pokusilo rozdělit různé typy kombinovaného designu (Morse, 2020; Fetters et al, 2013). Obvykle jsou založeny na **časové posloupnosti** užití přístupů, případně někteří výzkumníci zohledňují **cíl a míru integrace**, či ne/dominanci jednoho z přístupů (Vlčková a Lojdová, 2016). Bryman (2006) se domnívá, že tyto typologie mohou pomoci výzkumníkům s určením povahy jejich záměrů, proto v této práci vycházím z rozdělení od Fetters a kolektivu (2013), kteří rozlišují tři základní typy kombinovaného designu, ve kterých se integrace objevuje už v samotné konceptualizaci výzkumu. Těmito typy jsou:

- explorační sekvenční design,
- explanační sekvenční design,
- konvergentní design.

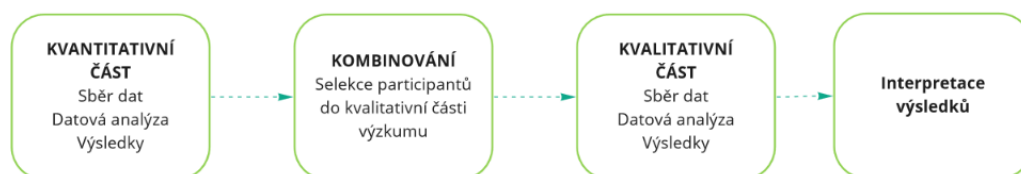
V **exploračním sekvenčním** kombinovaném výzkumu nejprve probíhá kvalitativní fáze, na kterou navazuje fáze kvantitativní. Cílem tohoto typu je vytvoření druhé fáze výzkumu na základě prvotních výsledků z kvalitativní části. Může sloužit k vytvoření teorie (Creswell, 2015) či psychometrického nástroje.

Explanační sekvenční kombinovaný výzkum začíná kvantitativní fází, ze které dále vychází kvalitativní fáze, jejíž cílem je obvykle prozkoumání či vysvětlení kvantitativních výsledků do hloubky. Případně může kvantitativní část sloužit pro výběr participantů do kvalitativní části (Vlčková a Lojdová, 2016).

Třetím typem je **konvergentní** kombinovaný výzkum, ve kterém je kvalitativní i kvantitativní fáze spuštěna zároveň, obvykle jsou data sbírána separátně a jejich integrace nastává až v interpretativní fázi (Creswell & Clark, 2011). Jeden z možných cílů může být validizace či komplexní zkoumání fenoménu (Vlčková & Lojdová, 2016).

Pro svůj výzkum jsem podle této typologie zvolila **explanační sekvenční** kombinovaný design. V první fázi proběhlo mapování pomocí kvantitativního dotazníku spolu s nabídkou zanechání kontaktu pro možnost oslovení do druhé fáze výzkumu.

Výsledky této fáze slouží k **deskripci a klasifikaci** zkoumané skupiny podle kvantifikované resilience. Tyto výsledky slouží jako screeningové podklady pro strategii výběru respondentů do kvalitativní části v druhé fázi výzkumu. Druhým krokem první fáze je datová analýza výsledků, na kterou navazuje třetí krok výzkumu, což je vývoj strategie sbírání dat a oslovení potenciálních participantů pro druhou fázi. Cílem druhé, kvalitativní fáze výzkumu, je **explanace neboli porozumění procesu** resilience v jejím přirozeném kontextu vzhledem k absenci vhodných nástrojů měření. Velkou výhodou této fáze je možnost poznat zkoumaný jev ve své šířce a postihnout mnoho návazných souvislostí (Ferjenčík, 2000). Kvalitativní sběr dat není oddělen od jeho datové analýzy, ve skutečnosti se obvykle částečně překrývá. Výzkumník v průběhu získávání dat data prozkoumává a podle svého uvážení další kroky upravuje tak, aby mohl zachytit co nejvíce informací o jevu, který zkoumá (Hendl, 2016). Role výzkumníka v této fázi je tedy **aktivní**, on sám ovlivňuje tuto výzkumnou fázi i následnou interpretaci výsledků. Jeho interpretace je determinována znalostmi, zkušenostmi i prožíváním (Miovský, 2006).



Obrázek 11 Schéma kombinovaného výzkumu; adaptováno od Plano Clark a kolektivu (2008)

Podstatou kombinovaného výzkumu je integrování kvantitativních a kvalitativních komponentů. Tento **bod integrace** by měl být v kombinovaném výzkumu nejméně jeden. V plánovaném výzkumu se těchto míst bude nacházet **několik**, jedná se tedy o komplexní kombinovaný výzkum (Schoonenboom & Johnson, 2017). Integrace se nachází nejen v designu výzkumu, ale i ve výzkumných metodách pro sběr dat. Jednotlivé fáze jsou na sebe napojeny a participantů jsou vybráni na základě výsledků v kvalitativní fázi. Druhá fáze je závislá na výsledcích té první a nelze ji zahájit před jejím dokončením. Integrace přístupů se objevuje i při reportování a interpretaci výsledků v diskuzi.

Mezi další uvážení, která by podle Schoonenboomové a Johnsona (2017) měla proběhnout v rámci kombinovaného výzkumu, je zvážení **tzv. teoretického drivu**, který Morse (2016) popisuje jako určení koncepčního směřování projektu, který se vymezuje podle zvoleného cíle výzkumu, dominantní fáze a výzkumných otázek. Podle něj může být

bud' induktivní/kvalitativní nebo deduktivní/kvantitativní. Johson a kol. (2007) zařazují ještě přístup, ve kterém je kvalitativní i kvantitativní fáze rovnocenná. Chystaný projekt má především **induktivní** teoretický drive a **akcentuje kvalitativní fázi** výzkumu. Existují ještě další úvahy, které je vhodné vzít v potaz a které jsem vzala do úvahy, ale vzhledem ke jejich obsáhlosti již nebudou dále popsány (Schoonenboom & Johnson, 2017).

6.2 Metody získávání dat

Podle zvoleného kombinovaného výzkumného designu, výzkumných otázek a cíle výzkumu jsem zvolila dvě metody získávání dat. Pro první, kvantitativní fázi, jsem zvolila metodu sběru dat pomocí standardizovaného sebeposuzujícího dotazníku resilience, který umožňuje kvantifikovat vybrané faktory, které jsou považovány za související s resiliencí. Dotazník je doplněn dvěma orientačními otázkami na vnímané dopady a adaptaci na situaci spojenou s pandemií nemoci COVID-19. Na konci dotazníku jsem položila otázky týkající se demografických údajů.

Ve druhé, kvalitativní fázi výzkumu, bylo osloveno několik respondentů z první fáze výzkumu a se zájemci proběhly polostrukturované rozhovory, které byly vedeny podle předem připravené osnovy.

6.2.1 Sebeposuzovací dotazník

Pro měření resilience jsem zvolila **Connorové-Davidsonovu škálu resilience**. Ačkoliv je v tomto nástroji resilience operacionalizovaná odlišně – jako osobnostní vlastnost a schopnost úspěšně zvládat stres, odkazuje tato škála na interní zdroje resilience, které přispívají k rozvoji procesu resilience. Celkově škála obsahuje **25 položek**, které je možné zodpovědět na pětipoložkové škále (Zcela nesouhlasím = 0; Spíše nesouhlasím = 1; Někdy souhlasím, Někdy nesouhlasím = 2; Spíše souhlasím = 3; Zcela souhlasím = 4). Položky jsou k zaměřené na zjištění hardiness, copingu, flexibility, smysluplnosti, optimismu a schopnosti regulace emocí a kognice. Tuto škálu jsem konkrétně vybrala pro její **dobré psychometrické údaje**. Reliabilita testu byla popsána pomocí Cronbachovo α , která vyšla .89. Korelace jednotlivých položek se pohybovala v intervalu .30 až .70. Konvergenční validita byla posuzována podle korelace s hardiness ($r = .83$), sociální oporou ($r = .36$) a negativní korelací ($r = -.76$) (Connor & Davidson, 2003).

Tato škála byla administrována v oficiálním českém překladu, který mi autoři škály poskytli spolu **se svolením** jej použít pro mé výzkumné účely. Kromě této škály byly do dotazníku začleněny otázky týkající se **demografických údajů** a **dvě doplňující otázky**. Jedna mapuje vnímání dopadů na respondentovo fungování v životě a druhá obtížnost přizpůsobení se na pandemickou situaci a opatření proti šíření viru. Tyto otázky byly vloženy za účelem poznání širšího kontextu dopadů a adaptace a také jako kontrolní otázky pro výběr participantů do druhé fáze, ve které bylo cílem vybrat participanty, kteří vnímají alespoň minimální dopady a mírnou náročnost adaptace na pandemickou situaci a opatření s ní spojená.

Dotazník byl administrován online prostřednictvím platformy Google Formuláře a sběr dat probíhal od konce června do srpna 2021. Vyplnilo jej **191** respondentů. Odhadovaný čas vyplnění byl 10-15 minut

6.2.2 Polostrukturovaný rozhovor

V druhé fázi proběhlo kvalitativní šetření metodou **polostrukturovaného rozhovoru**, který nabízí možnost kombinovat prvky nestrukturovaného a strukturovaného interview, což z něj činí téměř ideální výzkumný nástroj. Výzkumník se dotazuje podle předem připraveného schématu, které obsahuje okruhy otázek, které pokrývají tzv. jádro rozhovoru, což je minimum témat a otázek, které má tazatel za úkol probrat. V průběhu je obvykle možné zaměřovat pořadí či změnit drobnou nuanci ve znění a stylu pokládání otázek. Je vhodné použít následné **inquiry**, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka, což umožňuje ověření správného pochopení odpovědi a dává příležitost téma rozpracovat hlouběji (Miovský, 2006).

Výzkumné rozhovory probíhaly v průběhu července a srpna 2021. Proběhlo celkem **patnáct** rozhovorů. Rozhovory měly stopáž od 27 minut až po 1 hodinu. Pět rozhovorů proběhlo v **online prostředí** prostřednictvím platformy Skype nebo Zoom. Zbýlých deset rozhovorů proběhlo prostřednictvím **telefonického spojení** bez možnosti se vidět.

Rozhodnutí zvolit formu setkání pomocí online nástrojů či telefonu bylo čistě pragmatické. Vedlo k němu několik úvah. První byla, že výběr rozhovorů proběhne ze zájemců, kteří vyplnili dotazník na internetu v první fázi rozhovoru, což znamená, že potenciální účastníci mohou být z celé České republiky a vzhledem k tomu, že bylo období prázdnin a lidé obvykle mívají naplánované různé aktivity, tak sladit cesty do různých míst by bylo náročné. Jednou z výzkumných otázek je sledovat procesy resilience u osob

skórujících výše a níže na škále CD-RISC, z čehož vyplývá, že jsem preferovala určitou část potenciálních zájemců a množina se tím pádem zúžila. Případné odmítnutí ať už z mé nebo respondentovy strany kvůli časovým nebo technickým možnostem by znamenalo vychýlení se z mého záměru. Ačkoliv v letních měsících bylo povolené se setkávat, vzhledem k pandemické situaci jsem z výzkumu nechtěla eliminovat osoby, které by odmítli účast kvůli obavám z nákazy. Z těchto důvodů jsem zvolila možnost vést rozhovor prostřednictvím online platformy, případně přes telefonní hovor. Oslovení účastníci si mohli zvolit, kterou možnost preferují. **Nevýhodou** této formy sběru dat je nemožnost neverbálního pozorování a absence těchto dat (Miovský, 2006). Názory na rozdílnost získaných dat a dynamiku rozhovoru prostřednictvím telefonu se liší. Irvine a kolektiv (2013) ve svém výzkumu zjistila, že rozhovory prostřednictvím telefonu byly kratší v trvání než rozhovory tváří v tvář. Avšak jiné výzkumy (Sturges & Hanrahan, 2004; Vogl, 2013) tento rozdíl ve svém výzkumu nezaznamenali. Drabble a kolektiv (2016) se v interpretaci výsledků jejich výzkumu přiklání k tezi, že **rozhovory prostřednictvím telefonu přinášejí velmi kvalitní data** a jsou tedy životaschopnou a hodnotnou formou sběru dat, obdobně jako další výzkumníci (Sturges & Hanrahan, 2004; Vogl, 2013). Cachia a Millward (2011) se domnívají, že polostrukturovaný rozhovor je komplementární metodou k telefonní formě sběru dat a následné přepisy rozhovorů poskytují hodnotné a bohaté informace.

Výzkumník je během procesu získávání dat aktivní. Vedení kvalitativního rozhovoru obecně vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, disciplínu a interpersonální porozumění (Hendl, 2005). Někteří výzkumníci (Glogowska et al., 2011; Drabble a kol., 2016) ve své práci popisují doporučení pro úspěšný sběr dat prostřednictvím hloubkového telefonického rozhovoru. Obecně je zdůrazňována **počáteční komunikace**, představení účelu výzkumu a vysvětlení, proč je příspěvek respondenta důležitý (Drabble a kol., 2016). Dále je záhodno naplánovat rozhovor podle možností účastníka a navázat s ním vztah skrze nezávaznou konverzaci a připomenutí účelu výzkumu (Glogowska et al., 2011).

Kromě těchto doporučení z literatury jsem čerpala i ze znalostí a dovedností získaných na Kurzu kompletní krizové intervence od společnosti Děčko Liberec z.s, který jsem absolvovala v roce 2019. Část kurzu byla zaměřena na krizovou intervenci skrze telefonickou linku. Aplikovala jsem naučené doporučení verbálně a vokálně vyjadřovat **aktivní naslouchání** (např. „mmm...“; „ano, naslouchám“), **doptávat se** (inquiry) a

ověřovat, zda sdělované odpovědi rozumím správně a **verbalizovat proč** to dělám (např: „abych se ujistila, že jsem Vám dobře porozuměla, ...“).

Každý rozhovor obsahoval úvod, jádro rozhovoru a závěr. V **úvodu** jsem se představila, popsala jsem, čemu se věnuji profesionálně, ale i soukromě. Vysvětlila jsem, co je cílem společného rozhovoru a připomněla jsem, že neexistují žádné špatné nebo správné odpovědi a že mne zajímá účastníkův úhel pohledu. Abych zajistila etiku rozhovoru a podpořila pocit bezpečí v rozhovoru, zdůraznila jsem, že účast je anonymní, dobrovolná, a respondent může kdykoliv skončit, případně odmítnout odpovědět. Informovala jsem o očekávané délce rozhovoru. Poté jsem požádala o vyjádření souhlasu s účastí a nahráváním. Data zůstala zaznamenána ve zvukové podobě za účelem jejich zpracování. Na konec úvodu jsem nabídla prostor pro případnou otázku respondenta a poté přešla k **jádro rozhovoru**. Pokládala jsem otázky z předem připraveného schématu, který je k dispozici jako příloha č. 1. Obecně jsem se snažila získané informace propojovat s konkrétními zkušenostmi, na které jsem se případně doptávala. Rozhovor jsem otvírala obecnější otázkou a dále postupovala ke konkrétnějším tématům a otázkám. Jakmile jsem vyčerpala všechny otázky a domnívala jsem se, že jsou podstatná témata vytěžena, přešla jsem k **závěru**. V něm jsem okomentovala skutečnost, že jsem vyčerpala svoje otázky a dozvěděla jsem se vše, co potřebuji, a poděkovala. Zeptala jsem se na případné otázky a nechala na ně prostor. Poté jsem se zeptala, zda mohu účastníka pozvat na plánovanou chystanou přednášku vycházející z této práce a zda si přejí dostat její elektronickou kopii, která se bude nacházet v Digitálním repozitáři UK. V průběhu sbírání dat jsem reflektovala již realizované rozhovory a odebrala otázky, které nebyly efektivní a přidala jednu závěrečnou.

6.3 Pilotáž

Za účelem ověření srozumitelnosti, jsem realizovala pilotáž pro obě chystané metody sběru dat. **Dotazník** jsem poskytla k vyplnění **čtyřem osobám**. Jedna osoba navrhla drobnou změnu ve formulaci otázky a druhá si všimla nesrovnalosti v číslování otázek. Následně jsem z této skupiny oslovila **dvě osoby k pilotáži rozhovorů**. Jeden proběhl prostřednictvím videohovoru a druhý skrze telefonní hovor s cílem udělat si představu o obou formách rozhovoru.

Oba rozhovory považuji za přínosné. V obou případech jsem dostala zpětnou vazbu na celkovou atmosféru rozhovoru, porozumění otázkám, pocitům dotazovaného v průběhu rozhovoru a nápady na otázky, které by bylo dobré přeformulovat. Díky pilotáži jsem přeformulovala některé otázky a získala přehled o časové náročnosti.

6.4 Metody zpracování a analýzy dat

Vzhledem k tomu, že v každé fázi jsou použity odlišné formáty dat, jsou použity také odlišné metody zpracování dat. V první části jsou kvantitativní data použita především k deskripci a kategorizaci, částečně k analýze. Kvalitativní data v druhé části slouží k porozumění a explanaci zkoumaného fenoménu.

6.4.1 Kvantitativní fáze

V první fázi výzkumu jsem data zpracovávala pro následnou analýzu prostřednictvím nástroje Google tabulky. Data jsem zkontrolovala, vyčistila a transformovala do podoby potřebné pro analýzu dat. K popisu a analýze dat byly využity metody z tzv. **Explorační analýzy dat**, což je „*způsob analýzy, který se zabývá objevováním, zkoumáním a empirickým odhalováním jevů v datech*“ (Jebb et al., 2016), jejímž cílem je najít vzory v datech, které obohatí výzkumníka o detaily, které by mohly zůstat skryty v souhrnných statistikách (Behrens, 1997). Tato analýza proběhla v programech **Jamovi** (The Jamovi project, 2021), **Microsoft Excel** a **Power BI**. Data byla zkoumána řadou metrik a interaktivních grafů s možností filtrování, avšak v rámci zachování přehlednosti jsou v další kapitole představeny pouze relevantní a informačně nosné výsledky a vizualizace dat.

6.4.2 Kvalitativní fáze

Před analýzou dat bylo potřebné data zpracovat. Data z rozhovorů byla fixována v audio podobě a pro jejich analýzu bylo nutné je převést do písemné podoby. Pro tento účel byla zvolena metoda **doslovné transkripce** prostřednictvím webové aplikace Otranscribe (Bentley, 2018). Jednalo se o 11 hodin audio materiálu, jehož přepsání trvalo přes 43 hodin času. V rámci tohoto procesu paralelně probíhala i **redukce prvního řádu**, což je proces transformace doslovné transkripce do plynulejší podoby, která je vhodná v případě práce pouze s obsahem sdělení. Byla vynechána slova, která nenesla explicitně vyjádřenou

informaci (tzv. slovní vata) a výrazy, věty či části vět, jejichž přítomnost text spíše narušovala a samy o sobě další informaci nenesly (Miovský, 2006). Vzhledem k tomu, že v následné analýze se soustředuji na obsahově-tematickou rovinu, text byl očištěn od slovní vaty a byla doplněna interpunkce. Pro přehlednost jsem odlišila jednotlivé otázky tučným zvýrazněním a odpovědi zaznamenala na novém odstavci.

V rámci analytické části výzkumu kvalitativní fáze byla použita výzkumná metoda **tematická analýza dat**, kterou Braunová a Clarková (2006) popisují jako: „*metodu identifikace, analyzování, organizování, popisování a reportování vzorů nacházejících se v datech.*“, na které oceňují vysokou míru flexibility a možnosti přinést komplexní a zároveň na detaily bohatá data. King (2004) považuje tematickou analýzu vhodnou pro sumarizování klíčových informací, zkoumání perspektiv různých účastníků či vyzdvihnutí podobností a rozdílů právě díky dobře strukturovanému přístupu k manipulaci dat. Tato výzkumná metoda nese i **nevýhody**, za což považují Nowell a kolektiv (2017) nedostatek podstatné literatury ve srovnání s jinými kvalitativními metodami (zakotvená teorie, etnografie atd.) nevyhodnocování užití jazyka, flexibilita vedoucí k nekonzistentnosti a absence koherence témat.

Abych co nejadekvátněji postupovala v tematické analýze dat, nastudovala jsem si dostupnou literaturu a zvolila jsem postup podle šestifázového schématu od Braunové a Clarkové (2006), který jsem doplnila o doporučení od Nowella a kolektivu (2017), jejichž cílem je zvýšit důvěryhodnost výzkumu. Podle jejich doporučení jsem si v průběhu vedla výzkumný deník neboli dokumentaci zaznamenávající mé úvahy, popis postupu výzkumu a metodologická rozhodnutí. Deník sloužil pro mou reflexi postupu a mého vlivu jakožto výzkumníka.

Braunová a Clarková (2006) upozorňují, že v rámci tematické analýzy je potřebné zvážit řadu přístupů a rozhodnutí, jak bude výzkumník přistupovat k datům a jejich analýze. Původně bylo mým záměrem přistupovat k datům pouze induktivně a při agregaci a formulaci témat vycházet jen z nasbíraných dat. To se však ukázalo jako neefektivní a nerelevantní vzhledem ke skrytější podstatě mechanismů resilience a samotné teoretické podstatě konstruktů resilience a jejich mechanismů. Proto jsem se rozhodla **vycházet z teorie**, která je prezentována v literárně přehledové části této práce a můj přístup je tedy deduktivní. Práce je tedy od počátku limitována mými znalostmi o tématu, definicí a vymezením konstruktů resilience. V analytické práci přistupuji k resilienci jako procesu a předpokládám, že existují určité mechanismy a procesy, které facilitují tento proces.

Respondentovi tento proces přibližuji pomocí konceptualizace resilience jako procesu „zvládání těžkostí“ a dotazuji se na jeho/její zkušenosti a poznatky. Práce je tedy limitována nejen mými předpoklady, ale také schopností respondenta reflektovat a popsat tento proces. Abych se vyhnula zkreslení způsobeného mým hodnocením a možným preferováním určitých procesů, tak se nesnažím hodnotit míru či konkrétní bod respondenta v procesu resilience a zaměřuji se na popis a postihnutí mechanismů a procesů, které probíhají a které mohou souviset s resiliencí.

Oba zdroje informací se shodují (Braun & Clark, 2006; Nowell et al., 2017), že tematická analýza neprobíhá v lineárním procesu, ale jde spíše o **iterativní a reflexivní** proces, který se vyvíjí v čase a ve kterém se jednotlivé fáze prolínají či znovu navrací. Pro přehlednost budou popsány v jednotlivých fázích:

1. Fáze: Seznámení se s daty

Cílem této fáze je dle Braunové a Clarkové (2006) seznámit se všemi aspekty získaných dat do hloubky a šířky. Doporučuje alespoň jedenkrát přečíst celý soubor a zaznamenat nápady a identifikace možných vzorů. Tato fáze v mnou realizovaném výzkumu započala již během sbírání a transkripce dat, jelikož jsem obě fáze vykonala osobně. Měla jsem možnost reflektovat data již od začátku, zapisovat si myšlenky a úvahy, které vyvstaly při sbírání, transkripci a prvním uceleném přečtení všech rozhovorů. K této fázi jsem se opakovaně vracela i v dalších fázích.

