

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Markéta Jiroutová

**Sociální opora jako možný prediktor duševního
zdraví v období pandemie
COVID-19**

**The social support as possible predictor of mental health during the COVID-19
pandemic**

Praha 2022

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Ivana Šípová, Ph.D.

Děkuji vedoucí své práce Mgr. Ivaně Šípové, Ph.D. za velkou trpělivost, podporu, cenné rady a vedení během celého procesu psaní této práce. Velké díky patří také rodině a všem přátelům, kteří mě podporovali během psaní i během celého studia. Davidovi moc děkuji za závěrečnou podporu.

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

V Praze dne 10. 4. 2022

.....
Markéta Jiroutová

Abstrakt

Pandemie Covid-19, která zasáhla celý svět, přinesla do životů lidí mnoho důsledků. Nebyly to jen následky na fyzickém zdraví lidí, ale došlo i ke zhoršení duševního zdraví v populaci oproti době před pandemií. Tato diplomová práce zkoumá, co v této době může duševní zdraví lidí podporovat. Jedním z možných prediktorů duševního zdraví je sociální opora. Tato práce si klade za cíl zjistit, zda se prokáže jako prediktor duševního zdraví i v době pandemie, kdy sociální kontakty jsou nuceně omezené a lidé se mohou snadno dostávat do sociální izolace. Literárně-přehledová část se zabývá konceptem duševního zdraví a well-beingem, duševním zdravím během pandemie, konceptem sociální opory a jejím působením na duševní zdraví. Ve výzkumné části byla analyzována data z dotazníkového šetření proběhlého v rámci mezinárodního výzkumu. Sběr dat proběhl mezi prosincem 2020 a lednem 2021, kdy byla v České republice pandemická situace jedna z nejhorších v Evropě. Vícečetná regresní analýza ukázala, že vnímaná sociální opora ze strany rodiny, vlády a práce je signifikantním prediktorem duševního zdraví v kontextu pandemie.

Klíčová slova:

Well-being, duševní zdraví, sociální opora, pandemie Covid-19

Abstract

The Covid-19 pandemic, which affected the whole world, has had many consequences for people's lives. These were not only the consequences for the physical health, but also the deterioration of the mental health of the population compared to the period before the pandemic. This diploma thesis examines what can support people's mental health at this time. One of the possible predictors of mental health is social support. This thesis aims to find out whether it proves to be a predictor of mental health even in a pandemic, when social contacts are forcibly limited and people can easily get into social isolation. The literature review part deals with the concept of mental health and well-being, mental health during the pandemic, the concept of social support and its impact on mental health. In the research part, data from a questionnaire survey conducted within the framework of international research were analyzed. Data collection took place between December 2020 and January 2021, when the pandemic situation in the Czech Republic was one of the worst in Europe. Multiple regression analysis showed that perceived social support from family, government and work is a significant predictor of mental health in the context of a pandemic.

Key Words:

Well-being, mental health, social support, Covid-19 pandemic

Obsah

Úvod.....	9
Literárně přehledová část.....	12
1. Duševní zdraví a well-being.....	13
1.1 Vývoj pohledu na lidské zdraví.....	13
1.1.1 Pojetí duševního zdraví.....	13
1.1.2 Pozitivní psychologie a zaměření na pozitivní jevy v životě člověka.....	15
1.2 Well-being.....	16
1.2.1 Sociodemografické charakteristiky a well-being.....	20
1.2.2 Mental Health Continuum.....	21
1.3 Zátěž a protektivní faktory.....	22
1.3.1 Stres a stresory.....	22
1.3.2 Subjektivní hodnocení a individuální zvládání zátěže, coping.....	25
1.4 Duševní zdraví a pandemie COVID-19.....	27
2. Sociální opora.....	29
2.1 Druhy sociální opory.....	30
2.1.1 Vnímaná a získaná sociální opora.....	31
2.2 Sociální opora a její působení na duševní zdraví.....	32
2.3 Zdroje sociální opory.....	34
2.4 Sociální opora a well-being v kontextu sociodemografických charakteristik.....	36
2.5 Sociální opora a sociální izolace v rámci pandemie.....	37
2.6 Metody měření sociální opory.....	40
Výzkumná část.....	42
3. Úvod.....	43
3.1 Teoretická východiska a cíl výzkumu.....	43
3.2 Výzkumný problém a výzkumné otázky.....	43