2. Fáze: Generování počátečních kódů

V této fázi je cílem organizovat data do smysluplných skupin, počátečních kódů, které popisují a zjednodušují specifickou charakteristiku dat. Je to proces reflexe, přemýšlení a interakce s daty. V průběhu výzkumník identifikuje důležité sekce textu a pojmenovává je (Nowell et al., 2017). Ty pak slouží jako nejzákladnější segment nebo prvek nezpracovaných dat, se kterým se posléze pracuje. Vytvářet kódy je možné několika způsoby. Textové segmenty mohou zůstat nekódované nebo se nacházet se v jednom či více kódech (Braun & Clark, 2006).

Pro tuto fázi jsem si zvolila kódování prostřednictvím počítačového programu QDA Miner (Provalis research, 2020) ve kterém jsem vyhledávala zajímavé pasáže, kterým jsem vytvořila kód nebo přiřadila odpovídající ze stávajících. Po systematickém prozkoumání celého dokumentu a vytvoření prvotních kódů jsem kódy revidovala a

některé jsem sloučila do kategorií podle toho, ke které výzkumné otázce se vztahovaly. V dalších fázích jsem se k tomuto kroku vracela a kódy jsem slučovala, přejmenovávala, doplňovala či jinak upravovala, aby sloužily lépe svému účelu, protože v počátku této fáze jsem vytvářela kódy deskriptivního charakteru a s postupem času jsem přecházela k lepšímu zachycení a pojmenovávání informace, kterou výňatek obsahuje, což je dle Braunové a Clarkové (2006) očekávatelné, protože kódování považují za přirozeně průběžný proces.

3. Fáze: Hledání témat

Poté, co jsou všechna data shromážděna a kódy vytvořeny, výzkumník rozšiřuje svůj pohled a třídí kódy do témat (Braun & Clark, 2006). Pojem téma DeSantis a Ugarriza (2000) používají pro označení abstraktního konstruktů, který přináší smysl a identitu opakujícím se zážitkům a jeho variantám, čímž je sjednocuje do smysluplného celku. Témata mohou být identifikována spojením fragmentů myšlenek, či zkušeností (Nowell et al., 2017) a závisí na tom, zda zachycují něco důležitého ve vztahu k celkové výzkumné otázce. Výsledkem této fáze je sbírka možných témat a podtémat spolu s výpisem kódu, které k nim náleží. Tato témata mohou být rozvíjena ve vizuální reprezentaci např. v tabulkách či myšlenkových mapách (Braun & Clarke, 2006).

Na počátku této fáze jsem si prohlédla a refletovala dokumentaci, kterou jsem v průběhu tvořila, a vybrala několik myšlenek, ze kterých by mohlo vzejít téma pro každou skupinu respondentů zvlášť. Poté jsem procházela kódy, které jsem třídila podle odpovídající výzkumné otázky, a zařadila je do skupiny kódů, ke které odpovídají. Výsledná podoba byla zaznamenána do dvou myšlenkových map. Některé kódy jsem nezařadila, ale zanechala jsem je v samostatné kategorii „nehodící se“, pro případnou pozdější revizi.

4. Fáze: Přezkoumání témat

Cílem této fáze je přezkoumání, zda navrhnutá témata a přiřazené kódy tvoří koherentní vzor. Je přirozené, že některá témata jsou sjednocena a některá nesplní očekávání a jsou vyřazena. Data a kódy uvnitř témat by měly být smysluplně koherentní a zároveň by se od sebe měly lišit. Tento proces probíhá na dvou úrovních. První je revize všech textových výňatků ke každému tématu a posouzení, zda je možné popsat objevující

se vzor. Na druhé úrovni výzkumník zvažuje, zda vytvořená tematická mapa vystihuje smysl, který je z datového setu evidentní jako celek (Braun & Clarke, 2006).

V této fázi jsem identifikovala několik témat, která se překrývala s koncepty představenými ve druhé kapitole této práce. Ačkoliv záměr této práce bylo k datům přistupovat deduktivně, uvědomila jsem si, že vhodnější strategií bude část propojit s vědeckou literaturou a přistoupit k ní induktivně. Braunová a Clarková (2006) uvádí oba přístupy v rámci tematické analýzy jako možné.

5. Fáze: Definování a pojmenování témat

V tomto bodě má výzkumník k dispozici uspokojivou tematickou mapu, prochází vytvořená témata, pojmenovává je, definuje a identifikuje esenci – o čem každé téma je, a jaký aspekt konkrétní téma zachycuje v rámci celého datasetu. Důležité v tomto kroku je v rámci popisu neparafrázovat pouze obsah výňatků, která témata obsahují, ale vysvětlit také, co je na nich zajímavé a proč (Braun & Clarke, 2006). V závěru této fáze jsem vzhledem k opakujícím se tématům dvě myšlenkové mapy spojila v jednu.

6. Fáze: Vypracování výzkumné zprávy

Poslední fází vypracování analýzy je psaní výzkumné zprávy, která se v této práci nachází v 7. kapitole s názvem Výsledky, jejíž cílem je stručný, koherentní, logický, neopakující a zajímavý popis dat v rámci témat. Tento popis je vhodné doplnit o výňatky z textu, které zachycují podstatu myšlenky, kterou se snažíme představit. Je potřebné, aby výzkumník nejen popisoval data, ale aby dokázal také odpovídat a argumentovat v návaznosti na výzkumné otázky. Nezůstat na povrchu, ale jít také do hloubky, interpretovat témata a snažit se tak teoretizovat o významnosti nalezených vzorů a jejich smyslu v širším kontextu a popsat možné implikace ve vztahu k dostupné literatuře (Braun & Clarke, 2006).

Výsledky této fáze jsou prezentovány v samostatné podkapitole 7.2. Prezentace celkových výsledků, ve které jsem se zaměřila na popsání jednotlivých témat a podtémat. V kontextu výzkumných otázek se prezentace výsledků nachází v podkapitole 7.3 a jejich interpretace a možné implikace se nacházejí v diskusi, tedy v 8. kapitole.

6.5 Etika výzkumu

V rámci připravovaného výzkumu jsem se zabývala i otázkou etiky chystaného projektu nejen vůči respondentům a účastníkům, ale i **výzkumníkům**. Vzhledem k tomu, že škála resilience CD-RICS nebyla na internetu se svolením autorů volně šiřitelná, napsala jsem na emailový kontakt uvedený na oficiálních stránkách a požádala jsem o svolení nástroj použít. Po vyplnění formuláře o chystaném projektu mi přišlo povolení spolu s oficiální českou verzí dotazníku a jeho použití je tedy eticky v pořádku. Nebylo mi však uděleno právo jej šířit, a proto není dotazník přiložen v příloze.

Při realizaci kvantitativní i kvalitativní fáze jsem dodržela důležité etické zásady. V každém oslovení potenciálního respondenta nebo účastníka výzkumu jsem vysvětlila záměr výzkumu, průběh dalších kroků ve výzkumu a informovala jsem o **anonymitě a dobrovolnosti** vstoupit do výzkumu a možnosti kdykoliv z něj vystoupit. Všem účastníkům jsem dala k dispozici email s nabídkou, aby se mi v případě potřeby ozvali. Ve fázi, kdy jsem nabízela možnost, že mi můžou na sebe zanechat kontakt, abych je mohla oslovit, jsem upozornila na to, že kontakt je důvěrný a bude použit pouze pro nabídnutí možnosti účasti do výzkumu v další fázi, která je taktéž dobrovolná. Na začátku rozhovoru jsem kromě výše uvedených informací účastníky také požádala o svolení nahrávání rozhovoru za účelem lepší analýzy získaných dat. Všichni účastníci souhlasili a **informované souhlasy** se nachází na nahrávkách. Všem účastníkům jsem dala k dispozici email s nabídkou, aby se mi v případě potřeby ozvali.

Hendl (2005) upozorňuje, že výzkumník by se také měl věnovat dalším etickým otázkám v návaznosti na problémy, které souvisí s kvalitativním výzkumem. Popisuje problematiku **soukromí**, emočního bezpečí a reciprocity. Aby bylo zajištěno zachování soukromí účastníků rozhovoru, kteří mnohdy sdíleli i intimní informace, přepsané transkripty nejsou součástí práce a k dispozici jsou pouze na vyžádání oprávněných osob. V práci jsou uvedeny pouze dílčí extrakty, které slouží k ilustraci či nesou podstatnou informaci. Všechny dokumenty obsahující informace spojené s účastníky jsou uloženy v zaheslovaném dokumentu na lokálním úložišti mého počítače. **Emoční bezpečí** jsem se snažila vyjádřit během rozhovoru různě. Účastníky jsem během rozhovoru ubezpečila o své roli posluchače a tazatele, jehož cílem není hodnotit, ale poznat a porozumět jejich úhlu pohledu. V některých případech jsem vysvětlila smysl otázky, na které se ptám, nebo ujistila účastníka, že nemusí odpovídat, případně normalizovala jeho odpověď, když měl pochybnosti. Už v rámci příprav jsem cítila touhu **reciprocně** dát něco na oplátku zpátky

za čas, který mi účastníci věnovali. Plánuji tedy po sepsání této práce online přednášku o výsledcích výzkumu a poznatků z literárně přehledové části této práce s cílem přinést relevantní informace pro posluchače.

7 Výzkumný soubor

V následující kapitole budou popsány metody výběru výzkumného souboru, specifika výběru a charakteristiky výzkumného souboru jak pro kvantitativní, tak kvalitativní fázi kombinovaného výzkumu.

7.1 Metody výběru a výběrová specifika

V první, kvantitativní části, byli respondenti vybráni **metodou sněhové koule**. Na stránkách projektu SenSen – Senzační senioři jsem našla kontakty na organizace po celé České republice sdružující aktivní seniory a od půlky června 2021 do první půlky července 2021 jsem oslovila a poprosila o sdílení 90 lidí, na které byl uvedený veřejně přístupný kontakt. Dotazník byl určen pro osoby starší 60 let. Dotazník vyplnilo **192** respondentů, dva byli vyřazeni z důvodů nesplnění kritéria věku. V závěrečné fázi dotazníku jsem respondenty informovala o chystané druhé kvalitativní fázi výzkumu a otázala se, zda souhlasí s kontaktováním. Případným zájemcům jsem nabídla možnost zanechání kontaktu. S oslovením v navazující části souhlasilo **85** respondentů.

Výběr pro druhou fázi proběhl z respondentů z první části, kteří projevíli souhlas a zanechali kontakt. Do druhé, kvalitativní fáze, byli vybráni participanti prostřednictvím **záměrného výběru** v kombinaci s **metodou kontrastů** dle výsledného skóre na Connor-Davidsonově škále resilience a odpovědi na dvě mapující otázky ohledně pandemie. Zajímali mě respondenti, kteří skórovali odlišně na škále CD-RICS-25, tj. **nejvýše a nejnižše**. Toto rozřazení bylo realizováno s cílem pozorovat případné rozdíly, především v mechanismech a procesech resilience.

Skupina	Počet participujících	Průměrný skór	SD	Min (Percentil)	Max (Percentil)
Vyšší skór	8	90	8,1	82 (75%)	100 (100%)
Nižší skór	7	60	4,8	43 (5%)	70 (44%)

Tabulka 1 Charakteristiky výběrového souboru ve kvalitativní části výzkumu

V druhém kroku jsem zvažovala odpovědi ze dvou mapujících otázek ohledně pandemie. Konkrétně jsem vybírala respondenty, kteří nesouhlasili či spíše nesouhlasili s tvrzením, že by pandemie a situace s ní spojená neměla vliv na jejich fungování v životě. Pro rozšíření svého pohledu jsem vybrala také respondenta, který spíše souhlasil s absencí dopadů.

1. Otázka: Situace a dění spojené s pandemií koronaviru nemělo žádný dopad na mé fungování v životě.

Odpověď:	Počet participujících
Nesouhlasím	11
Spíše nesouhlasím	3
Nevím	0
Spíše souhlasím	1
Souhlasím	0

Tabulka 2 Distribuce odpovědí ve kvalitativní fázi na 1. otázku dotazníku

Podle této odpovědi jsem pak vybrala respondenty, kteří přizpůsobení vzniklé situaci a opatřením považovali za náročné, a několik, kteří ne.

2. Otázka: Bylo pro mě snadné se přizpůsobit vzniklé situaci a vydaným opatřením proti šíření koronaviru.

Odpověď:	Počet participujících
Nesouhlasím	2
Spíše nesouhlasím	6
Nevím	0
Spíše souhlasím	2
Souhlasím	5

Tabulka 3 Distribuce odpovědí ve kvalitativní fázi na 2. otázku dotazníku

Konstrukt resilience obsahuje podmínku presence těžkostí, či nesnází (Fletcher & Sarkar, 2013) a právě tato presence byla posouzena prostřednictvím těchto dvou otázek.

Cílem bylo pozvat účastníky, kteří zaznamenali dopady pandemie na své fungování. V průběhu sběru dat jsem se posléze více zaměřila na respondenty, kteří zaznamenali určitou obtížnost při přizpůsobení, protože mě zajímaly právě procesy či mechanismy, které uplatnily v rámci adaptace.

V **první vlně** pozvánek jsem rozeslala 12 pozvánek, z čehož 8 respondentů pozvání přijalo. Domluvila jsem se na termínu rozhovoru, který jim nejvíce vyhovoval. Po realizaci rozhovorů jsem tento vzorek nepovažovala za saturující, a tak jsem pozvala **dalších 7** respondentů, kteří všichni mé pozvání přijali. V průběhu realizování těchto rozhovorů a jejich průběžné analýze jsem zaznamenala opakování dat, z čehož jsem usoudila, že došlo k teoretickému nasycení a rozhodla jsem se sběr ukončit.

7.2 Charakteristiky výzkumného souboru

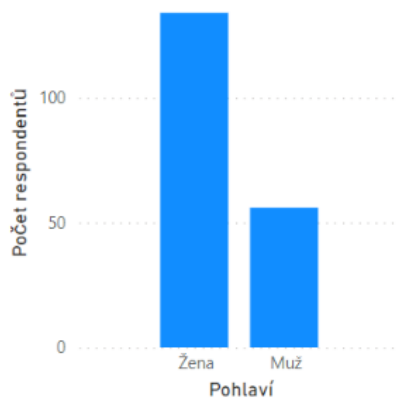
V následující části jsou prezentovány demografické údaje respondentů v obou vzorcích.

7.2.1 Kvantitativní část

a) pohlaví

	Počet	Poměr
Žena	136	70,5%
Muž	54	29,5%

Tabulka 4 Demografické údaje kvantitativní části: pohlaví

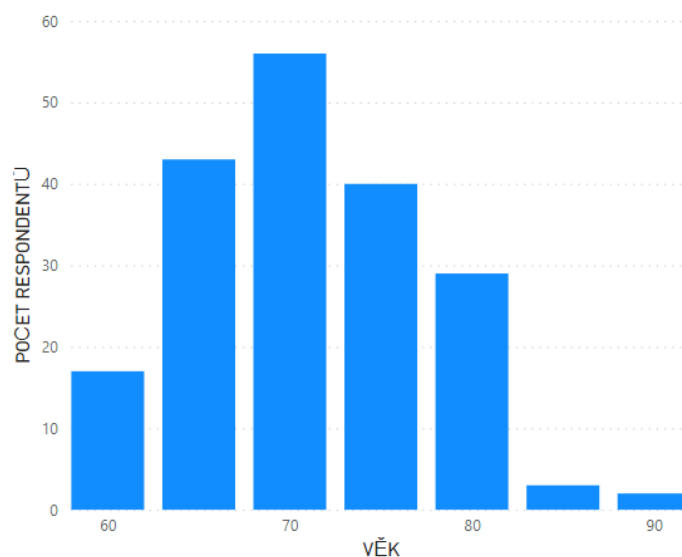


Obrázek 12 Graf distribuce pohlaví v kvantitativní části

b) Věk

Věk	Počet	Poměr
60-64	17	9 %
65-69	43	22,6%
70-74	56	29,5%
75-79	40	21.1%
80-84	29	15,3%
85-89	3	1,6%
90+	2	1,1%

Tabulka 5 Demografické údaje kvantitativní části: věk

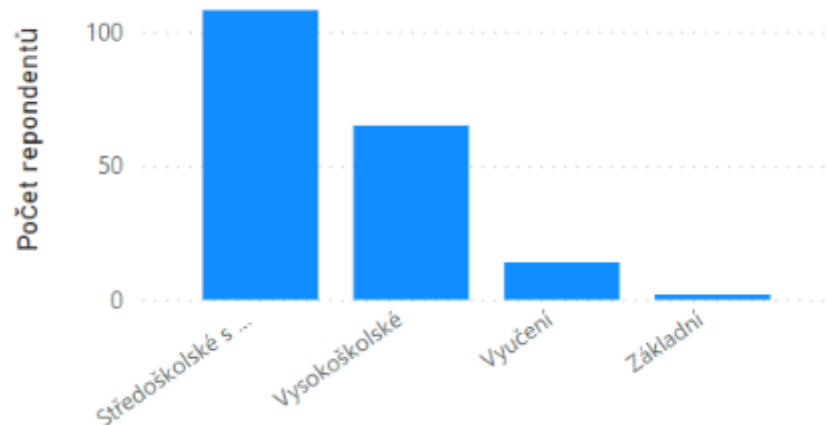


Obrázek 13 Graf distribuce věku v kvantitativní části

c) Vzdělání

Vzdělání	Počet	Poměr
Základní	2	1,1%
Vyučení	14	7,4%
Středoškolské s maturitou	109	57,4%
Vysokoškolské	65	34,2 %

Tabulka 6 Demografické údaje kvantitativní části: vzdělání

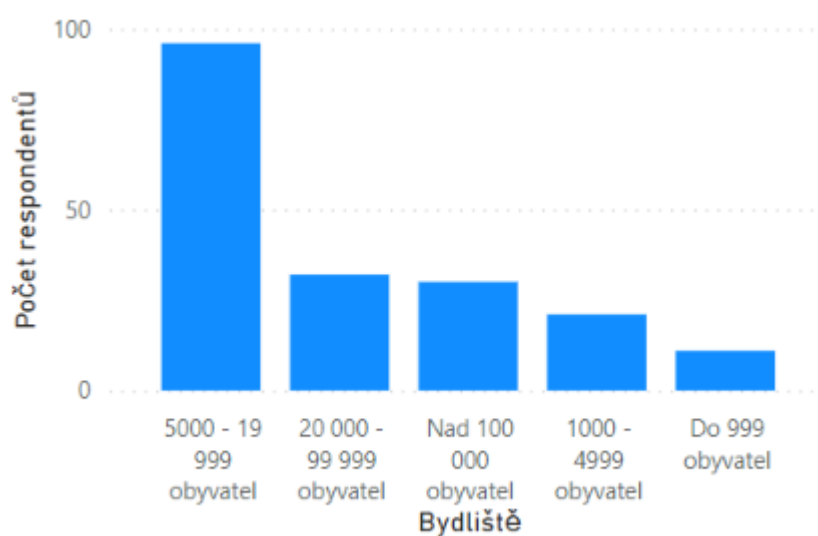


Obrázek 14 Graf distribuce vzdělání v kvantitativní části

d) Bydliště

Bydliště	Počet	Poměr
Nad 100 000 obyvatel	30	15,8%
20 000 - 99 999 obyvatel	32	16,8%
5000 - 19 999 obyvatel	96	50,5%
1000 - 4999 obyvatel	21	11,1%
Do 999 obyvatel	11	5,8%

Tabulka 7 Demografické údaje kvantitativní části: bydliště



Obrázek 15 Graf distribuce bydliště v kvantitativní části

7.2.2 Kvalitativní část

a) Pohlaví

	Počet	Poměr
Žena	11	73,3%
Muž	4	26,7%

Tabulka 8 Demografické údaje kvalitativní části: pohlaví

b) Věk

	Počet	Poměr
60-64	1	6,7%
65-69	3	20,0%
70-74	6	40,0%
75-79	3	20,0%
80-84	2	13,3%
85-89	0	0%
90+	0	0%

Tabulka 9 Demografické údaje kvalitativní části: věk

c) Vzdělání

Vzdělání	Počet	Poměr
Základní	0	0%
Vyučení	0	0%
Středoškolské s maturitou	8	53,3%
Vysokoškolské	7	46,7%

Tabulka 10 Demografické údaje kvalitativní části: vzdělání

d) Bydliště

Bydliště	Počet	Poměr
Nad 100 000 obyvatel	3	20,0%
20 000 - 99 999 obyvatel	4	26,7%
5000 - 19 999 obyvatel	6	40,0%
1000 - 4999 obyvatel	0	0%
Do 999 obyvatel	2	13,3%

Tabulka 11 Demografické údaje kvalitativní části: bydliště

8 Výsledky

V následující kapitole představím nejprve výsledky kvantitativní fáze výzkumu, poté kvalitativní fáze a v poslední podkapitole představím integrované výsledky v kontextu výzkumných otázek, které mají za cíl informovat souhrnně o získaných poznatcích z realizovaného kombinovaného výzkumu.

8.1 Kvantitativní část

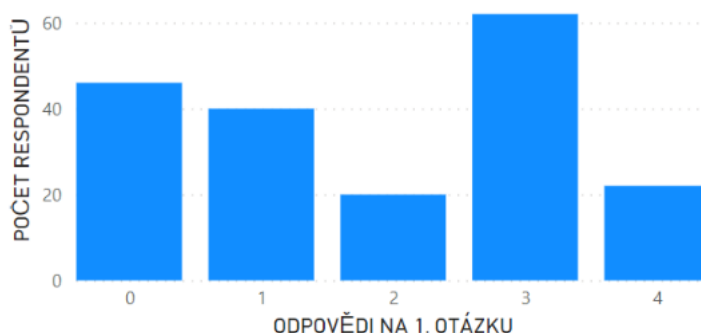
Dotazník obsahoval dvě části. Každá z nich je blíže popsána níže.

- a) Otázky mapující dopady na fungování a subjektivní obtížnost adaptace na situaci spojenou s pandemií nemoci COVID-19.

Respondenti v této části vyjadřovali míru souhlasu s dvěma tvrzeními. První je: *Situace a dění spojené s pandemií koronaviru nemělo žádný dopad na mé fungování v životě.* Největší procento – 32,6 % respondentů (62 odpovědí) s tímto tvrzením spíše souhlasilo. Distribuce odpovědí první otázky je zobrazena v tabulce 12 a na grafu na obrázku 16.

Odpověď:	Počet	Poměr
0 – Nesouhlasím	46	24,2%
1 – Spíše nesouhlasím	40	21,1%
2 – Nevím	20	10,5%
3 – Spíše souhlasím	62	32,6%
4 – Souhlasím	22	11,6%

Tabulka 12 Distribuce odpovědí ve kvantitativní fázi na 1. otázku dotazníku

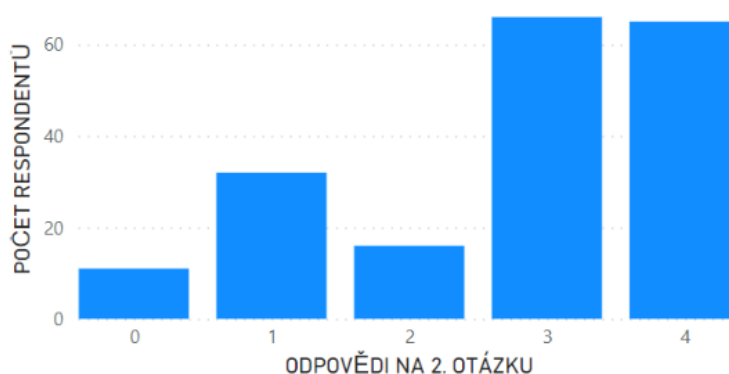


Obrázek 16 Histogram distribuce odpovědí na 1. otázku kvantitativní části

Ve druhém tvrzení, které zní následovně: *Bylo pro mě snadné se přizpůsobit vzniklé situaci a vydaným opatřením proti šíření*, respondenti nejčastěji (68,9 % z celkem 131 respondentů) souhlasili a spíše souhlasili s tvrzením. 65 respondentů souhlasilo a 66 respondentů spíše souhlasilo. Graf na obrázku 17 a tabulka 13 zobrazuje distribuci výsledků.

Odpověď:	Počet	Poměr
0 – Nesouhlasím	11	5,8 %
1 – Spíše nesouhlasím	32	16,8 %
2 – Nevím	16	8,4 %
3 – Spíše souhlasím	66	34,7 %
4 – Souhlasím	65	34,2 %

Tabulka 13 Distribuce odpovědí ve kvantitativní fázi na 2. otázku dotazníku



Obrázek 17 Histogram distribuce odpovědí na 2. otázku kvantitativní části

V následující tabulce č. 14 je možnost porovnat výsledky otázek mezi sebou.

Proměnná	n	průměr	medián	SD	min	max
Dopady na fungování	190	1,86	2	1,4	0	4
Obtížnost adaptace		2,75	3	1,25	0	4

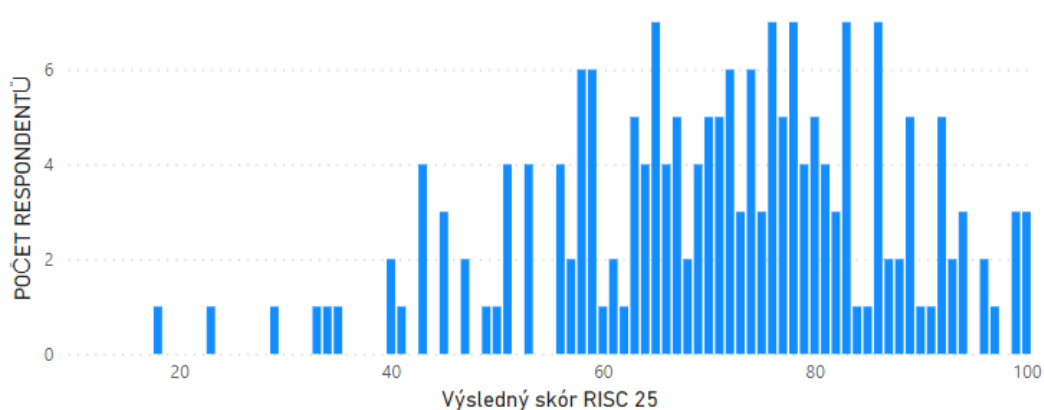
Tabulka 14 Popisná statistika 1. sekce dotazníku pro kvantitativní část

b) Škála resilience CD-RISC-25

Celkové skóre na škále resilience se pohybovalo od 18 do 100, přičemž průměrné skóre je 70,8 bodů a směrodatná odchylka je 16,1. Na grafu na obrázku 18 je zobrazena distribuce celkových skóre a tabulka 15 obsahuje přehled vybraných výsledků.

	n	průměr	SD	min	25% percentil	medián	75% percentil	max
Celkový skór CD-RISC-25	190	70,8	16,1	18	61	72	82	100

Tabulka 15 Popisná statistika škály resilience ve kvantitativní části



Obrázek 18 Histogram distribuce výsledků CD-RISC-25

Pokud bychom výsledky porovnali s původní skupinou, na které byla tato škála standardizována, tak by se více než polovina respondentů umístila do prvního kvartilu, tedy do 25 percentilu a téměř čtvrtina do druhého kvartilu, tedy 50 percentilu (Davidson JRT, 2021). Tato skupina byla složena z mladších respondentů, ale pokud bychom ji porovnali s jinou skupinou lidí starších 60 let, tak dostupné metriky signalizují pouze mírně nižší výsledky oproti skupině vrstevníků. Výběrový vzorek ($n=1395$) v této studii měl průměrnou hodnotu 75,7 ($SD=13,0$) a v mnou realizovaném výzkumu je 70,8 ($sd=16,1$) (Lamond et al., 2008). Hodnoty původní studie byly vyšší 80,4 ($SD=12,8$) (Davidson JRT, 2021). V tabulce 16 jsou prezentovány výsledky v kontextu původních výsledků a v tabulce 17 je prezentován rozpad výsledků do jednotlivých subškál.

Výsledky dotazníku CD –RISC-25	Počet respondentů	Poměr respondentů
Q1 (0-73)	100	52,6%
Q2 (74-82)	44	23,2%
Q3 (83-90)	26	13,7%
Q4 (91-100)	20	10,5%

Tabulka 16 Rozpad výsledků resilience do kvartilů v kvantitativní části

	Adaptabilita	Hardiness	Coping	Smysluplnost	Optimismus	Regulace	Self-efficacy
Počet položek	3	7	5	4	2	2	2
Průměr	9.04	19.6	14,4	10,8	5,88	5,39	5,66
Medián	9	20	15	11	6	6	6
SD	2,18	5,26	3.40	3,49	1,64	1,89	1,9
Min	1	3	3	3	0	0	0
Max	12	28	20	16	8	8	8

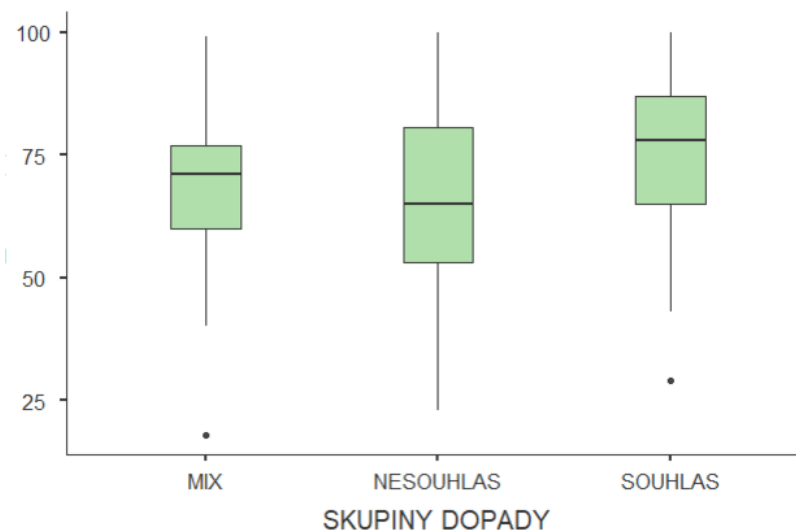
Tabulka 17 Rozpad výsledků CD-RISC-25 do subškál v kvantitativní části

c) Celkový výsledek dotazníku

V rámci explorační analýzy dat se ukázalo, že skupina 44 % (77) respondentů, kteří souhlasili či spíše souhlasili ve tvrzeních o absence dopadů a obtížnosti adaptace na pandemickou situaci, byla nejpočetnější. Dosažené skóre na škále CD-RISC-25 u souhlasících respondentů je 76.2 (SD = 14,3) a průměrné skóre u ostatních, ve kterých se nacházeli různé kombinace odpovědí je 67.1 (SD = 16,2). Tato kombinace může být alternativně považována za trajektorii **resilience na minimální dopady** a na základě této analýzy byla formulována hypotéza, že respondenti, kteří souhlasili či spíše souhlasili vykazují vyšší celkové skóre na škále resilience. Na obrázku 19 jsou prostřednictvím box-plotu prezentovány výsledky celkových skóre CD-RISC-25 u jednotlivých skupin.

	n	průměr	medián	SD	minimum	maximum
Souhlas	77	76.2	78	14.3	29	100
Mix odpovědí	75	68,3	71	14,2	18	99
Nesouhlas	38	64,7	65	19,5	23	100

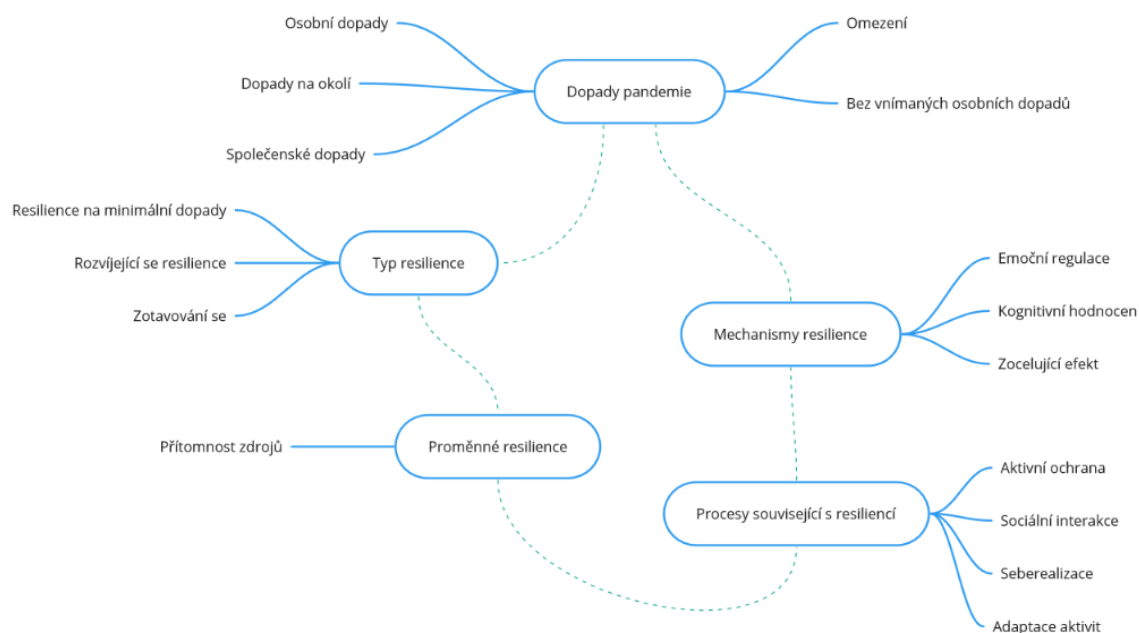
Tabulka 18 Popisná statistika skóreů na CD-RISC-25 u vytvořených skupin v kvantitativní části



Obrázek 19 Graf vytvořených skupin v kvantitativní části

8.2 Kvalitativní část

V následující části budou prezentovány výsledky tematické analýzy rozhovorů, které jsou roztrženy do **pěti hlavních témat**, která jsou dále členěna do podtémat. Níže (Obrázek 20) je tematická mapa ve formě myšlenkové mapy, která představuje celkový přehled témat souvisejících s procesem resilience. V dalších podkapitolách jsou jednotlivá témata podrobně popsána.



Obrázek 20 Tématická mapa

8.2.1 Dopady pandemie

Ukázalo se, že v kvalitativní fázi všichni respondenti zaznamenali omezení plynoucí z pandemie, přičemž některé jedince tato skutečnost zasáhla silněji. V následující tabulce jsou představeny podtémata, která se v rozhovorech objevila.

TÉMA I.	SEZNAM PODTÉMÁT	
Dopady	Omezení	Nařízení
		Omezení činností
	Bez vnímaných osobních dopadů	
	Osobní dopady	Zdravotní komplikace
		Negativní pocity
		Posílení zdrojů
	Dopady na okolí	
	Společenské dopady	Solidarita a pospolitost
		Inovace a transformace
		Negativní dopady na společnost

Tabulka 19 Znázornění tématu I. ve kvalitativní části

Omezení

Všichni oslovení účastníci zaznamenali určitá omezení, které pandemická situace přinesla. V rozhovorech se objevovala jak **samotná nařízení**, která byla v určitou dobu platná, tak **dopady těchto omezení** na činnost a chování jedinců.

Zmiňovala jsem, že jsem byla dost aktivní a že nás to dost omezilo, takže doba před covidem je nesrovnatelná, ale není to nic, co by se nedalo zvládnout. To, že nejezdím každý týden do sauny, na to jsem si zvykla. Zkraje mi to chybělo. Nejsou zásadní věci, které by mi ten život natolik omezily, že bych z toho byla na hlavu. (respondentka 11)

Ono je to fakt, že čím je člověk starší, tak ten čas mu utíká daleko rychleji a má spoustu plánů, co by chtěl stihnout, a když Vás něco v tom věku zabrzdí nebo omezí, tak si řeknete ježišmarjá, vždyť už toho času se mi ukrájí. Něco jiného, když je Vám 40 a ztratíte půl roku tím, že nemůžete nikde vycestovat nebo že jste něčím omezena. Tak dobře, bude dalších 5 let, ale v tom našem věku už je to horší. Nějakým plánování, jo, to už nemůžete plánovat na 20 let dopředu, že. To tak nějak nejde.

Bez vnímaných osobních dopadů

Ačkoliv všichni zaznamenali určitá omezení, někteří jedinci je **nepovažovali za významná**, případně jejich dopady na svůj život nevnímali.

Ne, vůbec žádné problémy jsme neměli. Já osobně jsem denně chodil nakupovat. Do obchodu jsme chodili v rouškách, jak bylo nařízené vládou, ale jinak to celkem probíhalo jako běžný život. Nebýt těch roušek, tak jsem si v pandemii nepřipadal. (respondent 4)

Mně tady bylo dobře. Já jsem to necítila jako omezení. Nebo, že by to bylo násilné, protože jsem měla hodně co dělat. Věnovala jsem se jiným věcem, byla jsem více s vnoučkama, snažila jsem se, aby to bylo nějak funkční. (respondentka 2)

Osobní dopady

V rámci osobních dopadů jsem zaznamenala několik subtémat, která se v rozhovorech objevovala. Značná část respondentů popisovala zdravotní komplikace, které

se často týkaly **omezení či odložení zdravotní péče**. V rámci tohoto sub tématu jsem začlenila i prodělání nemoci COVID-19, přičemž žádný z respondentů nepopsal přímou zkušenost se zhoršením zdravotního stavu či těžkého průběhu samotné nemoci.

Já jsem byl trochu marod v té době, protože jsem potřeboval na operaci... mužská akce, což znamená s prostatou. Bylo mi to kvůli té pandemii třikrát odloženo. To mi docela vadilo. (respondent 6)

Pozvali jsme tchyni od dcery a ta nám dotáhla covid. Takže jsme všichni onemocněli. Bylo nás devět. Ale díky, nevím, jestli imunitě, tak u nás to proběhlo jak u vnuček, tak u mě i u zeťů bez nějakých vážných problémů. Takže jenom teplota, malátnost. (respondentka 11)

Ne vždy respondenti spolu s dopady zaznamenávali i negativní pocity. Ty jsem zaznamenala především ve skupině s nižším skóre resilience. Respondenti popisovali **negativní pocity** na vzniklá omezení, osobní dopady, potenciální hrozby. Negativní pocity se u obou skupin objevovaly také v hodnocení a popisu vnímání pandemie a reakce společnosti, politiků a médií.

Mně osobně to nepřineslo vůbec nic. Naopak psychický rozčilení a vypětí. To, jak lžou a straší lidi. To je neskutečný. (respondentka 1)

Tady je problém v tom, že moje manželka je onkologický pacient, já jsem chránil sebe ne z důvodu, že bych měl strach o své zdraví, ale abych to nepřinesl domů, v tom období by to mohlo mít pro manželku katastrofické následky. (respondent 8)

Já si nemůžu říct, že bych měla nějaké pozitivum. Ten strach mám a ten je větší. Předtím jsem ho neměla, předtím jsem ráda chodila do divadla. (respondentka 14)

Někteří respondenti na otázku, zda pandemie přinesla i nějaké pozitivní dopady, nenalezli žádné, ale někteří popisovali pozitiva, která jsem nazvala **posílení zdrojů**. Jednalo se o nové aktivity, zážitky, posílení rodinných nebo kamarádských vztahů.

Domnívám se, že se jedná o pozitivní a nečekané vedlejší produkty adaptace na pandemickou situaci ať už jednotlivců či rodin a společnosti jako celku.

Co je jediný plus, veliký plus – začali opakovat všechny starý programy. Tam si zavzpomínám na své mládí, zazpívám, zatancuji. V něčem možná je trochu pozitivum, že někteří lidé na sebe nezapomněli a aspoň si zatelefonovali. (respondentka 1)

Spíše rodiny začaly držet více pohromadě. To bych viděla jako velký přínos. Více se navštěvovaly a snažily se nám pomoc, i když jsme tolik pomoc nepotřebovali. Nabízeli se, že nám nakoupí, ale nepotřebovali jsme to, tak nám zajistili rukavice, ochranné, dezinfekční prostředky, to ano. Jezdili častěji, volali častěji. To bylo příjemné. (respondentka 15)

Dopady na okolí

Některé dopady, které dotazovaní respondenti popisovali, se jich netýkali osobně, ale spíše jejich blízkých či dalších lidí v okolí. Objevovaly se jak **pozitivní**, tak **negativní** dopady.

Dokonce Vám můžu říct jednu pozitivní věc. Můj vnouček chodí do druhé třídy. Většinu roku byl na distanční výuce a ten se do školy vůbec netěšil, narozdíl od ostatních dětí. Jemu to po počítači šlo daleko víc. (respondentka 9)

Ačkoliv relativně zdravý, můj nejlepší kamarád, spolužák, se kterým jsme spolu studovali, tak na covid zemřel. (respondent 8)

Společenské dopady

Respondenti hovořili i o společenských dopadech a v některých případech byli jejich součástí. Často zmiňovali **solidaritu a pospolitost**, kterou vnímali a ke které se případně připojili.

Snažili se ti lidé v prostředku té pandemie. Obnovovaly se ty normální funkce a fungovaly i bez ohledu na to, jestli ta pandemie vrcholí nebo jestli narůstá nebo klesá. Ti lidi najednou našli takový smysl života v tom, že dokázali tou dobrovolnickou činností vzbudit zdání normality, a i my jsme se snažili přes maily těm našim členům,

informacemi, kde, co najdou, jak se můžou orientovat. Kam se mohou zaregistrovat. Snažili jsme se na této bázi pomáhat lidem kolem sebe a stejně tak činilo myslím 50 % obyvatel toho města, kde my jsme. (respondentka 2)

Účastníci dále popisovali **rozvoj a inovace** ve společnosti. Jednalo se nejen o technologický rozvoj a např. modernizaci vzdělávání, ale i rozvoj lidí a ocenění záslužných povolání společností.

I kantoři si osvojili nějaké práce, ty novější s téma internetama, páč mám v souboru paní, která je učitelka, ale má přes 70 roků, ale učí pořád. Říká, musela jsem se to naučit, ale zase jsme se naučili nové věci, ta technika jde dále. (respondentka 3)

Někteří účastníci popisovali i vnímané **negativní dopady** na společnost. Často se jednalo o dopady na děti či jiné seniory.

Ta samota byla hrozná. Oni [senioři v domovech] byli šíleně ukáznění, oni seděli zavření v těch svých bytech. I na tu chodbu, všude ty roušky si brali, ale že neměli ten kontakt... Na té DPS dělali pro ty lidi taneční zábavy, tam se hrálo a teďka nic. To bylo teda z takového nejhoršího. (respondentka 3)

8.2.2 Mechanismy resilience

Domnívám se, že v rozhovorech bylo možné identifikovat několik mechanismů resilience či jejich fragmenty, které jsou popsány v druhé kapitole. Pod pojmem mechanismus resilience chápu **jádrový proces**, který významně přispívá k rozvoji resilience. Některé mechanismy respondenti explicitně pojmenovávali, avšak jiné jsem vyvodila z jejich popisu kontextu a výsledků adaptace, což nasvědčuje o jejich možné implicitní povaze.

TÉMA II.	SEZNAM PODTÉMÁT	
Mechanismy resilience	Emoční regulace	Akceptace
		Potlačení
		Vyhýbání se/přesměrování
	Kognitivní hodnocení	Zlehčování
		Přerámování
	Zocelující efekt	Těžké životní situace
		Kontinuálně objevující se obtížné situace

Tabulka 20 Znáznornění tématu II. ve kvalitativní části

Emoční regulace

Mechanismus, který byl v některých případech popsán jako záměrná snaha a někdy se jevil jako implicitní proces, byl mechanismus emoční regulace. Tento mechanismus popíšu ve třech základních podobách, ačkoliv by bylo možné třídit jej do větších detailů. Také se domnívám, že byl přítomen u více respondentů, ale vzhledem k jeho potenciálně skrytému fungování zůstal nepojmenován. První podobou byla **akceptace** neboli přijetí, zaznamenání dopadů bez snahy kontrolovat či měnit emoce, které dopady způsobily. Pod tuto kategorii jsem zařadila také případy, ve kterých respondenti popisovali, jak si na situaci zvykli, nebo popisovali čekání na změnu.

Nebylo to pro nás zásadní, že se to tak nemůže. No takový je život, a tak jsme trpělivě čekali, až to nějakým způsobem přejde a skončí. Skončit to neskončilo, sice, ale už to trochu přešlo. Tak snad bude líp. (respondent 6)

Jiná podoba tohoto mechanismu, která se objevila v rozhovorech, bylo **vyhýbání se** nejen vnímání dopadů či hrozeb, ale také doprovodných emocí. Pod toto subtéma jsem zařadila i omezení konzumace zpráv, které přinášely negativní pocity, či zaměření pozornosti k jiným aktivitám a pocitům.

Prostě jsem si našla zástupnou činnost, abych odvedla svou pozornost od toho, co by mě mohlo nějakým způsobem vtáhnout do té černé díry. (respondentka 3)

Rádi jsme se podívali i na televizi, zprávy jsme ze začátku poslouchali. Litovali jsme ty zdravotníky, kteří to měli těžké, ale potom už jsme tohle vůbec nesledovali. Na televizi jsme si vybrali, přes den jsme se vůbec nedívali, to ne, my nejsme takoví televizní diváci a nemáme rádi vysedávání, a tak jsme si vždycky našli hudbu. (respondentka 15)

Poslední podobu emoční regulace, kterou jsem zaznamenala, bylo **potlačení**. Respondenti jej popisovali mnoha způsoby jako nepřipouštění si, vytěšňování či absenci možnosti dopadů na jejich životy.