4.	Metody.....	45
4.1	Výzkumný design.....	45
4.2	Proměnné.....	45
4.3	Výběr respondentů z populace.....	46
4.4	Proces sběru dat.....	46
4.5	Použité nástroje.....	47
4.5.1	Mental Health Continuum – SF.....	47
4.5.2	GAD-7.....	48
4.5.3	Sociální opora.....	49
4.5.4	Psychosomatické projevy.....	49
4.5.5	Dopady pandemie Covid-19.....	49
4.6	Etika výzkumu.....	49
5.	Výsledky.....	51
5.1	Způsob zpracování dat.....	51
5.2	Analýza dat.....	51
5.3	Sociodemografické charakteristiky výzkumného souboru.....	51
5.4	Deskriptivní statistika analyzovaných proměnných.....	53
5.5	Korelační analýza.....	56
5.6	Regresní analýza.....	57
5.6.1	Duševní zdraví.....	57
5.6.2	Well-being (MHC-SF).....	58
5.6.3	Úzkostnost (GAD-7).....	58
5.6.4	Psychosomatické projevy.....	59
6.	Diskuse.....	61
6.1	Shrnutí výsledků.....	61
6.1.1	Zahrnutí dalších zdrojů.....	62
6.2	Porovnání výsledků s dalšími výzkumy.....	62

6.3	Limity výzkumu.....	64
6.4	Přínosy a návrhy pro další směřování.....	66
	Závěr.....	68
	Seznam použitých zdrojů.....	70
	Seznam tabulek, grafů a obrázků.....	79
	Příloha 1. Dotazník MHC-SF.....	80
	Příloha 2. Dotazník GAD-7.....	81
	Příloha 3. Sociální opora.....	82
	Příloha 4. Psychosomatické projevy.....	83
	Seznam použitých zkratk.....	84

Úvod

Poslední roky přinesly celému světu dlouho nezažitá, a pro mnohé generace zcela nová omezení a změny v životech. Na sklonku roku 2019 se z čínského Wu-Chanu začaly šířit první zprávy o novém smrtícím koronaviru. Na začátku roku 2020 se první případy objevily v Evropě. Nikdo tehdy asi zcela nečekal, že se brzy ocitneme na počátku celosvětové pandemie vyvolané tímto koronavirem, pojmenovaným nově jako SARS-CoV-2, způsobujícím onemocnění Covid-19 (dále jen jako „koronavirus“ a „pandemie Covid-19“ nebo jen „pandemie“), která do jisté míry ovlivní životy nás všech. Rychlé šíření neviditelného viru mezi lidmi, vysoká úmrtnost na následné onemocnění zejména u rizikové populace a dosud pouze malé informace o způsobu nákazy a chování koronaviru způsobily mnoho celosvětových a celospolečenských dopadů.

Vláda a vládní instituce se skrz omezující opatření snažily zastavit šíření pandemie. V březnu 2020 přistoupila vláda ČR k vyhlášení nouzového stavu a svými usneseními začala vydávat krizová opatření, která lidem přinesla dlouho nepocitěná omezení – došlo ke znovuzavedení ochrany vnitřních hranic ČR a omezení vstupu pro cizince přicházející z rizikových oblastí, a podobně došlo k omezení možnosti vycestování českých občanů do těchto oblastí. Následovaly zákazy pořádání kulturních a dalších hromadných akcí, byla zakázána školní docházka na základní, střední i vysoké školy. V rádech dnů byla vydávána další omezující opatření včetně zákazu maloobchodního prodeje a služeb a volného pohybu osob. Vzhledem k rizikovosti došlo také k zákazu vycházení mimo zařízení směřovaného na klienty vybraných zařízení sociálních služeb, například domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem, kde byly zároveň významně omezeny i návštěvy (Úřad vlády, 2020). Pandemie přinesla zároveň mnoho ekonomických dopadů, zhoršila se zejména ekonomická situace v sektorech jako je cestovní ruch, vzdělání, obchod, služby a průmysl. Zhoršila se i situace ve zdravotnictví a se zvyšujícími se nárůsty nakažených a hospitalizovaných chyběl zdravotnický personál.

Dopady pandemie však nezahrnovaly jen ztráty na životech, poškození fyzického zdraví lidí a sociální či ekonomické dopady. Byl zaregistrován zvýšený výskyt duševních onemocnění v dospělé české populaci – v roce 2017 prožívalo některé z duševních

onemocnění 20 % lidí, v roce 2020 během pandemie to bylo už ke 30 %, přičemž prevalence depresivní poruchy a rizika sebevražedného chování se dokonce ztrojnásobila (Winkler et al., 2020). Začalo se tedy ukazovat, že pandemie a její dopady neovlivňují negativně pouze fyzické zdraví, ale že se podílí i na zhoršení duševního zdraví lidí v populaci.