Žádný covid si nepřipouštím. Roušku nosím všude v kabelách, v kapsách, v autě. Už jsem stačila dojít do Kauflandu, kde na mě prodavačka: „Paní, nemáte roušku.“ Já si to vůbec nepřipouštím, že něco takového je. (respondentka 3)

Já znovu říkám, nechci si to připouštět. Člověk má dost svých starostí, dost zdravotních starostí, aby si ještě připouštěl něco dalšího a nechal se strašit a nechal se zahrnout do kouta, tak to v žádném případě nemíním. Takže pandemie, nepandemie, člověk musí žít dál a musí žít tak, aby byl co nejspokojenější. (respondentka 7)

Kognitivní hodnocení

V několika rozhovorech byl patrný jiný mechanismus resilience, a to kognitivní hodnocení. Respondenti popisovali myšlenky a názory, které se dotýkaly dopadů a jejich vnímání. Tento mechanismus jsem zaznamenala ve zvláštním podtématu, ale z pozorování i podstaty člověka vyplývá, že není oddělený od ostatních mechanismů, ale může být provázán s dalšími, např. emoční regulací. Domnívám se, že tento mechanismus je ovlivněn dříve přítomnými domněnkami, představami, vlastními cíli atd, které popisují později v tématu proměnných resilience. Zaznamenala jsem dva způsoby, jakým skupina dotazovaných prezentovala výsledky tohoto kognitivního procesu. V prvním případě byly důsledky pandemie **zlehčovány**, respondent porovnával důsledky s jinou, horší událostí a když porovnal tyto dva případy, tak jeho situace se jevila jako méně závažnější, mírnější.

Tím, jak jsme důchodci, tak už to máme pomalejší celkově ten život. Nás to tak nezasáhne, jak ty lidi v tom aktivním věku. (respondentka 12)

Já jsem si říkala, každá generace má svůj problém. Byly černé neštovice, byl jak když jsem byla malá holka, tak hodně dětí mělo dětskou obrnu. Dva mí kamarádi do dospělosti na to doplatili. Říkám si, každá generace má svůj problém. Dokonce naše generace zaplatí pánbůh neprožila válku. My jsme vyrůstali v době, kdy nás strašili válkou. Pak bylo zase americko-kubánské napětí. My jsme pořád žili ve strachu před válkou. Nějaká pandemie koronavirová... [smích]. (respondentka 8)

Někteří respondenti popisovali **přehodnocení**, které považují za odlišný výsledek mechanismu kognitivního hodnocení, přičemž tento mechanismus je podrobně popsán v druhé kapitole. Objevil se nejen případ, jak je popsán v literatuře, tedy jako pozitivní přehodnocení jako příležitost, ale objevil se případ, kde popisování důsledků pandemie připomíná společenský trest a jedná se o příležitost k nápravě, záchraně. V tomto pojetí vnímám negativní konotaci, ačkoliv se také jedná o příležitost se změnit.

Vnímám to právě, je to určitý popud, na to, aby člověk zase se, nejel po vyjetých kolejí, ale aby se musel měnit, aby musel přemýšlet. Já to беру jako příležitost. (respondent 8)

Asi mi to pomohlo v tom, že jsem si myslela, že to prostě má být, to je blbý, každý by si přál, aby to nebylo, ale zase mě to až tak nepřekvapilo. Nechci říct, že jsem to čekala, nejsem žádný věštec, ale dalo se čekat něco. Tento způsob života, to, co uděláme. Nebouřila jsem se, nebyla jsem pohoršena z toho, že ty automobilky nevyrábějí. To mně přišlo tak samozřejmé. Těch aut je tolik, že jsem si říkala, copak to nikdo nevidí, že to děláme zbytečně, že se nebude dát jezdit, nemohli vyrábět, ani díly jim nedodávali, ale to je záchrana pro nás a ne že je to špatné, že nemohou chrlit tolik těch aut. Ty lidi nemají práci. My jsme to zavinili, že ty lidi nemají práci. Uchýlili jsme se k takovým výrobám, které nás zničí. Nevím. Ne že bych nám to přála, ono to tak možná vypadá, ale musíme si něco uvědomit. (respondentka 12)

Zocelující efekt

Posledním mechanismem, který bylo možné zaznamenat, je zocelující efekt, který je popsán v druhé kapitole. Může být vědomý i nevědomý. U dotazovaných respondentů jsem zjišťovala druh zkušenosti, ze které se domnívají, že mohou čerpat a případné strategie či faktory. U části respondentů je možné pozorovat shodu mezi popsány procesy během pandemie a ze získaných zkušeností, tzn., že respondenti uváděli obdobné strategie či procesy v obou popisovaných situacích. Z nasbíraných rozhovorů vyplývá, že se respondenti domnívají, že čerpají ze dvou druhů zkušeností. První jsou **těžké životní situace**, kdy konkrétně respondenti často zmiňovali ovdovění nebo zdravotní potíže své či blízkých. Konkrétně respondentka (13) popisuje zkušenosti z těžké nemoci následovně:

Já jsem byla tři roky nemocná, hodně, zhubla jsem, ztratila jsem i zájem. Pořád jsem se léčila a bylo to o přežívání anebo nicnedělání. To je to, co někomu vadí, když jde do toho důchodu, ale já jsem se pustila do uklízení baráku, vyklízení všech věcí. Do té očisty, až tady nebudu, tak oni budou muset vzít všechno do ruky, tak ať je toho co nejméně. Takto jsem přemýšlela několik let před pandemií, nevím, to byla taková příprava, protože pak se to zpomalilo. Tím, že jsem nebyla v tom aktivním, taková rozjetá v akci, jako jsem byla ve škole, než jsem šla do toho důchodu. Skoro mně to nezměnilo ten život.

Tato respondentka popisuje, že se v této zkušenosti naučila zpomalit a popisuje proces uklízení domova během tohoto období. V průběhu pandemie popisuje, že ji pomáhala práce, procházky, bydlení a příroda. Domnívám se, že existuje určitá paralela uvedení „věcí do pořádku“, kterou paní nalézá v úklidu, očištění domu, která proběhla v rámci rekonvalescence z onemocnění, a roztřídění a kompletací knihovny ve škole během pandemie, které popisuje následovně:

Takže ta práce, kterou jsme neudělali tehdy v tom firmu [před pandemií], že bychom dali celou knihovnu dohromady, doplnili všechny čísla, zavedly do počítače, tak to jsem v té době udělala. Naopak jsem měla veliký pocit zadostiučinění. Takový, že to čekalo na to, že je to v pořádku a že něco můžu odevzdat a je to v pořádku. Naopak jsem měla moc dobrý pocit.

Druhé podtéma zocelujícího efektu pramení ze zakoušení **kontinuálně obtížnějších situací** v životě nebo určitém časovém období, konkrétně např. v práci či jiné organizaci. K tomuto podtématu bych přiřadila i respondenta (3), který se domnívá, že k adaptování a zvládání pandemické situaci mu pomohly zkušenosti a hodnoty ze skauta. Popisuje je slovy:

No v něčem to [zkušenosti] rozhodně pomohlo, protože člověk narazil na novou skutečnost a musí se s tím vyrovnávat, a když se člověk dostane do potíží a není vyloženě negativista, tak se s tím musí umět vyrovnat, a jelikož já provozuju a jsem skaut..., tak my máme takové ty kritické situace zažité. My to trénujeme už během celého života. Já, když bych se dostal do nějaké situace, kdy to ohrožuje život, si musím poradit.

Domnívám se, že respondent mohl uplatnit naučenou strategii „musím si poradit“ v rámci adaptace na koronavirovou pandemii, kterou popisuje slovy:

Pro mě to [pandemie] proběhlo normálně, jako kdyby ta pandemie nebyla. Někaké omezení sice byly, ale jinak se mi život moc nezměnil.

8.2.3 Procesy související s resiliencí

V rámci zpracování dat jsem v rozhovorech identifikovala i několik procesů, které považuji za související s konstruktem resilience u respondentů. Domnívám se, že jde o výsledné procesy mechanismů či podpůrné procesy přispívající k resilienci. V následující tabulce jsou tyto procesy prezentovány:

TÉMA III.	SEZNAM PODTÉMAT	
Procesy související s resiliencí	Adaptace aktivit	Zrušení aktivit
		Setrvání případně dílčí změny aktivit,
		Transformace aktivit
		Vytvoření nových aktivit

	Aktivní ochrana	
	Sociální interakce	Skupinová identifikace
		Sociální kontakt
		Sociální podpora
		Prosociální chování
	Seberealizace	Individuální cíl
		Společný cíl

Tabulka 21 Znáznornění tématu III. ve kvalitativní části

Adaptace aktivit

První z procesů, ve kterém se domnívám, že je možné postřehnout resilienci, byla adaptace aktivit. Respondenti často zmiňovali a popisovali, jakým způsobem se změnily jejich stávající aktivity. Popisovali zrušení aktivit nejen jako **následek opatření**, ale byly i případy dobrovolného zrušení po změně podmínek, za kterých se akci či aktivita koná.

Protože mám hodně aktivit, chodím do sboru, cvičím, vedu cvičení 3x týdně. Tak toto všechno pominulo a nemohlo být uskutečňováno. (respondentka 15)

Když jedete autobusem a musíte mít roušku, tak to pro nás bylo hodně omezující v tom, že jsme se rozhodli, že jsme raději na ten výlet nejeli. Takovéto věci. Že by něco ostatního, co by nám vadilo v tom, tak to si myslím, že ne. (respondentka 11)

Někteří respondenti popisovali **zachování aktivit s částečnými změnami**. Jednalo se například o změnu časové dotace aktivity, kdy se například setkali s vrstevníky v menším počtu nebo hned, jak to bylo možné. Někteří se více věnovali činnostem a zálibám, které nebyly omezené a kterým se v životě už věnovali.

Jsem členka mezigeneračního centra a vlastně se mezigenerační centrum nemohlo scházet. Protože studujeme univerzitu třetího věku, takže jsme studovali doma, takže my jsme na tuto online výuku zvyklí, protože to je virtuální univerzita třetího věku, a tím, jak

jsem chodili po krajině, v těch malinkých skupinkách. Tak v podstatě máme tady rozlehlé cyklostezky. Mě osobně se to tak až nedotklo. (respondentka 2)

Vypadla mně taková určitá časová zaneprázdněnost. Tak jsem chodil do knihovny. Měli jsme okénko v knihovně. Objednal jste si něco anebo knihovnice už mě zná, tak mi vždycky připravuje nějaké knížky. Vyměnili jsme si tašky, oni to tam dali do karantény ty knížky a zase mi dali další. Hodně jsem četl. Hodně času mně zaberou včely. Musí mít člověk nějaké hobby a nějaký deprese nevím, co to je. (respondent 5)

V některých případech se aktivity **transformovaly** do online prostředí či venkovních aktivit v omezeném počtu lidí.

No právě že víte, ta aktivita byla zase v něčem jiném, ale nijak jsem nepociťovala, že mě to až zas tak moc omezuje. Samozřejmě nějaké omezení tam bylo, to znamená, že nemohly být výlety, nemohlo se, jak byly zavřené okresy, nemohla jsem jet do O. za kamarádkou, do O., ale zase se našlo něco jiného. Vždycky v tom zlém se hledalo něco zase k tomu, aby to nevyšlo špatně. Zase se hledala jiná alternativa, jak se vyhnout tomu, že tam nebo onam nemůžu, a teď mě to nijak nemrzelo, nebo nezasáhlo, takže jsou telefony, jsou maily, takže zase ty kontakty probíhaly jinak. (respondentka 12)

A někteří dotazovaní popisovali vytvoření **nových aktivit**, kdy se jednalo o nové společenské, ale i soukromé aktivity a činnosti.

Našla jsem si seniorský klub, kteří dělali různé přednášky, vzdělávání, angličtinu, a tak a dělali to na Zoomu – online. To mě chytlo, nebo bavilo mě to hodně. Člověk se něco dozvěděl, hodně jsem se zlepšila v práci s počítačem, protože jsem to používala skoro každý den toto připojení. (respondentka 9)

Protože máme rádi práci, tak díky té práci jsme ten lockdown prožívali nádherně. Jezdili jsme s mužem asi tak kilometr odsud zpracovávat stromy, které byly napadené a bylo třeba je pokácet. Protože máme šest vnoučat, tak ti menší – 10 a 12, a 14 let, tak ti se tady u nás střídali, a dokonce pomáhali nám v tom lese. Pokud neměli online vyučování, to jsme tomu přizpůsobili. Takže potom jsme si rádi i odpočinuli. (respondentka 15)

Aktivní ochrana

V rozhovorech jsem zaznamenala také téma aktivní ochrany, které může souviset s **adaptací na potenciální hrozbu**. V jednom rozhovoru se objevilo popsání momentu uvědomění si vlastní zodpovědnosti, jiní dotazovaní popisovali už pouze metody vlastní ochrany a případné korekce k přiblížení se adekvátní ochraně

Ze začátku jsme si to nepřipouštěli, když se to šířilo tím cestováním a tak, tak si člověk uvědomil, že je to pravda, že opravdu nás to nemine, že nejsme nijak chráněni. Sám se tak musel trochu stáhnout do sebe a uvědomit si, že nejsme, nikdo nás neochrání, nezachrání. Že musíme sami. (respondentka 13)

Takže jsem se snažila být naprosto obezřetná, než jsem šla na očkování v dubnu, tak opravdu jsem všechno dodržovala, od těch roušek, dezinfekcí. Na začátku pandemie, když jsem přiletěla, tak jsem nosila i ty gumové rukavice. To jsem sice tři měsíce skoro seděla doma, ale musela jsem občas, i když dcera mi nakupovala, ale pak už jsem sama chtěla někam vyrazit, takže ze začátku jsem nosila všechno i ty gumové rukavice, a to vyhazovala jsem, prala jsem ty roušky, všechno jsem. Teď vyhazuju ty respirátory. Věřím tomu, že když je něco smrtelného, tak by člověk neměl brát takové věci na lehkou váhu, zvlášť když je mi 65. (respondentka 2)

Sociální interakce

Z rozhovorů bylo patrné, že sociální interakce a vztahy hrály v životech účastníků rozhovorů významnou roli. Účastníci popisovali tyto interakce v různých kruzích, nejčastěji rodinných, sousedských, přátelských a uvnitř určité organizace, jejíž jsou členy. Toto téma nazývám interakce, neboť se jednalo o **vzájemné působení**. Někdy byli respondenti příjemci a někdy vysílači, přičemž další komunikace mohla vést k proměnám dynamiky tohoto procesu. Domnívám se, že kvalita této dynamiky mohla působit nejen jako zdroj resilience, ale je také procesem úzce související s resiliencí. V rámci tohoto procesu jsem postřehla čtyři aspekty. Jako první představím **skupinovou identifikaci**, kterou jsem zaznamenala v několika případech. Ve dvou případech respondenti značnou dobu v rozhovoru používali množné číslo. V dalších rozhovorech účastníci přepínali do množného čísla v rámci popisu aktivit společných s dalšími lidmi, ať už se jednalo o rodinné příslušníky nebo kamarády či členy organizace.

Neminulo nás to, viděli jsme slyšeli jsme, že ten počet vzrůstá, tak to bylo, a nakonec ti lékaři a zdravotníci se s tím opravdu poprali. Jinak my jsme chtěli, a to jsme nevyužili, využít lázeňské pobyty, kdy teda stát i přispíval, ale my jsme to nevyužili. My jsme si tady prožili sami. Rádi bychom, čas to nedovolil. Nám volný čas chyběl. My jsme ho využili takto. (respondentka 15)

Vůbec jsem nezaznamenal, že by někdo v naší rodině z toho byl smutný nebo měl deprese. Jak žijeme. Máme spoustu vnoučat, furt tady jsou nějaký vnoučata u nás. Žijeme jako rodina a je nám jedno, co se dneska děje v Praze, nějaké demonstrace – to nechápeme. Máme jiný způsob života, než vy třeba... Jdete do ulic, s transparentem přiblblým a myslíte si, že zlomíte svět. Nic nezlomíte. My tomu spíše věříme, že je potřeba se řídit radami rozumných lidí. (respondent 5)

Z rozhovorů vyplýval další aspekt sociální interakce, který nazývám **sociální kontakt**. Účastníci na otázku, co jim subjektivně pomáhalo zvládat pandemickou situaci, zmiňovali, že to, co jim pomáhalo, byl právě společenský kontakt a setkání s dalšími lidmi. Domnívám se, že se jedná o obsahovou a klíčovou část, přičemž podstatou je právě setkávání a mezilidský kontakt.

Říkám, mně nejvíce pomohlo v takové té nejtěžší době, že jsem našla tu skupinu, kde jsem byla v kontaktu s nějakýma lidma a do sebe jsem nasávala informace jako houba, ty informace, které nabízeli. (respondentka 9)

Hlavně moje rodina, více jsme se navštěvovali. Měli jsme na sebe více času. (respondentka 2)

Další oblast výpovědí se týkala **sociální podpory**, která byla nejen přijímaná, ale také poskytovaná. Jedna respondentka hovoří o vzájemné podpoře a popisuje ji slovy:

Mám skupinku stejně smýšlejících lidí, se stejným zájmem, takže my jsme se navzájem podporovali v tom svém zájmu a ukazovali si výsledky svých činností a svých prací. (respondentka 7)

Posledním identifikovaným podtématem sociální interakce bylo **prosociální chování**. Dotazovaná skupina popisovala různé formy pomoci ať už svým blízkým či vrstevníkům a ve většině vypovídala anebo působila, že je pomoc a péče naplňuje a těší. Například respondentka (1) popisuje svou pomoc takto:

Takže já jsem fungovala, volala jsem kolegům a kolegyním, o kterých jsem věděla, že jsou psychicky labilní. Já jsem jim dodávala sílu a energii... Hlavně jsem říkala: Nekoukejte na bednu, neposlouchejte ty kecy. Nenechejte se strašit. To vám ochromuje tu psychiku. Chodte ven, i když máte hadr na puse, chodte ven, nebojte se. Hlavně neseďte zapikolovaní doma. Hýbejte se. A když už sedíte doma, hýbejte se. Tancujte, zpívejte, cvičte. Sami si třeba pro sebe i mluvte. Nebo si čtěte nahlas. Nesmíte se oddávat izolaci.

Tak jsme to společně nějak překonávali. Pomáhala nám také činnost pro nadaci, protože člověk, když se stará o někoho dalšího, tak má docela slušný pocit a zapomíná se bát. Zapomíná se přehnaně starat sám o sebe. Což si myslím, že je v tomto případě asi nejdůležitější. (respondentka 7)

To bylo hodně těžké v tom, že jsem nemohla vidět děti a být s dětmi. Takže jsem to řešila, že jsem vařila a vozila jsem jim jídlo. Dcera k tomu tenkrát, říkala: „Maminko, vždyť by to mělo být obráceně, my bychom se měli starat o tebe a ne ty o nás.“ Já jsem si to tímto kompenzovala, že jsem jim pomáhala. (respondentka 14)

Seberealizace

Jako poslední představím proces seberealizace, který chápu jako proces určení a naplňovací svého cíle. V rozhovorech se objevil ve dvou formách. V první se jedná o **realizaci svého osobního cíle**, kdy konkrétně respondentka popisuje svoji kreativní činnost na zahradě.

Já jsem vybudovala na zahradě zahradní posezení. Dělala jsem i lavice, zídku, manžel mi pomáhal, ten když viděl, že ty základy tam asi moc nevykopu nebo si s něčím neporadím, tak mi pomáhal, ale hledala jsem nějakou aktivitu. Protože já ty aktivity mám. Ted' zase další buduji květinovou zahrádku, neměli by ti lidi rezignovat. Neměli by zůstat sedět u té televize a brečet nad tím, jak jsou nemocní a jak je jim špatně. Já jsme opravdu ted'ka někdy v zimě pomalu si nemohla stoupnout, jak mě ty nohy hrozně bolely, prostě

mám přes 70 roků. Samozřejmě už se to projevuje, ta nečinnost. Ale jak napřu síly, a začnu něco dělat, tak jsem spokojená. (respondentka 3)

Ačkoliv je to její osobní záměr, později dodává a doufá v přesah svojí činnosti jako inspiraci pro další lidi. Druhou formu seberealizace jsem zaznamenala ve formě **společenského jednotného cíle**, případně cíle, který obohacuje společnost. Ten je patrný u paní, která popisuje společný cíl organizace a navazuje na něj svůj osobní, který je jeho součástí. Paní se rozhodla vytvořit vlastivědnou hru pro obec.

Moje největší zkušenost je ta, že jsme si dali takový závazek, že ujdeme 500 kilometrů dohromady, ta naše skupina. Potom jsem začala sledovat, v listopadu jsem dostala nový chytrý telefon, tak jsem začala sledovat svoje kroky, tak jsem se snažila chodit co nejvíce. Nejen proto, protože jsem už nosila v hlavě tu hru, ale pro to svoje zdraví. Mám nadváhu a nejsem zrovna z těch, co špatně jí. Pro mě, pandemie mi připravila to, že jsem chtěla vymyslet něco, co zkombinuju, něco užitečného pro mne a budu to moci udělat i pro druhé. (respondentka 2)

8.2.4 Proměnné resilience

Do tématu proměnné resilience jsem zahrнула faktory, které se objevily během rozhovorů resilience s respondenty. Za proměnnou resilience považuji charakteristiku respondenta či jeho prostředí, které potenciálně může mít vliv na rozvoj a průběh resilience. V následující tabulce (obrázek 22) jsou představeny tři hlavní podtémata.

TÉMA IV.	SEZNAM PODTÉMAT	
Proměnné resilience	Přítomnost zdrojů	Fyzické zdroje
		Osobnostní a psychologické proměnné
		Sociální vztahy
		Environmentální zdroje
	Vyrovnaní se se smrtelností	
	Sebeurčení	

Tabulka 22 Znázornění tématu IV. ve kvalitativní části

Přítomnost zdrojů

To, že přítomnost zdrojů může mít pozitivní účinek, se objevuje nejen v odborné literatuře, ale zaznamenala jsem jej také v rozhovorech. Účastníci popisovali a subjektivně hodnotili přínos na několika úrovních. První jsem pojmenovala **fyzické zdroje**, ve kterých respondenti často popisovali a hodnotili benefity pohybu a fyzické aktivity.

To právě pomůže ta jízda na kole nebo i v zimě tady kolem. Loni byl sníh, tak na běžkách jsme tady běhali kolem vesničky. Vyšlápli jsme si stopu, takže to pomohlo. To je naše rada. (respondentka 15)

Druhým podtématem byly například **osobnostní charakteristiky a psychologické proměnné**.

Já jsem pozitivní člověk. Já to беру všechno s humorem. Nějaké chmury nebo něco takového u mě neexistuje. Já jsem to bral jako hotovou věc, že to tak je a jinak to zatím být nemůže, a tím pádem nějaké negativní myšlenky jsem z toho jsem si nepřipouštěl. (respondent 4)

Výše jmenovaný výňatek souvisí také s dalším zdrojem, kterým jsou **sociální vztahy**, kdy účastníci oceňovali rodinné, manželské, partnerské a přátelské vztahy.

Ty děti taky pomohou. To je radost ze života, když někoho máte. Jelikož máme i známé, přátele, se kterými se setkáváme několikrát ročně, možná co dva měsíce nebo tak střídavě, jak to jde. To je velká pomoc, když člověk není úplně sám. Další je to, když je člověk sám, a nemá nikoho, v nikom oporu. Já mám naštěstí dobré přátele i sousedy. (respondent 6)

Silně zastoupeným a jmenovaným zdrojem byly **environmentální faktory**, jako například vlastnictví domu, chaty či příležitost pobývat v přírodě, na zahradě.

Něco jiného je také, když bydlíte v paneláku, mezi čtyřma, nebo ve čtyřech prostorech a nemůžete ven a nemůžete nikam. My tady máme zahradu a můžou být omezení jaký chtějí, tak jsem na zahradě a můžou mě všichni trhnout nohou, jak se říká.

Něco jiného je prožívat takové věci ve velkoměstech a panelácích. Něco jiného je to na venkově, v baráku, za pár minut jste v lese. (respondent 4)

Vyrovnaní se se smrtelností

Toto podtéma se často objevovalo nepřímo, v latentní podobě, i když někteří jedinci jej pojmenovali přímo. Zachytila jsem jej ve dvou podobách. V jedné podobě respondenti popisovali, že bylo těžké, jak byla omezena možnost zúčastnit se pohřbů. Respondentka (1) se rozpovídala o důležitosti pohřbu a domnívá se, že nemožnost se **rozloučit na pohřbu** by mohla ztížit vyrovnaní se se smrtí dané osoby. Popisuje to těmito slovy:

Mnoho lidí má psychické problémy po koroňáku, že se nemohli s tím nejbližším, který jim zemřel ať už na to nebo s tím, to už je jedno v této době a oni se s ním nemohli rozloučit. Ten pohřeb je závěrečné rozloučení s tím nejbližším člověkem. Po pohřbu by měl člověk žít normálním životem. Tak, jak žil předtím, než ta blízká osoba zemřela. Což mnoho lidí neumí. Tím, že se nedělají pohřby z jakéhokoliv důvodu. Tak vlastně ten člověk, ten pozůstalý se s tím mrtvým nerozloučil a nezavřel tu knížku. Ta knížka je pořád pootevřená. Tím pohřbem vy se s tím srovnáte, zůstane Vám rána, která se Vám nezacelí, ale obrousí se. Jako když si uděláte úraz a zůstane Vám jizva. Tak to je něco podobného s odchodem toho blízkého člověka. Abych Vám to přiblížila. Ten pohřeb, to je zašití té jizvy. Ale ta jizva Vám tam zůstane, zůstane Vám tam důlek, ale ty svaly Vám tam zůstanou.

Druhá podoba, kterou jsem zaznamenala, se objevovala v kontextu **vlastní** smrtelnosti a zranitelnosti. V následujícím výňatku se domnívám, že respondentka naráží právě na tuto tematiku a zkušenost těžké nemoci, která ji na to připravila.

Já jsem byla velmi těžce nemocná. V prosinci jsem upadla, zlomila jsem si rameno. To byla další věc. Ještě do toho všeho nepohyblivost a odkázání na manžela. To jsem si zlomila zdravou ruku. Já nejsem ten typ, který by vám plakal na rameni nebo něco. Já některý věci dokážu vážit a smířit anebo se s něma vyrovnat, protože jsem si prošla docela těžkým onemocněním, jestli rozumíte. Tehdy jsem nevěděla, jestli vůbec budu žít, tak mě to připravilo. (respondentka 10)

Já jsem tři roky šla před důchodem, ze zdravotních důvodů. To jsem byla hodně nemocná a měla jsem pocit, taky mě napadaly myšlenky, že budu, nebudu, takže už jsem to

zažila s tou nemocí, s takovým stavem beznaděje. Neměla jsem úplně šok z toho, že se může stát cokoliv. Může to být konečná. Už jsem to jednou prožila nebo na to myslela.
(respondentka 13)

Tato respondentka popisuje přímo svůj přístup:

Nebudu říkat, že nemám problémy svého rázu, ale toto si vůbec nepřipouštím. Říkám si, jestli mám umřít, jako nechtěla bych, to se nechci rouhat, nechtěla bych ještě odejít, ale pokud to tam bude napsané, že mám jít, tak holt nějakým způsobem musím.
(respondentka 1)

Sebeurčení

V rozhovorech jsem zaznamenala proměnnou **sebeurčení**, ve které respondenti oceňovali například vlastní možnost se rozhodnout, např. jak modifikovat opatření, samostatnost, popř. respektování svobodné vůle od blízkých.

Vždycky jsem si to sama nějak zkorigovala. Nechodila jsem s tou rouškou na těch procházkách. Pak v obchodech, jak se to usměřilo, tak určitě jsem to dodržovala. Pak jsme nejeli na dovolenou, jak jezdíme každý rok, jednou za rok k moři, tak to jsme nejeli, to jsme se snažili nejít proti nebo nedělat něco natruc. Nebo tím, že to uděláme, tak že budeme mít z něčeho radost. Protože pro mě je to chvilkové, to nemá pro mě význam. ... Neměli jsme nějaké tendence s manželem jít proti nařízením. Nejsem taková. Udělala jsem si svoje, do té školy jsem chodila, manžel říkal, že když přestanu pracovat, tak se nebude divit, mezi ty děti, pokud se chodilo mezi děti. Tak že to pochopí a nechá to úplně na mně. Netlačil na mě, nedělal na mě nátlak, že nesmím ven nebo že něco zatáhnu domů.
(respondentka 13)

Mám rozumnou rodinu v tom, že se mě nesnaží tlačit někam do kouta, že mě nechávají samostatně myslet, být a žít, což je ohromný. To je ta pomoc, kterou jsem měla a kterou mám. Jsem s tím spokojena. (respondentka 7)

8.2.5 Typ resilience

Z rozhovorů, popisů dopadů pandemie, adaptace a zvládání pandemické situace jsem rozlišila tři subtypy neboli trajektorie resilience, které vycházejí z 1. kapitoly, především z práce Mastenové (2021) a Bryana a kolektivu (2017). Terminologii přejímám od těchto autorů hlavně z důvodu zachování koherence zkoumání a zamezení dalšímu třepení terminologie. Rozřazení a hranice těchto typů resilience v rozhovorech nejsou vždy zcela přesně a jasně rozpoznatelné, proto je toto rozdělení zjednodušující a slouží k teoretickému porozumění a jako pobídka pro další zkoumání resilience.

TÉMA V.	SEZNAM PODTÉMÁT
Typ resilience	Resilience na minimální dopady
	Rozvíjející se resilience
	Zotavování se

Tabulka 23 Znázornění tématu V. ve kvalitativní části

Resilience na minimální dopady

Resilience na minimální dopady se objevovala především ve skupině lidí s vyšším skóre na škále resilience, ale v některých případech i ve skupině s nižším. Tento typ resilience byl vymezen podle dvou kritérií:

- 1) Respondent/ka nepovažoval/a dopady pandemie za narušující své fungování.
- 2) Respondent/ka jevil/a známky dlouhodobé adaptace, případně popisuje své fungování bez omezení, stabilně.

Někteří respondenti zaznamenali omezení a případně osobní dopady pandemie i závažnějšího charakteru, tyto dopady nenarušili jejich fungování v životě. Respondenti se věnovali dřívějším aktivitám a buď se proměnila jejich časová dotace, nebo zařadili nové či pozměněné aktivity. Tento typ či trajektorie resilience jsem pozorovala například u respondenta (4), který popisoval, že pandemická situace neměla vliv na jeho fungování, omezení přijal a pokračoval ve své obvyklé činnosti s určitými omezeními. Za facilitující činnosti označil své aktivity ve skautingu a pohybové aktivity. Za přínosné považuje své

zkušenosti ze skautingu, kde posílil a získal své hodnoty a ideály a kde mu zprostředkovali náročné situace se kterými se musel naučit si poradit. Své vnímání pandemie a dopadů popisuje následovně:

Já jsem v té pandemii prošel hladce, sice jsme v rodině pandemii měli, ale ačkoliv jsme doma byli tři neděle v karanténě, tak já jsem byl celou dobu negativní. Kromě té karantény, kdy jsme nemohli z bytu a kamarádka nám vozila jídlo, nakupovala, tak jinak to žádný velký dopad nemělo. Ty roušky, co považuji za zbytečné venku, protože lidi se až tak nepotkávají. Já bydlím na menším městě, kde nějaká nákaza byla, ale nevyznívalo to až tak nepříznivě. Já osobně denně jsem chodil nakupovat. Do obchodu jsme chodili v rouškách, jak bylo nařízené vládou, ale jinak to celkem probíhalo jako běžný život. Nebýt těch roušek, tak jsem si v pandemii nepřipadal.

Adaptaci a její procesy a proměnné je možné zaznamenat v následujících slovech:

Já jsem pozitivní člověk. Já to беру všechno s humorem. Nějaké chmury, nebo něco takového u mě neexistuje. Já jsem to bral jako hotovou věc, že to tak je a jinak to zatím být nemůže, a tím pádem nějaké negativní myšlenky jsem z toho jsem si nepřipouštěl. Víte, já jsem celoživotní skaut. Ten skauting mě pomáhal hodně. To je parta dobrých lidí, kteří dělají smysluplné věci a pomáhají při té pandemii. Při té pandemii se pomáhalo lidem, ať už s donáškou, nebo podobně. Ten skauting mě pomáhá, celoživotně. To jsou aktivity pozitivní, ten sokol je pohybový a sporty, já celoživotně jsem sportoval. Hrál jsem hokej, hraju tenis. I toto fyzicky člověku dává takovou energii a imunitu do toho života.

Rozvíjející se resilience

Druhý typ, který jsem zaznamenala, je v literatuře nazván rozvíjející se resilience. Pod tímto názvem se skrývá proces, ve kterém je zprvu narušeno fungování člověka, to je ale poměrně rychle obnoveno a daný jedinec tuto adaptaci hodnotí kladně, funkčně. Tuto kategorii definuji třemi následujícími podmínkami:

- 1) Respondent/ka zaznamenal/a dopady pandemie a po určitou dobu, převážně zpočátku, reportuje narušení fungování.

- 2) Respondent/ka popisuje mechanismy a procesy adaptace anebo sám sebe považuje za funkční.
- 3) Tato adaptace proběhla přibližně v čase několika týdnů, maximálně měsíců, ne po celou dobu trvání.

Tento typ jsem zaznamenala u respondentky (13), která hodnotí své fungování převážně beze změny, avšak popisuje nutnost adaptovat se na strach, který pandemie přinesla. Své prožívání a fungování popisuje následovně:

Ze začátku to bylo takový šok, ale pak se člověk s tím, jak je v tom dennodenním, tak se v tom naučí chodit a prostě bere to, nechci říct jako hotovou věc, ale bere to, jak to je, takto. A podle toho se zařídí. Zásadní [těžkosti] si neuvědomuji. Spíše takové těžkosti v sobě, abych se v tom dokázala zorientovat, abych se nebála. Tak nějak. Abych k tomu našla nějaký svůj postoj. Právě si myslím, že přizpůsobila jsem se rychle, protože já jsem neměnila svůj denní program a svoje zvyky jsem nemusela změnit. Byla jsem více doma, ale protože bydlíme v baráku, tak není to nějaká velká změna. Mohla jsem ven kdykoliv.

Dále v rozhovoru popisuje pět proměnných, které subjektivně považuje za přínosné:

Mně pomáhala ta práce. To, že bydlím tam, kde bydlím. Pomohlo mi to, že mám věk, jaký mám. Pomohly mi procházky, pomáhalo mi chození ven, s manželem jsme hodně, pokud to šlo, tak jsme vyjeli do lesa. A ta příroda najednou, i to vědomí, že ta příroda se mi zdá taková čistější. Pomohlo mi to vnitřní, že jsem šla do sebe, že jsem si uklidila v sobě, v bytě, práce mi pomohla a ty procházky. To je asi tak nejdůležitější. A to vědomí, že by to mělo pomoci, jako co vymyslíme maminky a babičky, to vědomí, že by to mělo pomoci jako všem. Všichni by měli si uvědomit, protože je to vnější zásah a není to takové to víš co, ale já ti budu radit, teď ti poradím to a to. To nefunguje. Musí to přijít zvnějšku. Ty rady nefungují.

Respondentka také popisuje svoji zkušenost s nemocí, o které se domnívá, že ji připravila na pandemickou situaci tím, že musela zpomalit a adaptovala se na pomalejší životní tempo.

Já jsem byla tři roky nemocná, hodně, zhubla jsem, ztratila jsem i zájem. Pořád jsem se léčila a bylo to o přežívání, anebo nicnedělání. To je to, co někomu vadí, když jde do toho důchodu, ale já jsem se pustila do uklízení baráku, vyklízení všech věcí. Do té očisty, až tady nebudu, tak oni budou muset vzít všechno do ruky, tak ať je toho co nejméně. Takto jsem přemýšlela několik let před pandemií, nevím, to byla taková příprava, protože pak se to zpomalilo. Tím, že jsem nebyla v tom aktivním, taková rozjetá v akci, jako jsem byla ve škole, než jsem šla do toho důchodu. Skoro mě to nezměnilo ten život. To je můj postoj k tomu. Teď už mě to, už si člověk na to zvyknul a byly časy, kdy jsme s kamarádkama chodily do kina, nebo šly do divadla nebo někam na oběd, na večeri a to teď není. Já jsem pak už ke konci, než jsem přestala aktivně, tak už málokteré divadlo se mi líbilo, měla jsem pocit, že buď že ztrácím kontakt s moderním nebo nějakým tím divadlem, že ztrácím kontakt, že už to jde mimo mě. Filmy tak jako dobré, ale člověk se na to může podívat v televizi.

Postupné zotavování se

Vzhledem k tomu, že jsem zkoumala resilienci v kontextu pandemické situace, jejíž dopady na společnost a jedince byly dlouhodobého charakteru, rozhodla jsem se vyčlenit třetí kategorii resilience, která je nazvaná postupné zotavování se. Tento typ procesu resilience je v určitých aspektech shodný s předešlou trajektorií rozvíjející se resilience, rozdíl je převážně v tom, že respondent/ka vykazuje známky pomalejší, částečné adaptace, zároveň však některé důsledky na fungování respondenta/ky přetrvávají. Tento typ resilience vymezují podle následujících dvou podmínek.

1. Respondent/ka považoval/a dopady pandemie za narušující své fungování a dosud jsou patrné některé přetrvávající potíže,
2. Respondent/ka popisuje anebo pociťuje částečnou adaptaci.

Tento typ jsem v rozhovorech zachytila minoritně, patrný je např. u respondentky (6), která popisuje přetrvávající potíže se strachem z míst, kde se pohybuje více lidí. Konkrétně své potíže popisuje následujícími slovy:

Myslím si, že mě to poznamenalo. Dříve jsem měla chuť jezdit do Prahy, já teď bydlím v J., takže jsem ráda jezdila do Prahy, ale je to na druhou stranu podmíněno tím, že

jsem si pořídila pejska, který je štěkací a nedovedu si představit, že bych s ním jela v hromadné dopravě. I když teda sama se také bojím jezdit metrem nebo třeba tramvají, takže do Prahy jezdím autem, a pokud je to alespoň trochu možné, tak zbytek té trasy, protože nerada jezdím po Praze, tak jedu jenom na Chodov, nebo do Modřan. Hromadné dopravě se, pokud možno, vyhýbám. Ted' se třeba bojím jít do divadla. Mám koupené vstupenky na koncert, na Bocelliho, samozřejmě se to posunulo, takže tam půjdu. Jednak jsem to dostala k narozeninám, tam s dcerou půjdu, pak půjdu na Laco Deczi, to už je posunuté 3x, tak doufám, že tentokrát to vyjde, i když mám ráda divadlo a koncerty, tak budu mít obavu na něco dalšího. Setkávat se velkým množstvím lidí. Tady tomu se budu vyhýbat.

Respondentka zároveň popisuje svou adaptaci funkčními a pozitivními procesy, jako například péči o psa, pomoc rodině a procházky. Minulou zkušenost nepovažuje za přínosnou.

Já jsem se, mám malého pejska, tak s ním musím ven. Ráda pletu, šiju na děti, nebo jsem jim vařila. Když jsem tam byla 6x, tak jsem jim něco uvařila a přivezla. Takto jsme se opatrně stýkali. V té první vlně na jaře minulého roku, to jsme se nestýkali vůbec. Dodržovali jsme to striktně, myslím si, že to bylo možná, ty zákazy byli až přehnané. Taky nikdo nevěděl, co bude dále. Tak jsem si něco vyráběla nebo jsem dceři zavolala nebo ji aspoň napsala. Malinko podnikám, takže to jaro jsem měla práce takto. To bylo hodně těžké v tom, že jsem nemohla vidět děti a být s dětmi. Takže jsem to řešila, že jsem vařila a vozila jsem jim jídlo. Dcera se se tomu tenkrát, říkala: „Maminko, vždyť by to mělo být obráceně, my bychom se měli starat o tebe a ne ty o nás.“ Já jsem si to tímto kompenzovala, že jsem jim pomáhala. Jak jsem říkala, já se snažím ty ošklivé věci vytěšňovat. Snažím se v tom, tím moc nezabírat.

8.3 Rozdíly mezi skupinami respondentů

Jedním z cílů výzkumu bylo také analyzovat případné rozdíly v kontextu resilience mezi skupinou respondentů, kteří měli vyšší skóre na škále resilience, a skupinou respondentů s nižším skóre v testu resilience. V obou skupinách se **objevila shodná témata** v rámci tematické analýzy, přirozeně varioval počet kódů u jednotlivých podtémat. Nejvýraznější rozdíl jsem zaznamenala v tématu dopadů resilience, konkrétně podtématu

negativních pocitů, ve kterém **skupina s vyšším skóre** popisovala negativní pocity v rámci **vyjádření názoru** na situaci či vývoj situace ve společnosti, zatímco u skupiny s nižším skóre negativní pocity byly také navázány na **jejich osobu**, na potenciální situaci, či hodnocení prožívání pandemie. V rámci této skupiny jsem zaznamenala navíc informace o dobrovolném rušení aktivit a omezování se.

Negativní pocity	
Vyšší skór na škále CD-RISC-25	Nižší skór na škále CD-RISC-25
Strach, že lidé nedodrží opatření	Strach, z míst, kde je větší množství lidí
Obava jestli vydrží očkování	Strach z kontroly policií
Strach z následků očkování	Rozčilení z nedodržování opatření jinými lidmi
Rozčilení kvůli neg. dopadům na seniory	Šok na začátku

Tabulka 24 Ukázka kódů podtématu: Negativní pocity

V rámci porovnání vytvořených skupin dle skóre na CD-RISC-25 jsem rozřadila jednotlivé respondenty k zaznamenaným typům procesu resilience podle postupu, který je podrobně popsán v podkapitole 7.2.5 Typ resilience. Z výsledků vyplývá, že u skupiny s vyšším skóre jsem zaznamenala více případů resilience na minimální dopady. U skupiny resilience s nižším skóre jsem zaznamenala vyšší počet respondentů s vykazujícími znaky rozvíjející se resilience, který byl však početně vyrovnaný jak resilience na minimální dopady. Typ zotavování se jsem zaznamenala minimálně v obou skupinách.

Typ resilience	Počet respondentů	
	Vyšší skór CD-RISC-25	Nižší skór CD-RISC-25
Resilience na minimální dopady	5	3
Rozvíjející se resilience	2	3
Zotavování se	1	1

Tabulka 25 Frekvence typů resilience v kvalitativní části

8.4 Shrnutí výsledků výzkumu

Vzhledem k tomu, že realizovaný výzkum měl kombinovaný design, tak v následující podkapitole uvedu shrnutí výsledků nejen kvalitativní části, ale také integruji poznatky z kvantitativní fáze.

<i>Výzkumná otázka 1: Jaké dopady situace spojené s pandemií nemoci COVID-19 zaznamenali lidé starší 60 let?</i>	Omezení
	Bez vnímaných osobních dopadů
	Osobní dopady
	Dopady na okolí
	Společenské dopady

Tabulka 26 Shrnutí výsledků výzkumu – VO1

Výpovědi respondentů kvalitativní fáze se lišily ve vnímání dopadů situace pandemie nemoci COVID-19, ačkoliv všichni respondenti určitá omezení vnímali. Respondenti popisovali různě závažné důsledky. Jako méně závažné považovali například povinnost nosit respirátor v obchodech. Objevily se i těžké dopady v podobě úmrtí na covid v blízkém okolí. Zajímavé je, že resilience a její trajektorie se objevovala neohledně na míru závažnosti důsledků a těžké dopady na jedince neznamenal automaticky narušení fungování.

Výsledky kvantitativní části ukázaly, že v první otázce na zhodnocení dopadů na jejich život respondenti odpovídali **téměř vyrovnaně při hodnocení přítomnosti a nepřítomnosti dopadů**. Na tvrzení o absenci dopadů na jejich fungování v životě 45,2 % (86) respondentů nesouhlasilo či spíše nesouhlasilo a 44,2 % respondentů (84) souhlasilo a spíše souhlasilo. **Více než polovina** 68,9 % respondentů (131) však souhlasila či spíše **souhlasila s tvrzením o snadném přizpůsobení se na pandemickou situaci**. Pětina (22,6 %) respondentů nesouhlasila a spíše nesouhlasila s tvrzením.

<i>Výzkumná otázka 2: Jak probíhal proces resilience u osob starších 60 let v průběhu pandemie nemoci COVID-19?</i>	Resilience na minimální dopady
	Rozvíjející se resilience
	Zotavování se

Tabulka 27 Shrnutí výsledků výzkumu – VO2

Ačkoliv byla resilience popisována retrospektivně, podle vymezených kritérií bylo možné rozdělit účastníky kvalitativní fáze výzkumu do třech typů resilience. Kritéria vycházela z odborné literatury a spočívala v kategorizaci dopadů a adaptace. Více než polovina respondentů popisovala resilienci na minimální dopady, která probíhala zachováním funkčnosti bez narušení, za ní v četnosti následovala rozvíjející se resilience, která probíhala rychlou adaptací na těžkosti, a obnovení fungování.

Z kvantitativní analýzy vyplynulo, že k resilienci na minimální dopady by potenciálně mohlo být přiřazeno 44,5 % respondentů (77), kteří také reportovali na škále resilience o 9,1 bodu výše (76,2) než ostatní (67,1).