Opatření proti pandemii spočívají ve velké míře v omezení sociálních kontaktů. Díky tomu se mnoho lidí najednou ocitlo v sociální izolaci. Z longitudinálních studií o lidské spokojenosti a zdraví přitom víme, že kvalitní mezilidské vztahy jsou nesmírně důležité a mají prokazatelný pozitivní vliv na zdraví a spokojenost, zatímco u sociální izolace je tomu naopak (např. Waldinger & Schulz, 2010). Nejohroženější skupiny v rámci pandemie jsou hlavně senioři a lidé s chronickými onemocněními. Zároveň starší osoby mají méně často přístup k moderním komunikačním technologiím umožňujícím kontakt s blízkými osobami na dálku, a izolace pro ně může být ještě více ohrožující. Nemalé riziko je ale i u adolescentů, pro které je role sociálních vztahů a interakcí vývojově obzvlášť důležitá. Z mnohých výzkumů víme, že sociální opora z různých zdrojů přitom pomáhá lidem překonávat překážky spojené s náročnými životními situacemi (např. Srensen et al., 2011). Pandemie přinesla do životů lidí mnoho obav a nejistoty. Udržování sociálních vztahů a sociální opora mohou v této situaci sloužit jako protektivní faktor s ohledem na lidské zdraví a well-being. Vybrala jsem si toto téma proto, že právě mezilidské vztahy mohou být během pandemie ohroženy. Tato práce si klade za cíl zmapovat, zda sociální opora může fungovat i v rámci nutných omezení. Zajímá mě, zda se mezi sebou budou lišit jednotlivé zdroje sociální opory – z rodiny, od přátel nebo ze zaměstnání, jakožto prediktory duševního well-beingu a duševního distressu, a jakou roli budou hrát sociodemografické charakteristiky.

V době dokončování této práce (březen 2022) se sice koronavirus v populaci stále vyskytuje, nicméně s dostupným očkováním, testováním i výskytem mutací koronaviru s méně závažnými příznaky se nejpřísnější protipandemická opatření postupně ruší a izolace a sociální omezení kontaktů již nejsou na denním pořádku. Čelíme však další krizi s celosvětovým dopadem, když došlo k invazi ruských ozbrojených sil na Ukrajinu, která 25. února 2022 vyhlásila válečný stav. Ozbrojený konflikt a jeho následky vyvolal mnoho celospolečenských dopadů, např. vzednutí solidarity vůči lidem zasaženým válečným konfliktem nebo pomoc uprchlíkům utíkajícím do České republiky před válkou. Je to další

krize a období nejistoty, které představuje vysokou psychickou zátěž a může mít kromě dalšího negativní dopad i na duševní zdraví. Sociální opora, jako možný prediktor duševního zdraví v době krize, může hrát protektivní roli i v současné situaci.

V literárně-přehledové části, která je rozdělena do dvou hlavních kapitol, se nejprve zaměřím na obecnější pohled na duševní zdraví a na to, jak se tento pohled historicky vyvíjel. Detailněji se budu v rámci duševního zdraví věnovat konceptu osobní pohody jedince (well-beingu) a popíši jeho nejzásadnější teoretická východiska. Dále zmíním teoretická východiska zátěže a stresu, co pomáhá při jejich zvládnutí a jaké protektivní faktory jsou při tom důležité. Do této kapitoly jsem zařadila i bližší pohled na dopady pandemie na duševní zdraví. Jedním z důležitých protektivních faktorů, kterému se budu věnovat podrobně ve druhé kapitole, je sociální opora. Ta hraje při zvládnutí zátěžových situací významnou roli, a sociální izolace ji může do jisté míry narušovat. Detailněji popíši mechanismy, jakými sociální opora může působit na duševní zdraví a distress, a jak se to projevuje během pandemie. Na teoretickou část naváže empirická část, která má za cíl ověřit poznatky definované v první polovině práce. Budu ověřovat, zda se v kontextu pandemie prokáže prediktivní síla vnímané sociální opory na míru duševního zdraví a distressu. Data pro analýzu jsou získána z mezinárodního výzkumu salutogeneze a duševního zdraví, který byl uskutečněn v ČR na přelomu let 2020 a 2021, přičemž tento výzkum, jeho metody a následná analýza budou v empirické části dále podrobně popsány. Zároveň výzkum salutogeneze, jehož součástí bylo i zkoumání sociální opory jako jednoho z prediktorů duševního zdraví, probíhal i v dalších zemích světa (Mana et al., 2021). Výsledky tedy budou interpretovány i v kontextu těchto studií. V celé práci je použita citační norma podle APA, 7. vyd. (American Psychological Association, 2020).