<i>Výzkumná otázka 3: Jaké mechanismy, nebo procesy považují lidé starší 60 let za facilitující při překonávání případných potíží během pandemie nemoci COVID-19?</i>	Emoční regulace
	Kognitivní hodnocení
	Zocelující efekt
	Adaptace aktivit
	Aktivní ochrana
	Sociální interakce
	Seberealizace
	Vyrovnění se se smrtelností

Tabulka 28 Shrnutí výsledků výzkumu – VO3

V rozhovorech bylo možné zaznamenat části **mechanismů resilience**, které byly popsány v literatuře. Jednalo se o emoční regulaci, kognitivní hodnocení a aplikaci naučených strategií a adaptačních procesů nazvanou zocelující efekt. V rámci kognitivního hodnocení se navíc objevilo zlehčování. Dále bylo v rozhovorech zaznamenáno několik specifických procesů souvisejících s resiliencí, konkrétně sociální interakce, adaptace aktivit, aktivní ochrana, seberealizace a vyrovnění se se smrtelností, které účastníci zmiňovali ve svých odpovědích

<i>Výzkumná otázka 4: Jaké rozdíly v kontextu resilience mohou být popsány mezi respondenty, kteří mají vyšší skóre na standardizované škále resilience s respondenty s nižším skóre v testu resilience?</i>	Ve skupině s vyšším skóre byla nejvyšší četnost resilience na minimální dopady
	Ve skupině s nižším skóre byla četnost rozvíjející se resilience vyšší, než ve druhé skupině
	Negativní pocity v kontextu osobní situace se objevovaly ve skupině s nižším skóre

Tabulka 29 Shrnutí výsledků výzkumu – VO4

Účastníci rozhovorů byli rozděleni do skupin podle skóre na škále resilience CD-RISC-25. Mezi účastníky ve skupině s vyšším skóre byly nalezeny **rozdíly** především ve vnímání dopadů, v této skupině byl vyšší počet případů přiřazených do kategorie resilience na minimální dopady a konkrétně v podtématu dopadů byly negativní pocity vyjádřeny v kontextu názorů a pozorování společnosti. Ve skupině s nižším skóre popisovali účastníci i negativní pocity v kontextu osobní situace. V této skupině s nižším skóre byla zase vyšší četnost případů v kategorii rozvíjející se resilience.

9 Diskuse

V této kapitole se nachází kritická reflexe výsledků této práce, která je uvedena do kontextu současného zkoumání resilience a poznatků z literárně přehledové části. Ve druhé podkapitole jsou uvedeny faktory limitující tuto práci. V závěru kapitoly představím další možnosti zkoumání, které v souvislosti s realizovaným výzkumem vyvstaly.

9.1 Diskuse výsledků výzkumu

Domnívám se, že celkově tato práce přináší netradiční pohled na psychologickou resilienci v souladu se současným směrem bádání. Konstrukt resilience v této práci definuji nikoliv jako vlastnost či určitou konfiguraci charakteristik a vlastností, ale jako proces a výsledek, jehož součástí jsou intrapersonální, interpersonální a environmentální zdroje. Toto integrativní pojetí přináší řadu příležitostí pro zkoumání. Níže se zamýšlím nad nejdůležitějšími poznatky realizovaného výzkumu.

Výzkum v této práci sestával z kombinovaného designu explanačně sekvenčního typu, ve kterém byla nejprve realizována kvantitativní část, ze které bylo vybráno několik respondentů, kteří byli pozváni do kvalitativní fáze. Realizovaný výzkum přispěl k expanzi poznatků, neboť byla resilience prozkoumána jako proces v čase pandemické situace, která se dotkla více či méně všech obyvatel České republiky. Bylo popsáno několik trajektorií, mechanismů a konkrétních procesů. Obohacující je také integrace kvantitativních nástrojů zkoumání resilience, která vedla k explanaci kvantitativních výsledků neboli vysvětlení a pochopení procesu resilience do hloubky. Domnívám se tedy, že cíl výzkumu byl naplněn. Ačkoliv výsledky této práce nejsou zobecnitelné, přispívají nejen konkrétními poznatky, ale také formulací hypotéz, které je možné dále testovat.

Diskuzi jednotlivých poznatků začnu představením podstatného aspektu resilience, neboli dopadů pandemické situace na respondenty, které byly zkoumány v návaznosti na výzkumnou otázku č. 1. V rámci kvantitativní studie jsem zjistila, že 44 % respondentů souhlasilo (3 a 4 odpověď) s tvrzením, že pandemická situace neměla dopady na fungování v jejich životě. Samozřejmě toto zjištění neimplikuje absenci dopadů ani jejich náročnost, a proto jsem zařadila ještě jednu položku, na které respondent hodnotí náročnost adaptace. Na tvrzení o snadném přizpůsobení se na vzniklou situaci odpovědělo kladně (3 a 4 odpověď) 68 % respondentů. Tyto položky sloužily nejen k rozřazení v následující fázi, ale domnívám se, že kombinace kladných odpovědí může odhadovat možnou trajektorii resilience na minimální dopady, která v tomto vzorku činila 40,5 %. Podrobnosti ohledně

možných dopadů na osoby ve vyšším věku přineslo kvalitativním zkoumáním. Ukázalo, se že vnímání dopadů bylo možné naleznout na všech úrovních (osobní, interpersonální i společenské) a variovalo napříč skupinami a celým vzorkem. Objevovaly se dopady od méně vážných, až k závažnějším, přičemž resilience se objevovala nehledě na závažnost reportovaných výsledků. Tyto poznatky korespondují s výsledky studie Galatzer-Leviho a kolektivu (2018), který se domnívá, že přítomnost procesu resilience se objevuje bez ohledu na závažnost situace. V rozhovorech se objevily jak pozitivní, tak negativní dopady, ale převažovaly negativní. Zajímavý detail přineslo porovnání rozdílů mezi skupinami respondentů dle výsledného skóre na škále resilience. Ukázalo se, že skupina s nižšími skóre reportovala osobní dopady ve formě negativních pocitů, které se týkaly proximálně možných potenciálních nepříjemností či ohrožení, kdežto ve skupině s vyšším skóre se týkaly především dopadů na ostatní lidi či společnost a jevíly se vzdálenější, distální.

Druhá výzkumná otázka se zaměřuje na zkoumání průběhu procesu resilience a ptá se, jak probíhala resilience v kontextu pandemie COVID-19 u lidí starších 60 let. V odpovědi na tuto otázku čerpám z práce Bonanana a Diminicha (2013) a Mastenové (2021), kteří popsali různé trajektorie procesu resilience. Všechny respondenty jsem rozřadila do těchto kategorií podle poskytnutých informací, avšak chtěla bych upozornit na to, že kategorie jsou ilustrativní a spíše se snaží vystihnout podstatu procesu než zaznamenat proces do detailu. Ukázalo se, že u některých respondentů zůstaly negativní následky pandemické situace, ale všichni jevíli určitou funkční adaptaci na situaci. Rozdíly jsem nacházela ve vnímání dopadů, rychlosti a míře adaptace. Toto zjištění přináší argument pro podporu hypotézy, že resilience je spíše kontinuum (Pietrzak & Southwick, 2011) než binomická proměnná, která se buď objeví, anebo ne. Výsledky podporují myšlenku Bonana a kolektivu (2015), kteří jdou ve svých úvahách ještě dále a domnívají se, že přínosnějším způsobem operacionalizování resilience by bylo pomocí typů jejích trajektorií než zkoumáním stavu respondenta v jednom časovém bodě. Myslím, že tento způsob zkoumání by mohl přinést nové informace a vzhled do charakteristik jednotlivých typů procesů resilience a případných odlišností. V rámci zjištěných konkrétních trajektorií lze namítnout, že zotavování se není trajektorií resilience, ale vzhledem k dlouhodobým dopadům, jejichž zařazení ospravedlňují i Bonnano a Diminich (2013), a široce definované resilience se domnívám, že je možné tuto trajektorii začlenit.

Další významnou zkoumanou oblastí v kvalitativní části a 3. výzkumné otázce byly mechanismy a další procesy resilience. V této části jsem v tématu mechanismů vycházela deduktivně z teorie popsané v druhé kapitole. Zaznamenala jsem mechanismy emoční regulace, kognitivního hodnocení a efektu zocelení. Ačkoliv jsou tyto mechanismy popsány izolovaně, ve skutečnosti se jeví propojeně, kombinovaně, což se nevyklučuje s literaturou, protože například Kalisch a kolektiv (2015) považují emoční regulaci za součást procesu kognitivního přehodnocení. Ohledně kognitivního zhodnocení se však dále rozcházejím s jejich teorií v tom, že podstatou tohoto mechanismu resilience je pozitivně hodnotící styl, protože v datech jsem objevila navíc např. tendenci ke zlehčování, což znamená porovnání s horší nepřízní, v jejímž světle se zakoušená nepřízeň jeví jako méně závažná a ač stále negativní, ve vztahu k respondentovi je vnímaná pozitivněji. Vzhledem k těmto zjištěním se přikláním k hypotéze Kooleho a kolektivu (2015), že klíčová je v souvislosti s tímto mechanismem emoční flexibilita ve formě kontraregulace. Zůstává otázka, zda zlehčování pomocí porovnání s horší nepřízní může přinášet pozitivní pocity ze současné situace. V této formě nacházím určitou paralelu s technikou stoicismu, kterou Irvine (2020) nazývá negativní vizualizací, jejíž podstatou je srovnávání současné situace s negativní situací, ve které současná situace člověka vypadá lépe a umožňuje mu tak vyhnout se hédonické adaptaci na to dobré a mít radost i z věcí, které mohou být už brány jako samozřejmost.

Jako další významný mechanismus se v rozhovorech jeví zocelující efekt, protože mnoho respondentů považovalo své zkušenosti za facilitující v procesu adaptace na pandemickou situaci. Respondenti reportovali zkušenosti ve dvou podobách. Zmiňovali dlouhodobou zkušenost prožívání obtížných situací například v zaměstnání a/nebo prožití těžkých událostí, jako například úmrtí partnera. Nebylo možné posoudit, zda jsou některé z těchto zkušeností efektivnější, ale domnívám se, že tyto výsledky podporují teorii o mechanismu resilience a posilujícím efektu zkušeností ze středně až těžce náročných situací, kterou zkoumá (Seery et al., 2013). Poslední zaznamenaný mechanismus je emoční regulace, jejíž typy akceptace, potlačení a přenesení pozornosti jsou v souladu s dostupnou literaturou (Alberts et al., 2012; Prout et al., 2019). V rozhovorech jsem emoční regulaci zaznamenala ve formě aktivní strategie i jako automatické reakce, o kterých vyprávěli respondenti mezi řádky. Domnívám se, že s tímto mechanismem by mohly souviset i další zaznamenané procesy resilience, jako např. aktivní ochrana, která mohla snižovat pocity ohrožení, nebo vyrovnání se se smrtelností a negativními pocity, které fakt smrtelnosti

přináší, ale vzhledem k absenci evidence nebyli tyto procesy zařazeny do tématu mechanismů resilience.

V datech jsem identifikovala další procesy, které respondenti v souvislosti s resiliencí zmiňovali, ale vzhledem k tomu, že nevychází z teorie, ale přímo z dat, jsou vyčleněny v samostatném tématu. Domnívám se, že výše zmíněné procesy aktivní ochrany a vyrovnávání se se smrtelností mohou být považovány také za formy copingových strategií, konkrétně typ proaktivního copingu. Je možné, že určité copingové strategie mohou být funkční součástí resilience? Butler a kolektiv (2021) se domnívají, že ano a navrhuje model, ve kterém je proaktivní coping klíčovou součástí resilience. Odpověď na tuto otázku čeká na další, ideálně longitudinální zkoumání.

V rámci tohoto tématu jsem popsala další tři procesy, konkrétně adaptaci aktivit, sociální kontakt a seberealizaci. Domnívám se, že na tyto procesy je možné nahlížet z několika úhlů pohledu. Konkrétně na proces adaptace aktivit by bylo možné pohlížet jako na výsledky resilience, tedy procesy, které reflektují, jakým způsobem proběhla adaptace aktivit. Z dalšího úhlu pohledu by bylo možné některé z nich považovat za coping, který Zimmer-Gembeck a Skinner (2016) považují za základní lidský adaptivní proces, který zahrnuje regulaci více subsystémů a který přispívá k resilienci. Třetí pohled, ke kterému se přikláním, je hypotéza, že tyto procesy reflektují mechanismus resilience, transakční proces, jehož funkcí je využívání dostupných interních a externích zdrojů (Ungar, 2021) a zároveň dochází k jejich posilování. Pro tento mechanismus bych považovala za klíčovou flexibilitu, která je podstatná i pro další autory studií (Bonanno, 2021; IJntema et al., 2021) a schopnost flexibilně se přizpůsobit aktuálně dostupným zdrojům. Respondenti oceňovali různé zdroje, od interních (smysl pro humor), přes sociální (děti, vztahy s vrstevníky, společenská setkávání) a environmentální (výhled z bytu, vlastnictví zahrady, chaty). Domnívám se, že právě pojmenované procesy seberealizace, sociální interakce a adaptace by mohly mít tuto dvojí funkci pro resilienci. První funkcí by bylo naplňování potřeb a druhou upevňování vztahu ke zdrojům, nebo jejich budování. Myslím, že tento transakční proces je možné spatřit např. v podtématu sociální interakce, kterou respondenti často zmiňovali jako facilitující proces zvládání pandemické situace a u které popisovali pozitivní emoce ze samotné činnosti. Zároveň někteří zmiňovali rozvíjení vztahu ve formě vzájemného podporování se a pomoci. V literatuře je často zmiňována a zkoumána sociální podpora (Abramson et al., 2014). Domnívám se, že je to pouze část tohoto fenoménu.

Poslední zkoumanou oblastí bylo porovnání dvou skupin respondentů, kteří byli vybráni postupně podle dostupnosti a dosaženého skóre na škále resilience (nejnižší a nejvyšší). Tematická analýza byla provedena zvlášť, ale ukázalo se, že se objevují shodná témata, a proto byla uskutečněna společně. Určité rozdíly jsem pozorovala především v trajektoriích a vnímaných dopadech. Ve skupině s vyšším skóre se častěji objevovala resilience na minimální dopady na fungování jedince. Domnívám se, že tento rozdíl může mít souvislost s přítomností osobnostních zdrojů, které jsou kvantifikovány skrze škálu resilience (Connor & Davidson, 2003). Někteří lidé by mohli namítnout, že se jedná o jedince s objektivně menšími dopady, ale domnívám se, že se jedná o plausibilní argument, neboť se v této skupině se objevovaly i vážné dopady pandemie. Ve skupině s nižším skóre jsem zaznamenala vyšší počet rozvíjející se resilience, což byla trajektorie, ve které respondent popisoval narušení a dopady na své fungování a současně způsob, jak se adaptovat a obnovit funkčnost. Obecně jsem ve skupině s nižším skóre zaznamenala kvalitativní rozdíl v negativních pocitech, které byly v této skupině navázány na osobní potenciální hrozby. Je možné, že na tuto skupinu více dopadalo možné ohrožení a jedinci se museli vyrovnat se svým strachem, což bylo zmíněno v rámci trajektorie rozvíjející se resilience. Avšak i v této skupině jsem objevila případy resilience na minimální dopady, a tak zůstává otázkou, zda jsou tyto rozdíly s určitou pravděpodobností dílem náhody nebo zda existuje nějaká statistická souvislost. K zodpovězení této otázky je potřeba další kvantitativní zkoumání.

9.2 Limity výzkumu

Tak jako každý výzkum, i tento má své limity, které je potřeba brát v potaz. Existují možnosti zkreslení, které mohou pramenit z výzkumného vzorku, výzkumníka, metodologie, chyb či náhody. Získané výsledky jsou převážně kvalitativního charakteru a nelze je zobecnit na celou skupinu.

Respondenti tohoto výzkumu byli osloveni především pomocí organizací sdružujících aktivní seniory a domnívám se, že vybraný vzorek pro obě fáze obsahuje vyšší počet lidí aktivních v nějaké organizaci, než kolik jich v běžné populaci je. Určité zkreslení v kvalitativní fázi může být způsobeno také tím, že byly skupiny rozřazeny nevyrovnaně. Ve skupině s vyšším skóre byli respondenti, kteří by se umístili na 75–100 percentilu a ve skupině s nižším skóre byli respondenti z 5–44 percentilu z původního vzorku. Výzkum byl retrospektivní, u účastníků se mohlo objevit subjektivní zkreslení informací způsobené

zpětným pohledem a popisem událostí. Informace mohlo zkreslit holistické zkreslení, ve kterém je událost prezentována strukturovaněji a kongruetněji, než se ve skutečnosti odehrála (Miovský, 2006). Respondenti také mohli reagovat na případná očekávání výzkumníka, ať už reálná či domnělá. Je otázkou, jakým způsobem výzkum ovlivnil fakt, že většina dat byla sbírána pomocí telefonního hovoru a ve výzkumu chybí vizuální doprovod rozhovorů. V jednom případě bylo během rozhovoru slabé připojení a kontakt se přerušoval a je tudíž možné, že se ztratily některé sdělované informace.

Druhá oblast možného zkreslení pramení z výzkumníkovy práce a jeho působení na respondenty. Je možné, že jsem nevědomky podporovala určitá tvrzení nebo jsem se zeptala způsobem, který mohl signalizovat určitou očekávanou odpověď a tímto způsobem jsem ovlivnila rozhovor a respondentovy odpovědi. Samotná analýza dat proběhla taktéž jedním výzkumníkem. Konkrétně tematická analýza je flexibilní metoda, ve které je výzkumník nástrojem a jeho znalosti, přístup a interpretace mohou ovlivňovat výsledná témata a podtémata. Za nejcitlivější část výzkumu, kterou může výzkumník zkreslit, považuji třetí výzkumnou otázku, kdy popisují nalezené mechanismy a procesy související s resiliencí. Ve snaze o lepší interpretovatelnost odpovědí, v analýze témat kombinuji jak induktivní, tak deduktivní přístup. Nalezené procesy, které jasně odpovídají mechanismům a jsou dostatečně podloženy teorií, prezentuji v tématu týkajícího se mechanismů. Procesy, které vycházejí konkrétně z dat a nevycházejí z dostupné vědecké literatury, jsou prezentovány v tématu procesy související s resiliencí. Následné domněnky a interpretace poznatků o probíhajících mechanismech se objevují až v diskuzi. Tato snaha diferencovat a pečlivě vybrat procesy, které mohou být považovány za indikátory probíhajícího mechanismu, je limitována subjektivitou a znalostmi a dovednostmi výzkumníka. Ačkoliv mám jako výzkumník zkušenosti s kvalitativním i kvantitativním výzkumem, kombinovaný výzkum jsem realizovala poprvé a tato nezkušenost mohla přinést nějaké nedostatky či zkreslení, kterým by se zkušený výzkumník vyhnul.

Své limity mají i zdroje uvedené v literárně přehledové části, ze kterých výzkumná část přímo i nepřímo čerpá. V první kapitole jsou prezentovány poznatky z odlišných definic a přístupů k resilienci. Domnívám se, že tento postup je možný, neboť definice resilience v této práci integruje všechny přístupy a přístup k resilienci jako procesu je rozpracován ve druhé kapitole. Nicméně limitující je fakt, že mechanismy resilience jsou poměrně nově zkoumanou oblastí a část uvedených informací se zakládá na teoriích výzkumníků a je tedy potřebné další zkoumání.

Dle Miovského (2006) můžeme hodnocení validity výzkumu chápat jako empirické hodnocení významu a konsekvencí měření. Rozhovory přinesly nové informace o třech trajektoriích procesu resilience v kontextu měření CD-RISC-25 a zároveň výsledky korespondují s odbornou literaturou a dosavadními zjištěními. Ačkoliv byl výzkum zpracován pouze jednou osobou a cílem kombinování metod není triangulace, celý postup je reportován v empirické části této práce, stejně jako jeho výsledky, které jsou doplněny o výňatky z rozhovorů a jsou tedy transparentně k dispozici ukázky dat, které mohou být reflektovány při čtení této práce.

9.3 Možnosti dalšího zkoumání

Realizovaný výzkum přináší nejen samotné výsledky, ale také povzbuzuje k dalšímu zkoumání. Vzhledem k výsledku, který naznačuje, že lidé níže skórující zažívali resilienci, ale jejich resilience může mít jinou podobu, tak se domnívám, že by mohlo být užitečné zkoumat resilienci operacionalizovanou podle jednotlivých trajektorií, což by mohlo přinést detailnější informace nejen o samotné resilienci, ale také o možnostech její facilitace a rozvoje. Nové poznatky o podstatě resilience, by případně mohla přinést shluková analýza typů trajektorie resilience a dalších informací, či případně by se mohly využít nové technologie strojového učení, které navrhuje Bonnano (2021), s cílem zlepšit možnou predikci resilience, protože současné nástroje se zdají neefektivní. Podrobnější informace o samotných trajektoriích by mohla přinést longitudinální studie, ve které by byla nepřízeň, těžkosti a míra adaptace kvantifikovány a sledovány v čase.

Další oblastí zkoumání by mohlo být zkoumání resilience spolu s konkrétními mechanismy. V provedeném výzkumu byly popsány tři konkrétní mechanismy, které mohou být dále zkoumány kvantitativně i kvalitativně. Popis a výzkum těchto mechanismů resilience je v počátcích a je žádoucí jejich další jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkum. V diskuzi výzkumu jsem navrhla další možnosti interpretace zbylých procesů, formy copingových strategií člověka či mnou pojmenovaný mechanismus využívání a budování zdrojů, jehož funkce a význam by mohl být zkoumán dále. Domnívám se, že by dále mohlo být přínosné zkoumat interakce a vzájemnou aktivitu těchto mechanismů v průběhu resilience

10 Závěr

Tato diplomová práce se zabývala procesem resilience u osob starších 60 let v čase pandemie nemoci COVID-19. V literárně přehledové části práce je představen teoretický úvod konceptu resilience. Je popsán současný přístup vycházející z historického zkoumání a také několik modelů, na kterých jsou ilustrovány klíčové aspekty tohoto konstruktů. V této práci byl zvolen integrativní přístup k resilienci, přičemž akcent je dán na její proces a na mechanismy podílející se na výsledku resilience. V práci jsou představeny hlavně psychologické mechanismy emoční regulace, kognitivního hodnocení, efektu zocelení (využití předešlé zkušenosti) a dva komplexní teoretické modely ilustrující jeden či více mechanismů, které se pokouší vysvětlit nebo konceptualizovat jejich funkci v rámci resilience. Závěrečná kapitola literárně přehledové části je zaměřena na poznání a popsání specifík resilience v kontextu vyššího věku, dále v rámci krizí a katastrof a kombinovaně také konkrétně u osob ve vyšším věku v rámci pandemie nemoci COVID-19, jejíž vypuknutí je v této práci považováno za krizi. V této kapitole jsou prezentovány dostupné relevantní výzkumy v kontextu pandemie COVID-19, které naznačují, že ačkoliv lidé ve vyšším věku byli v čase sběru statisticky nejohroženější věková skupina, obecně nevykazovali zvýšené psychické potíže oproti mladším ročníkům (López et al., 2021; Devita et al., 2021), ale spíše naopak vykazovali mírně lepší výsledky, a dalo by se říct, že i resilienci ve svých životech (Vannini et al., 2021).

Tato skutečnost byla zkoumána i v empirické části této práce, přičemž cíl této práce byl vytyčen před seznámením se s těmito výzkumy. Kombinovaný výzkum je považován za typ výzkumu, který přináší komplexnější porozumění zkoumaných fenoménů (Creswell & Clark, 2007), proto byl v této práci zvolen. Výzkum vychází z explanačně sekvenčního designu. První, kvantitativní část, se zakládala na dotazníkovém šetření u cílové skupiny respondentů. Z této skupiny byla posléze vybrána část respondentů ochotná účastnit se navazující kvalitativní části, která spočívala v polostrukturovaném rozhovoru. Výsledky explorační analýzy kvantitativních dat ukázaly, že zkoumaná skupina lidí starších 60 let reportovala v 40,5 % minimální dopady na fungování ve svém životě a lehkou náročnost adaptace na situaci. Jejich skóre na škále resilience CD-RISC-25 se pohybovalo od 29 do 100, přičemž průměrné skóre bylo 76,2 a směrodatná odchylka 14,3.

Tematická analýza objevila několik poznatků souvisejících s procesem resilience. U zkoumané skupiny 15 osob se ukázalo, že dopady u účastníků variovaly od méně závažných dopadů (dodržování nařízení) až k vážným dopadům (odložení operace, ztráta blízkého člověka) a objevily se na více úrovních (osobní, interpersonální, společenské). Někteří respondenti nepocíťovali žádné osobní dopady. U respondentů jsem zaznamenala indikátory třech trajektorií resilience, které ve svých pracích identifikují Bonnano a Diminich (2013) či Mastenová (2021), a mechanismy resilience, které vycházejí z vědeckých poznatků. Konkrétně se jedná o kognitivní hodnocení (Kalisch et al., 2015), emoční regulaci (Hiebel et al., 2021) a efekt zocelení (Rutter, 2012). V práci jsou zaznamenány další procesy, jako například adaptace aktivit, aktivní ochrana, sociální interakce, seberealizace a vyrovnání se se smrtelností a další proměnné resilience, jako je přítomnost zdrojů. Analýza skupin s nižším a vyšším skóre naznačuje, že se ve skupinách lišila četnost trajektorií a rozdíl kontextu reportovaných negativních pocitů. Ve skupině s vyšším skóre se častěji objevovala resilience na minimální dopady na fungování jedince a ve skupině s nižším skóre byly popsány negativní pocity v kontextu osobních nepříjemných situací a rizik.

Ačkoliv je tato práce svou podstatou nezobecnitelná na základní populaci, přináší poznatky pro podporu dalšího zkoumání a porozumění resilience. Přiklání se k pojetí resilience spíše jako kontinuálního procesu než binomické proměnné a k hypotéze, že prevalence resilience se neodvíjí od závažnosti dopadů či míry rizika. Poznatky z této práce přinášejí podklady pro další zkoumání resilience, především pro zkoumání a rozlišení charakteristik jednotlivých trajektorií a konkrétních mechanismů, které tvoří funkční součásti resilience. Tato práce čerpá především ze současných, zahraničních zdrojů a integruje v sobě různé poznatky, názory, teorie, výzkumy a metaanalýzy.

11 Seznam použité literatury:

- Abramson, D. M., Grattan, L. M., Mayer, B., Colten, C. E., Arosemena, F. A., Bedimorung, A., & Lichtveld, M. (2015). The resilience activation framework: A conceptual model of how access to social resources promotes adaptation and rapid recovery in post-disaster settings [Online image]. https://www.researchgate.net/publication/262693866_The_Resilience_Activation_Framework_a_Conceptual_Model_of_How_Access_to_Social_Resources_Promotes_Adaptation_and_Rapid_Recovery_in_Post-disaster_Settings
- Abramson, D. M., Grattan, L. M., Mayer, B., Colten, C. E., Arosemena, F. A., Bedimorung, A., & Lichtveld, M. (2015). The resilience activation framework: A conceptual model of how access to social resources promotes adaptation and rapid recovery in post-disaster settings. *The journal of behavioral health services & research*, 42(1), 42-57.
- Alberts, H. J. E. M., Schneider, F., & Martijn, C. (2012). Dealing efficiently with emotions: Acceptance-based coping with negative emotions requires fewer resources than suppression, 26(5), 863-870. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.625402>
- Aldwin, C. (2021). Vulnerability and Resilience Among Older Adults During the COVID Pandemic. *Innovation in aging*, 5(Supplement_1), 130-130. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab046.500>
- Alexander, D. E. (2013). Resilience and disaster risk reduction: an etymological journey. *Natural Hazards and Earth System Sciences*, 13(11), 2707-2716. <https://doi.org/10.5194/nhess-13-2707-2013>
- Allen, V. C., & Windsor, T. D. (2019). Age differences in the use of emotion regulation strategies derived from the process model of emotion regulation: A systematic review. *Aging & mental health*, 23(1), 1-14.
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association 2020: the official guide to APA style (7th ed.). American Psychological Association.

Amstadter, A. B., Myers, J. M., & Kendler, K. S. (2014). Psychiatric resilience: longitudinal twin study. *British Journal of Psychiatry*, 205(4), 275-280. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.130906>

Angelopoulou, P., & Panagopoulou, E. (2022). Resilience interventions in physicians: a systematic review and meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 14(1), 3-25.

Anthony, E. J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk*. John Wiley & Sons.

APA Dictionary of Psychology. (2022). In American Psychological Association. APA. Retrieved March 23, 2022, from <https://dictionary.apa.org/resilience>

Ayed, N., Toner, S., & Priebe, S. (2019). Conceptualizing resilience in adult mental health literature: A systematic review and narrative synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(3), 299-341. <https://doi.org/10.1111/papt.12185>

Bartoš, V., Cahlíková, J., Bauer, M., & Chytilová, J. (2020). Dopady pandemie koronaviru na duševní zdraví. Národohospodářský ústav AV ČR.

Behrens, J. T. (1997). Principles and procedures of exploratory data analysis. *Psychological Methods*, 2(2), 131.

Bentley, E., (2018). Otranscribe [Webb app]. <https://otranscribe.com/>

Beyer, K., Kaltenbach, A., Szabo, A., Bogar, S., Nieto, F., & Malecki, K. (2014). Exposure to Neighborhood Green Space and Mental Health: Evidence from the Survey of the Health of Wisconsin. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), 3453-3472. <https://doi.org/10.3390/ijerph110303453>

Boardman, J. D., Blalock, C. L., & Button, T. M. M. (2008). Sex Differences in the Heritability of Resilience. *Twin Research and Human Genetics*, 11(1), 12-27. <https://doi.org/10.1375/twin.11.1.12>

- Bolsinger, J., Seifritz, E., Kleim, B., & Manoliu, A. (2018). Neuroimaging Correlates of Resilience to Traumatic Events—A Comprehensive Review. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00693>
- Bonanno, G. A. (2005). Clarifying and Extending the Construct of Adult Resilience. *American Psychologist*, 60(3), 265–267. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.265b>
- Bonanno, G. A. (2021). The resilience paradox. *European journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1942642.
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity - trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378-401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & Greca, A. M. L. (2010). Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities. *Psychological science in the public interest*, 11(1), 1-49. <https://doi.org/10.1177/1529100610387086>
- Bonanno, G. A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I. R., Lude, P., & Elfström, M. L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 57(3), 236-247. <https://doi.org/10.1037/a0029256>
- Bonanno, G. A., Romero, S. A., & Klein, S. I. (2015). The Temporal Elements of Psychological Resilience: An Integrative Framework for the Study of Individuals, Families, and Communities. *Psychological inquiry*, 26(2), 139-169. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.992677>
- Brandtstädter, J., Voss, A., & Rothermund, K. (2004). Perception of Danger Signals: The Role of Control. *Experimental Psychology*, 51(1), 24–32. <https://doi.org/10.1027/1618-3169.51.1.24>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Braunstein, L. M., Gross, J. J., & Ochsner, K. N. (2017). Explicit and implicit emotion regulation: a multi-level framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(10), 1545-1557. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx096>

Britt, T. W., Shen, W., Sinclair, R. R., Grossman, M. R., & Klieger, D. M. (2016). How much do we really know about employee resilience?. *Industrial and Organizational Psychology*, 9(2), 378-404.

Bryan, C., O'Shea, D., & MacIntyre, T. (2017). Stressing the relevance of resilience: a systematic review of resilience across the domains of sport and work [Online image]. https://www.researchgate.net/figure/Dual-pathway-model-of-resilience_fig3_319755473/actions#reference

Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6(1), 97–113. <https://doi.org/10.1177/1468794106058877>

Butler, C. G., O'Shea, D., & Truxillo, D. M. (2021). Adaptive and Proactive Coping in the Process of Developing Resilience. *Examining and Exploring the Shifting Nature of Occupational Stress and Well-Being*, 19-46. <https://doi.org/10.1108/S1479-355520210000019002>

Cachia, M., & Millward, L. (2011). The telephone medium and semi-structured interviews: a complementary fit. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*.

Coan, J. A., Schaefer, H. S., & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat. *Psychological science*, 17(12), 1032-1039.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.

Covid portál. (2022). Časová osa očkování. Retrieved March 23, 2022, from <https://covid.gov.cz/situace/registrace-na-ockovani/casova-osa-ockovani>

Crane, M. F., Searle, B. J., Kangas, M., & Nwiran, Y. (2019). How resilience is strengthened by exposure to stressors: the systematic self-reflection model of resilience

strengthening. *Anxiety, Stress & Coping*, 32(1), 1–17. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1080/10615806.2018.1506640>

Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. SAGE publications.

Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Publications, Inc.

Darling Rasmussen, P., Storebø, O. J., Løkkeholt, T., Voss, L. G., Shmueli-Goetz, Y., Bojesen, A. B., Simonsen, E., & Bilenberg, N. (2019). Attachment as a Core Feature of Resilience: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychological Reports*, 122(4), 1259-1296. <https://doi.org/10.1177/0033294118785577>

Darling Rasmussen, P., Storebø, O. J., Løkkeholt, T., Voss, L. G., Shmueli-Goetz, Y., Bojesen, A. B., Simonsen, E., & Bilenberg, N. (2019). Attachment as a Core Feature of Resilience: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychological Reports*, 122(4), 1259-1296. <https://doi.org/10.1177/0033294118785577>

Davidson JRT (2021). *Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) Manual*. Unpublished., 01-01-2021, <http://www.connordavidson-resiliencescale.com/>

DeSantis, L., & Ugarriza, D. N. (2000). The concept of theme as used in qualitative nursing research. *Western journal of nursing research*, 22(3), 351-372. doi:10.1177/019394590002200308

Devita, M., Di Rosa, E., Iannizzi, P., Bianconi, S., Contin, S. A., Tiriolo, S. ... Volpe, B. (2021). Cognitive and Psychological Sequelae of COVID-19: Age Differences in Facing the Pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 12, 711461-711461. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.711461>

Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

Drabble, L., Trocki, K. F., Salcedo, B., Walker, P. C., & Korcha, R. A. (2016). Conducting qualitative interviews by telephone: Lessons learned from a study of alcohol use among sexual minority and heterosexual women. *Qualitative Social Work*, 15(1), 118-133

Dudášová, L., Vaculík, M., & Procházka, J. (2021). Psychological capital in work, clinical, and school psychology: A review. *Československá psychologie*, 65(6), 558-574. <https://doi.org/10.51561/cspsych.65.6.558>

Eisenberger, N. (2008). Understanding the Moderators of Physical and Emotional Pain: A Neural Systems-Based Approach. *Psychological Inquiry*, 19(3-4), 189-195. <https://doi.org/10.1080/10478400802608855>

Eisenberger, N. I. (2012). The Neural Bases of Social Pain. *Psychosomatic Medicine*, 74(2), 126-135. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182464dd1>

Elpida. (2022). Retrieved March 23, 2022, from <https://www.elpida.cz/online>

Ersen, Ö., Bilgiç, R., & Topa, G. (2018). The effect of proactive and preventive coping styles on personal and organizational outcomes: Be proactive if you want good outcomes. *Cogent Psychology*, 5(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1492865>

Estrada, A. X., Severt, J. B., & Jiménez-Rodríguez, M. (2016). Elaborating on the conceptual underpinnings of resilience. *Industrial and Organizational Psychology*, 9(2), 497-502.

Färber, F., & Rosendahl, J. (2018). The Association Between Resilience and Mental Health in the Somatically Ill. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0621>

Ferjenčík, J. (2008). Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. PORTÁL sro.

Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health services research*, 48(6pt2), 2134-2156.

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2016). Mental fortitude training: An evidence-based approach to developing psychological resilience for sustained success. *Journal of Sport Psychology in Action*, 7(3), 135-157. <https://doi.org/10.1080/21520704.2016.1255496>

Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*, 14(1), 29-42.

Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008>

Galatzer-Levy, I. R., Madan, A., Neylan, T. C., Henn-Haase, C., & Marmar, C. R. (2011). Peritraumatic and trait dissociation differentiate police officers with resilient versus symptomatic trajectories of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24(5), 557-565. <https://doi.org/10.1002/jts.20684>

Garcia-dia, M. J., Dinapoli, J. M., Garcia-ona, L., Jakubowski, R., & O'flaherty, D. (2013). Concept Analysis: Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 264-270. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.07.003>

Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41(1), 101-102. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1971.tb01111.x>

Garnezy, N. (1991). Resilience in Children's Adaptation to Negative Life Events and Stressed Environments. *Pediatric Annals*, 20(9), 459-466. <https://doi.org/10.3928/0090-4481-19910901-05>

Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child development*, 97-111.

Glogowska, M., Young, P., & Lockyer, L. (2011). Propriety, process and purpose: Considerations of the use of the telephone interview method in an educational research study. *Higher Education*, 62(1), 17-26.

Gök, A., & Koğar, E. Y. (2021). A Meta-Analysis Study on Gender Differences in Psychological Resilience Levels, 3(2). <https://doi.org/10.35365/ctjpp.21.2.15>

Górska, S., Singh Roy, A., Whitehall, L., Irvine-Fitzpatrick, L., Duffy, N., & Forsyth, K. (2021). A systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with resilience of normally aging, community-living older adults. *The Gerontologist*.

Gundogan, S. (2021). The mediator role of the fear of COVID-19 in the relationship between psychological resilience and life satisfaction. *Current psychology* (New Brunswick, N.J.), 40(12), 6291-6299. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01525-w>

Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework, 25(3), 400-412. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.544160>

Haider, L. J., Schlüter, M., Folke, C., & Reyers, B. (2021). Rethinking resilience and development: A coevolutionary perspective. *Ambio*, 50(7), 1304-1312. <https://doi.org/10.1007/s13280-020-01485-8>

Halaburtová, M. (2021). Pandemie COVID-19: Vývoj pohledu seniorů [Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích]. https://theses.cz/id/cjgd78/Bakalarska_prace_Marie_Halaburtova.pdf

Han, L., Berry, J. W., Zheng, Y., & Renzaho, A. (2016). The Relationship of Acculturation Strategies to Resilience: The Moderating Impact of Social Support among Qiang Ethnicity following the 2008 Chinese Earthquake. *PLOS ONE*, 11(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164484>

Hartley, C. A., Gorun, A., Reddan, M. C., Ramirez, F., & Phelps, E. A. (2014). Stressor controllability modulates fear extinction in humans. *Neurobiology of Learning and Memory*, 113, 149-156. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2013.12.003>

Hendl, J. (2004). Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat. Portál.

Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace (2., aktualiz. vyd). Portál.

Hendl, J. (2016). Kvalitativní výzkum. Praha: Portál.

Hiebel, N., Rabe, M., Maus, K., Peusquens, F., Radbruch, L., & Geiser, F. (2021). Resilience in Adult Health Science Revisited—A Narrative Review Synthesis of Process-Oriented Approaches. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.659395>

Hikichi, H., Aida, J., Tsuboya, T., Kondo, K., & Kawachi, I. (2016). Can community social cohesion prevent posttraumatic stress disorder in the aftermath of a disaster? A natural experiment from the 2011 Tohoku earthquake and tsunami. *American journal of epidemiology*, 183(10), 902-910.

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., et al. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283-315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>

Hofgaard, L. S., Nes, R. B., & Røysamb, E. (2021). Introducing two types of psychological resilience with partly unique genetic and environmental sources. *Scientific Reports*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87581-5>

Holling, C. S. (1973). Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4, 1–23.

Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and individual differences*, 76, 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>

Charney, D. S. (2004). Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 195-216. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.195>

Chipperfield, J. G., Hamm, J. M., Perry, R. P., & Ruthig, J. C. (2017). Perspectives on Studying Perceived Control in the Twenty-First Century. *The Happy Mind: Cognitive Contributions to Well-Being*, 215-233. https://doi.org/10.1007/978-3-319-58763-9_12

IJntema, R. C., Schaufeli, W. B., & Burger, Y. D. (2021). Resilience mechanisms at work: The psychological immunity-psychological elasticity (PI-PE) model of psychological resilience [Online image].https://www.researchgate.net/figure/Psychological-Immunity-Psychological-Elasticity-PI-PE-model-of-psychological-resilience_fig1_351437761

IJntema, R. C., Schaufeli, W. B., & Burger, Y. D. (2021). Resilience mechanisms at work: The psychological immunity-psychological elasticity (PI-PE) model of psychological resilience. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01813-5>

Irvine, A., Drew, P., & Sainsbury, R. (2013). ‘Am I not answering your questions properly?’ Clarification, adequacy and responsiveness in semi-structured telephone and face-to-face interviews. *Qualitative research*, 13(1), 87-106.

Irvine, W. B. (2020). *Jak žít dobrý život: Starověké umění stoické radosti*. Blue vision.

Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological inquiry*, 15(1), 30-34

Jebb, A. T., Parrigon, S., & Woo, S. E. (2017). Exploratory data analysis as a foundation of inductive research. *Human Resource Management Review*, 27(2), 265-276.

Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. ’verria S., Palmer, B. W., Rock, D., Golshan, S., Kraemer, H. C., & Depp, C. A. (2013). Association Between Older Age and More Successful Aging: Critical Role of Resilience and Depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>

Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J. and Turner, L.A. (2007) Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 112-133. <http://dx.doi.org/10.1177/1558689806298224>

Jones, L., & Tanner, T. (2015). Measuring 'subjective resilience': using peoples' perceptions to quantify household resilience. Overseas Development Institute. <https://odi.org/en/publications/measuring-subjective-resilience-using-peoples-perceptions-to-quantify-household-resilience/>

Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of general psychology*, 9(3), 262-280.

Kalisch, R., Baker, D.G., Basten, U., Boks, M.P., Bonanno, G.A., Brummelman, E., Chmitorz, A., Fernández, G., Fiebach, C.J., Galatzer-Levy, I.R., Geuze, E., Groppa, S., Helmreich, I., Hendler, T., Hermans, E.J., Jovanović, T., Kubiak, T., Lieb, K., Lutz, B., Müller, M.B., & Kleim, B. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature Human Behaviour*, 1, 784-790.

Kalisch, R., Müller, M. B., & Tüscher, O. (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences*, 38. <https://doi.org/10.1017/S0140525X1400082X>

Kampa, M., Schick, A., Yuen, K.S., Sebastian, A., Chmitorz, A., Saase, V., Wessa, M., Tüscher, O., & Kalisch, R. (2018). A Combined Behavioral and Neuroimaging Battery to Test Positive Appraisal Style Theory of Resilience in Longitudinal Studies. *bioRxiv*.

Katsikopoulos, P. V. (2021). Individual and community resilience in natural disaster risks and pandemics (COVID-19): risk and crisis communication. *Mind & Society*, 20(1), 113-118.

Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>

King, N. (2004). Using Templates in the Thematic Analysis of Text. *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*, 256-270. <https://doi.org/10.4135/9781446280119.n21>

Klasa, K., Galaitsi, S., Wister, A., & Linkov, I. (2021). System models for resilience in gerontology: Application to the COVID-19 pandemic[Online image]. <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-01965-2>

Klasa, K., Galaitsi, S., Wister, A., & Linkov, I. (2021). System models for resilience in gerontology: Application to the COVID-19 pandemic. *BMC geriatrics*, 21(1), 1-12.

Komenda M., Panoška P., Bulhart V., Žofka J., Brauner T., Hak J., Jarkovský J., Mužík J., Blaha M., Kubát J., Klimeš D., Langhammer P., Daňková Š., Májek O., Bartůňková M., Dušek L. (2020). COVID-19: Přehled aktuální situace v ČR. Onemocnění aktuálně. Retrieved January 17, 2022, from <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19/prehledy-kh>

Koole, S. L., Schwager, S., & Rothermund, K. (2015). Resilience is more about being flexible than about staying positive. *The Behavioral and brain sciences*, 38, e109-e109. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14001599>

Kučera, D., Stuchlíková, I., & Mrhálek, T. (2021). Impacts of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Working Adults in the Czech Republic: Analysis of Self-Report Psychological Data in a One Year Perspective. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 11(3), 1061-1072. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11030079>

Kühn, S., Düzel, S., Eibich, P., Krekel, C., Wüstemann, H., Kolbe, J., Martensson, J., Goebel, J., Gallinat, J., Wagner, G. G., & Lindenberger, U. (2017). In search of features that constitute an “enriched environment” in humans: Associations between geographical properties and brain structure. *Scientific Reports*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-12046-7>

Lambert, K., Eisch, A. J., Galea, L. A. M., Kempermann, G., & Merzenich, M. (2019). Optimizing brain performance: Identifying mechanisms of adaptive neurobiological plasticity, 105, 60-71. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.06.033>

Lamond, A. J., Depp, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., Golshan, S., Ganiats, T. G., & Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of psychiatric research*, 43(2), 148-154. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.03.007>

Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A. -R., Kim, B., Lee, M. Y., & Lee, S. M. (2013). Resilience: A Meta-Analytic Approach, 91(3), 269-279. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x>

Levine, L., Kay, A., & Shapiro, E. (2022). The anxiety of not knowing: Diagnosis uncertainty about COVID-19. *Current Psychology*, 1-8.

Li, F., Luo, S., Mu, W., Li, Y., Ye, L., Zheng, X., Xu, B., Ding, Y., Ling, P., Zhou, M., & Chen, X. (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 21.

Liebenberg, L., & Ungar, M. (2009). *Researching Resilience*. University of Toronto Press, Scholarly Publishing Division.

Livingstone, K. M., & Isaacowitz, D. M. (2019). Age Similarities and Differences in Spontaneous Use of Emotion Regulation Tactics Across Five Laboratory Tasks. *Journal of experimental psychology. General*, 148(11), 1972-1992. <https://doi.org/10.1037/xge0000556>

Livingstone, K. M., & Isaacowitz, D. M. (2021). Age and emotion regulation in daily life: Frequency, strategies, tactics, and effectiveness. *Emotion*, 21(1), 39.

Livingstone, K. M., Castro, V. L., & Isaacowitz, D. M. (2020). Age differences in beliefs about emotion regulation strategies. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(2), 316-326.

López, J. A. P. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 31(3), 751-758. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.185631>

López, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C., Martinez-Huertas, J. A., & Velasco, C. (2022). Emotional distress among older adults during the COVID-19 outbreak: understanding the longitudinal psychological impact of the COVID-19 pandemic. *Psychogeriatrics*, 22(1), 77-83.

Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., Schubiner, H., & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 942-968. <https://doi.org/10.1002/jclp.20816>

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.

MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272.

Martin-Breen, P., & Anderies, J. M. (2011). Resilience: A literature review. Bellagio Initiative. <http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/3692>.

Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang & E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (p. 3–25). Lawrence Erlbaum Associates, Inc

Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.

Masten, A. S. (2016). Resilience in developing systems: the promise of integrated approaches. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), 297-312. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1147344>

Masten, A. S. (2021). Resilience in developmental systems: Principles, pathways, and protective processes in research and practice. In M. Ungar (Ed.), *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change* [Online image] <https://resilienceresearch.org/wp-content/uploads/2021/02/Multisystemic-Resilience.pdf>

Masten, A. S. (2021). Resilience in developmental systems: Principles, pathways, and protective processes in research and practice. In M. Ungar (Ed.), *Multisystemic resilience:*

Adaptation and transformation in contexts of change (pp. 113–134). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0007>

Masten, A. S., & Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. In *Resilience in Children* (pp. 13-27). (Annals of the New York Academy of Sciences; Vol. 1094). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.003>

Masten, A.S. (2013). Afterword: What We Can Learn from Military Children and Families. *The Future of Children* 23(2), 199-212. doi:10.1353/foc.2013.0012.

Maul, S., Giegling, I., Fabbri, C., Corponi, F., Serretti, A., & Rujescu, D. (2019). Genetics of resilience: Implications from genome-wide association studies and candidate genes of the stress response system in posttraumatic stress disorder and depression. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 183(2), 77-94. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32763>

McEwen, B. S. (2016). In pursuit of resilience: stress, epigenetics, and brain plasticity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373(1), 56-64. <https://doi.org/10.1111/nyas.13020>

McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the Individual. *Archives of Internal Medicine*, 153(18). <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>

Meredith, L. S., Sherbourne, C. D., Gaillot, S. J., Hansell, L., Ritschard, H. V., Parker, A. M., & Wrenn, G. (2011). Promoting Psychological Resilience in the U.S. Military. *Rand health quarterly*, 1(2), 2.

Milanović, Z., Pantelić, S., Trajković, N., Sporiš, G., Kostić, R., & James, N. (2013). Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women. *Clinical interventions in aging*, 8, 549–556. <https://doi.org/10.2147/CIA.S44112>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020a). Retrieved March 23, 2022, from <https://www.mzcr.cz/category/uredni-deska/rozhodnuti-ministerstva-zdravotnictvi/aktualni-mimoradna-a-ochranna-opatreni-ke-covid-19/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020b).: Jaké možnosti mám jako senior? Kam se mohu obrátit pro pomoc? Retrieved March 23, 2022, from <https://koronavirus.mzcr.cz/jake-moznosti-mam-jako-senior-kam-se-mohu-obratit-pro-pomoc/>

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada.

Morin, R. T., Galatzer-Levy, I. R., Maccallum, F., & Bonanno, G. A. (2017). Do multiple health events reduce resilience when compared with single events? *Health Psychology*, 36(8), 721–728. <https://doi.org/10.1037/hea0000481>

Morse, J. M. (2016). *Mixed method design: Principles and procedures*. Routledge.

Murman D. L. (2015). The Impact of Age on Cognition. *Seminars in hearing*, 36(3), 111–121. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>

Neugarten, B. L. (1966). Adult personality: A developmental view. *Human Development*, 9(1/2), 61-73.

Notebaert, L., Crombez, G., Vogt, J., De Houwer, J., Van Damme, S., & Theeuwes, J. (2011). Attempts to control pain prioritize attention towards signals of pain: An experimental study. *Pain*, 152(5), 1068-1073. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.01.020>

Novotný, J. S. (2014). Resilience versus resilientní jedinec": co vlastně zkoumáme? *Psychologie a Její Kontexty / Psychology*, 5(1), 3-14.

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International journal of qualitative methods*, 16(1), 1609406917733847.

Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1-11. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(02\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00118-5)

Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., & Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 127, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.048>

Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A. III, Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4(5), 35–40.

Pangallo, A., Zibarras, L. D., Lewis, R. & Flaxman, P. (2015). Resilience Through the Lens of Interactionism: A Systematic Review. *Psychological Assessment*, 27(1), pp. 1-20. doi: 10.1037/pas0000024

Park, J. W., Mealy, R., Saldanha, I. J., Loucks, E. B., Needham, B. L., Sims, M., Fava, J. L., Dulin, A. J., & Howe, C. J. (2022). Multilevel resilience resources and cardiovascular disease in the United States: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology*, 41(4), 278–290. <https://doi.org/10.1037/hea0001069>

Parsons, S., Kruijt, A. W., & Fox, E. (2016). A Cognitive Model of Psychological Resilience. *Journal of Experimental Psychopathology* [Online image]. https://www.researchgate.net/figure/An-information-processing-model-of-psychological-resilience_fig1_304492308

Parsons, S., Kruijt, A. W., & Fox, E. (2016). A Cognitive Model of Psychological Resilience. *Journal of Experimental Psychopathology*, 7(3), 296-310. <https://doi.org/10.5127/jep.053415>

Pearman, A., Hughes, M. L., Smith, E. L., & Neupert, S. D. (2021). Age differences in risk and resilience factors in COVID-19 related stress. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e38-e44.

Pearson, C. M., Roux-Dufort, C., & Clair, J. A. (2007). *International handbook of organizational crisis management*. Sage publications.

Pfau, M. L., & Russo, S. J. (2015). Peripheral and central mechanisms of stress resilience. *Neurobiology of stress*, 1, 66-79

Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2011). Psychological resilience in OEF–OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *Journal of affective disorders*, 133(3), 560-568.

Plano Clark, V. L., Huddleston-Casas, C. A., Churchill, S. L., O'Neil Green, D., & Garrett, A. L. (2008). Mixed Methods Approaches in Family Science Research. *Journal of Family Issues* [Online image].https://www.researchgate.net/figure/Four-Major-Mixed-Methods-Designs-This-figure-is-based-on-Cre-swell-and-Plano-Clarks_fig1_228670074

Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>

Právě teď! o.p.s. (2022). Retrieved March 23, 2022, from <https://pravetedops.cz/kalendar-akci/>

Prout, T. A., Malone, A., Rice, T., & Hoffman, L. (2019). Resilience, defense mechanisms, and implicit emotion regulation in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 49(4), 235–244. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09423-w>

Provalis Research (2020). QDA Miner 6 [Computer software]. <https://provalisresearch.com/products/qualitative-data-analysis-software/>

Příhoda, V. (1974). *Ontogeneze lidské psychiky IV*. Praha: SPN. ISBN 14-429-74.

Raghavan, S. S., & Sandanapitchai, P. (2019). Cultural Predictors of Resilience in a Multinational Sample of Trauma Survivors. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00131>

Ratcliff, N. J., Mahoney-Nair, D. T., & Goldstein, J. R. (2019). The Area of Resilience to Stress Event ({ARSE}): A New Method for Quantifying the Process of Resilience. *The Quantitative Methods for Psychology*, 15(2), 148-173. <https://doi.org/10.20982/tqmp.15.2.p148>

Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (Eds.). (2010). Handbook of adult resilience. Guilford Press.

Renovica, V. (2022). Válek pro Blesk: Omikron je plamenomet, lockdown by byl ale mé selhání. Omezení péče mám v šuplíku. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Retrieved March 23, 2022, from <https://www.mzcr.cz/valek-pro-blesk-omikron-je-plamenomet-lockdown-by-byl-ale-me-selhani-omezeni-pece-mam-v-supliku/>

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.

Roberts, K.H., Madsen, P. and Desai, V. (2007) Organizational Sensemaking during Crisis. In: Pearson, C.M., Roux-Dufort, C. and Clair, J.A., Eds., *International Handbook of Organizational Crisis Management*, Sage Publications, Los Angeles, 109-122. <http://dx.doi.org/10.4135/9781412982757.n4>

Roychowdhury, D. (2020). 2019 novel coronavirus disease, crisis, and isolation. *Frontiers in Psychology*, 1958.

Russo, S. J., Murrough, J. W., Han, M. -H., Charney, D. S., & Nestler, E. J. (2012). Neurobiology of resilience. *Nature Neuroscience*, 15(11), 1475-1484. <https://doi.org/10.1038/nn.3234>

Ruth, M., & Goessling-Reisemann, S. (2019). *Handbook on Resilience of Socio-Technical Systems*. Edward Elgar Publishing.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626–631. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-)

Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. In B. M. Lester, A. Masten, & B. McEwen (Eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 1094. Resilience in children* (p. 1–12). Blackwell Publishing

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>

Seaton, C. L., & Beaumont, S. L. (2015). Pursuing the good life: A short-term follow-up study of the role of positive/negative emotions and ego-resilience in personal goal striving and eudaimonic well-being. *Motivation and Emotion*, 39(5), 813-826.

Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025–1041. <https://doi.org/10.1037/a0021344>

Seery, M. D., Leo, R. J., Lupien, S. P., Kondrak, C. L., & Almonte, J. L. (2013). An Upside to Adversity?. [Online image] <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.892.4343&rep=rep1&type=pdf>

Seery, M. D., Leo, R. J., Lupien, S. P., Kondrak, C. L., & Almonte, J. L. (2013). An Upside to Adversity?. *Psychological Science*, 24(7), 1181-1189. <https://doi.org/10.1177/0956797612469210>

Shahzad, B., & Collard, J. (2019). The Role of Functional and Dysfunctional Negative Emotions, Resilience and Mindfulness in Well-Being. *Psychol Behav Sci Int J*, 13(2), 001-0012.

Schoonenboom, J., & Johnson, R. B. (2017). How to construct a mixed methods research design. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(2), 107-131.

Schwalm, F. D., Zandavalli, R. B., de Castro Filho, E. D., & Lucchetti, G. (2021). Is there a relationship between spirituality/religiosity and resilience? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105320984537>

Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., Mayes, L. C., & Southwick, S. M. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual?. *Ecology and society*, 20(4).

Skodol, A. E. (2010). The resilient personality. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 112–125). The Guilford Press

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-200.

Smith, M. L., Steinman, L. E., & Casey, E. A. (2020). Combatting Social Isolation Among Older Adults in a Time of Physical Distancing: The COVID-19 Social Connectivity Paradox[Online image]. https://www.researchgate.net/figure/The-COVID-19-social-connectivity-paradox_fig1_343104576

Smith, M. L., Steinman, L. E., & Casey, E. A. (2020). Combatting Social Isolation Among Older Adults in a Time of Physical Distancing: The COVID-19 Social Connectivity Paradox. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00403>

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>

Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., & Wood, S. J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 725-732. <https://doi.org/10.1111/eip.12726>

Steptoe, A., & Feldman, P. J. (2001). Neighborhood problems as sources of chronic stress: development of a measure of neighborhood problems, and associations with socioeconomic status and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(3), 177-185. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2303_5

Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative research*, 4(1), 107-118.

Swift, H. J., Vaclair, C. M., Abrams, D., Bratt, C., Marques, S., & Lima, M. L. (2014). Revisiting the paradox of well-being: the importance of national context. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 69(6), 920–929. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu011>

Švancara, J. (1983). Otázky implementace ve vývojové psychologii [Questions of implementation in developmental psychology]. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi*, 27(1), 35–38.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Target Article: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

The jamovi project (2021). jamovi (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>

Thomas, J. E., Eisenberg, D. A., Seager, T. P., & Fisher, E. (2019). A resilience engineering approach to integrating human and socio-technical system capacities and processes for national infrastructure resilience. *Journal of Homeland Security and Emergency Management*, 16(2). <https://doi.org/10.1515/jhsem-2017-0019>

Thomas, M.L., Kaufmann, C.N., Palmer, B.W., Depp, C.A., Martin, A.S., Glorioso, D., Thompson, W.K., & Jeste, D.V. (2016). Paradoxical Trend for Improvement in Mental Health With Aging: A Community-Based Study of 1,546 Adults Aged 21-100 Years. *The Journal of clinical psychiatry*, 77 8, e1019-25 .

Tong, X., & Zhang, H. (2020). A Comprehensive Analytical Framework for Risks, Disasters and Crises. In *China's Emergency Management* (pp. 3-40). Springer, Singapore.

Tracey, I., & Mantyh, P. W. (2007). The Cerebral Signature for Pain Perception and Its Modulation. *Neuron*, 55(3), 377-391. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.07.012>

Trompetter, H. R., Kleine, E., & de Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>

Ungar, M. (2021). Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change. *resilienceresearch*. Oxford University Press. Retrieved from <https://resilienceresearch.org/wp-content/uploads/2021/02/Multisystemic-Resilience.pdf>.

Ungar, M., & Theron, L. (2020). Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 441-448.

Ungar, M., & Theron, L.C. (2019). Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes [Online image]. <https://www.semanticscholar.org/paper/Resilience-and-mental-health%3A-how-multisystemic-to-Ungar-Theron/b6aaf807fe3032f74a3b263249cce33dc5adc7ea>

Ungar, M., Theron, L., Murphy, K., & Jefferies, P. (2021). Researching Multisystemic Resilience: A Sample Methodology. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.607994>

Usher, K., Bhullar, N., & Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2756-2757. <https://doi.org/10.1111/jocn.15290>

Útvar koordinace evropských projektů města Plzně. (2014). *Metody výzkumu*. Retrieved January 20, 2022, from (2014). Retrieved March 23, 2022, from http://www.ukep.eu/Vzdelavani/005_skoleni_11.6.2014/MV_final_11.6.2014.pdf

van Abbema, R., Bielderma, A., De Greef, M., Hobbelen, H., Krijnen, W., & van der Schans, C. (2015). Building from a conceptual model of the resilience process during ageing, towards the Groningen Aging Resilience Inventory. *Journal of advanced nursing*, 71(9), 2208-2219. <https://doi.org/10.1111/jan.12685>

Vangelisti, A. L., & Brody, N. (2020). The physiology of social pain: Examining, problematizing, and contextualizing the experience of social pain. In L. S. Aloia, A. Denes, & J. P. Crowley (Eds.), *The Oxford handbook of the physiology of interpersonal communication* (pp. 48–68). Oxford University Press

Vannini, P., Gagliardi, G.P., Kuppe, M.K., Dossett, M.L., Donovan, N.J., Gatchel, J.R., Quiroz, Y.T., Premnath, P.Y., Amariglio, R.E., Sperling, R.A., & Marshall, G.A. (2021). Stress, resilience, and coping strategies in a sample of community-dwelling older adults during COVID-19. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 176 - 185.

Vlčková, K., & Lojdová, K. (2016). Když čísla a slova spolupracují: smíšený design v ukázkách z výzkumu moci ve školní třídě. *Pedagogická orientace*, 26(3), 482-511.

Vogl, S. (2013). Telephone versus face-to-face interviews: Mode effect on semistructured interviews with children. *Sociological Methodology*, 43(1), 133-177.

Vos, J. (2021). *The psychology of Covid-19: building resilience for future pandemics*. SAGE Publications.

Waterschoot, J., Morbée, S., Vermote, B., Brenning, K., Flamant, N., Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2022). Emotion regulation in times of COVID-19: A person-centered approach based on self-determination theory. *Current Psychology*, 1-15.

Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing With Feeling: A Meta-Analysis of the Effectiveness of Strategies Derived From the Process Model of Emotion Regulation. *Psychological bulletin*, 138(4), 775-808. <https://doi.org/10.1037/a0027600>

Wermelinger Ávila, M. P., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2017). Association between depression and resilience in older adults: a systematic review and meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(3), 237-246. <https://doi.org/10.1002/gps.4619>

Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins?. *Applied Psychology*, 56(3), 417-427. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>

Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 1-18.

Wright, M. O., & Masten, A. S. (2005). Resilience Processes in Development: Fostering Positive Adaptation in the Context of Adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (p. 17–37). Kluwer Academic/Plenum Publishers. https://doi.org/10.1007/0-306-48572-9_2

Yao, Z. -F., & Hsieh, S. (2019). Neurocognitive Mechanism of Human Resilience: A Conceptual Framework and Empirical Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph16245123>

Yi, F., Li, X., Song, X., & Zhu, L. (2020). The underlying mechanisms of psychological resilience on emotional experience: attention-bias or emotion disengagement. *Frontiers in Psychology*, 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01993

Zautra, A. J., & Reich, J. W. (2012). Resilience: The meanings, methods, and measures of a fundamental characteristic of human adaptation. In *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (pp. 173–185). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195375343.013.0009>

Zautra, A.J., Hall, J.S., & Murray, K.E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. In J.R. Reich, A.J. Zautra, & J.S. Hall. *Handbook of Adult Resilience* (pp. 3-30). New York: Guilford https://www.researchgate.net/publication/232581337_Resilience_A_new_definition_of_health_for_people_and_communities

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2016). The development of coping: Implications for psychopathology and resilience. *Developmental psychopathology*, 1-61.

Život 90. (2022). Retrieved March 23, 2022, from <https://www.zivot90.cz/cs/komunita/prednasky-online>

12 Seznam obrázků:

Obrázek 1	Systemický model resilience	8
Obrázek 2	Dvoucestný model resilience.....	11
Obrázek 3	Trajektorie resilience po akutním traumatu.....	13
Obrázek 4	Trajektorie po chronické těžké nepřízni	14
Obrázek 5	Vztah mezi kardiovas. reaktivitou a počtem nepříznivých situací.....	25
Obrázek 6	Model psychické resilience založený na zpracování informací	26
Obrázek 7	Model psychologické imunity a psychologické elasticity (PI-PE).....	28
Obrázek 8	Aplikace modelu resilience od Národní akademie věd v gerontologii	34
Obrázek 9	Koncepční rámec aktivace odolnosti.....	37
Obrázek 10	Paradox sociální konektivity	38
Obrázek 11	Schéma kombinovaného výzkumu	47
Obrázek 12	Graf distribuce pohlaví v kvantitativní části	61
Obrázek 13	Graf distribuce věku v kvantitativní části	62
Obrázek 14	Graf distribuce vzdělání v kvantitativní části.....	63
Obrázek 15	Graf distribuce bydliště v kvantitativní části	63
Obrázek 16	Histogram distribuce odpovědí na 1. otázku kvantitativní části	65
Obrázek 17	Histogram distribuce odpovědí na 2. otázku kvantitativní části	66
Obrázek 18	Histogram distribuce výsledků CD-RISC-25.....	67
Obrázek 19	Graf vytvořených skupin v kvantitativní části	69
Obrázek 20	Tématická mapa	70

13 Seznam tabulek:

Tabulka 1 Charakteristiky výběrového souboru ve kvalitativní části výzkumu.....	59
Tabulka 2 Distribuce odpovědí ve kvalitativní fázi na 1. otázku dotazníku.....	60
Tabulka 3 Distribuce odpovědí ve kvalitativní fázi na 2. otázku dotazníku.....	60
Tabulka 4 Demografické údaje kvantitativní části: pohlaví	61
Tabulka 5 Demografické údaje kvantitativní části: věk	62
Tabulka 6 Demografické údaje kvantitativní části: vzdělání	62
Tabulka 7 Demografické údaje kvantitativní části: bydliště	63
Tabulka 8 Demografické údaje kvalitativní části: pohlaví	64
Tabulka 9 Demografické údaje kvalitativní části: věk	64
Tabulka 10 Demografické údaje kvalitativní části: vzdělání	64
Tabulka 11 Demografické údaje kvalitativní části: bydliště	64
Tabulka 12 Distribuce odpovědí ve kvantitativní fázi na 1. otázku dotazníku.....	65
Tabulka 13 Distribuce odpovědí ve kvantitativní fázi na 2. otázku dotazníku.....	66
Tabulka 14 Popisná statistika 1. sekce dotazníku pro kvantitativní část	66
Tabulka 15 Popisná statistika škály resilience ve kvantitativní části	67
Tabulka 16 Rozpad výsledků resilience do kvartilů v kvantitativní části	68
Tabulka 17 Rozpad výsledků CD-RISC-25 do subškál v kvantitativní části	68
Tabulka 18 Popisná statistika skóre na CD-RISC-25 u vytv. skupin v kvant. části	69
Tabulka 19 Znázornění tématu I. ve kvalitativní části	70
Tabulka 20 Znázornění tématu II. ve kvalitativní části	75
Tabulka 21 Znázornění tématu III. ve kvalitativní části.....	80
Tabulka 22 Znázornění tématu IV. ve kvalitativní části.....	85
Tabulka 23 Znázornění tématu V. ve kvalitativní části	89
Tabulka 24 Ukázka kódů podtématu: Negativní pocity	94
Tabulka 25 Frekvence typů resilience v kvalitativní části.....	94
Tabulka 26 Shrnutí výsledků výzkumu – VO1	95
Tabulka 27 Shrnutí výsledků výzkumu – VO2	95
Tabulka 28 Shrnutí výsledků výzkumu – VO3	96
Tabulka 29 Shrnutí výsledků výzkumu – VO4	97

Seznam zkratk:

APA	Americká psychologická asociace
CD-RISC-25	Connor-Davidsonova škála resilience (verze s 25 položkami)
PTSD	Post traumatická stresová porucha (<i>Post-traumatic stress disorder</i>)
PI-PE	Model psychologické imunity a psychologické elasticity
SD	Směrodatná odchylka (<i>Standard deviation</i>)
VO	Výzkumná otázka

Příloha 1.

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

ÚVOD

1. Představení sama sebe, cíl rozhovoru (žádné špatné odpovědi; snaha porozumět respondentovu pohledu na svět a jeho vnímání vzniklé situace, dobrovolná účast, mohou skončit, zeptat se na cokoliv), trvání 40-60 minut
2. Souhlas s účastí, nahráváním
3. „*Ještě než přejdeme k samotnému rozhovoru, zajímalo by Vás něco, máte na mě otázku?*“

OTÁZKY

1. **Jak vnímáte situaci spojenou s pandemií nového typu koronaviru?**
→ Objevily se u příležitosti nebo radosti, které vznikly v návaznosti na koronavirovou situaci?
→ Objevily se u Vás obtíže/ těžkosti, v návaznosti na tuto situaci?
2. **Kde jste získával/a informace o průběhu pandemie? Koho považujete za důvěryhodného a koho naopak ne? Kdo pro Vás působil jako autorita?**
3. **Jak jste byl/a odolný/á vůči těžkostem a opatřením proti šíření koronaviru?**
→ CO nejvíce pomohlo
→ ČINNOSTI
→ MYŠLENKY
→ KDY, JAK (konkrétně, příklad)
4. **Jak se proměňovalo Vaše vnímání pandemické situace a dopadu na Vás v čase od jejího vypuknutí?**

ZAČÁTEK (Jaro–Léto 2020) – PRŮBĚH (Podzim 2020 – Jaro 2021) - POSLEDNÍ MĚSÍCE (Léto 2021)

- Které období bylo pro Vás nejtěžší?
- Co se stalo, že se to pak zlepšilo?
- Co jste dělal jiného, že toto období bylo lepší?
- Jak si vysvětlujete, že...že?

5. **Zažil/a jste v životě těžké časy, se kterými jste si poradil a zkušenosti z těchto těžkostí Vám pomohly v pandemické situaci?**
→ JAKÉ KONKRÉTNÍ POUČENÍ, STRATEGIE, CO TO BYLO

ZÁVĚR

- „Na závěr, pokud bystě měl/a za úkol shrnout pár větami, co Vám pandemie dala a vzala, co by to bylo?
- Poděkování
- Informování o chystané přednášce, máte zájem o informování, otázka?