Literárně přehledová část

1 Duševní zdraví a well-being

1.1 Vývoj pohledu na lidské zdraví

Pohled na fyzické i duševní lidské zdraví se v historii několikrát významně proměnil. V prehistorickém pojetí byly duše a tělo silně propojené. Lidé si nemoc vysvětlovali magickým myšlením a její léčba byla spojena s vymítáním zlého ducha a s jinými ceremoniály (Svoboda et al., 2012). V antickém Řecku pohlíželi na nemoc jako na nerovnováhu v proudění tělesných tekutin (Taylor, 2015). Ve středověku byla duševní nemoc démonizována a nemocný byl považován za posedlého zlými duchy (Svoboda et al., 2012). Začátek biomedicínského pojetí zdraví přišel až během renesance s pokrokem techniky a vědeckého poznání (Taylor, 2015). Biomedicínský model pojímal nemoc jako poruchu funkce tělesných orgánů, byl tedy zaměřen převážně na patologii. Sociální a psychologické faktory byly dlouho přehlíženy. Bio-psycho-sociální model zdraví se začal formovat až během minulého století. Jeho podstatou je pojetí zdraví a nemoci jako souhry nejen biologických, ale i psychologických a sociálních faktorů (Taylor, 2015). Světová zdravotnická organizace (WHO, 1946) v preambuli ke své Ústavě definovala zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“. Došlo tedy k posunu vnímání zdraví nejen jako nepřítomnosti nemoci, ale jako obecné pohody člověka ve všech ohledech. Podobně duševní zdraví je podle WHO víc než pouhá absence duševního onemocnění. Je to neoddelitelná část zdraví, která je determinována socioekonomickými, biologickými a environmentálními faktory. Je to stav osobní pohody jedince, kdy je schopen používat vlastní schopnosti, vyrovnávat se s běžnými stresovými událostmi v životě, je schopný produktivní práce a je schopný přispět své komunitě (WHO, 2018). Pohled na zdraví, který je v současné době přijímán WHO, je pohled na zdraví jako na kompletní stav, zahrnující pozitivní fungování jedince, stejně jako nepřítomnost nemoci a jejích příznaků (Keyes, 2007).

1.1.1 Pojetí duševního zdraví

Kromě výše uvedené změny došlo i k novému pohledu na vztah samotného zdraví a nemoci. Po převládajícím paradigmatu patogenetického pojetí, které se orientovalo převážně na nemoc a na to, co jí způsobilo, se objevilo pojetí salutogenetické. To se zaměřilo na obecné faktory podpory zdraví. Salutogenezi se zabýval Aaron Antonovsky, který tento přístup představil ve své publikaci *Zdraví, stress a coping* (1979). Jeho hlavní otázkou bylo, jaký je vlastně původ zdraví, a zaměřil svou pozornost víc na studium zdraví než na původ nemoci. Odmítal také dichotomické rozdělení na *nemocný* a *zdravý*, a navrhoval raději pohled skrze kontinuum mezi nemocí a zdravím, kde zdraví je pouze jedna dimenze tohoto kontinua. Zajímalo ho, co může jedince na této škále posunout směrem k *ease* (pohodě, oproti *disease* – nemoci, neduhu), bez ohledu na výchozí bod, kde se jedinec na škále nachází (Mittelmark et al., 2017). Antonovsky nesouhlasil s WHO definicí zdraví, podle něj nelze takto zdraví operacionalizovat a proto měřit. Podle něj také nelze zaměňovat well-being s definicí zdraví. Well-being podle Antonovského je mnohem širší oblast, kde zdraví, podle jeho pojetí, je pouze jednou z jeho dimenzí (Mittelmark et al., 2017).

Podle Keyse (2007) je nejlepší pohled na duševní zdraví v kombinaci nepřítomnosti duševního onemocnění a jeho symptomů, a zároveň přítomnosti projevů well-beingu. Duševní zdraví podle Keyse tedy není jen nepřítomnost symptomů duševního onemocnění, hovoří dokonce o dvou odlišných škálách – při měření duševního onemocnění má tato škála **nepřítomnost duševního onemocnění** na straně jedné a **duševní onemocnění** na druhé, a škála well-beingu probíhá od **prospívání (*flourishing*)** vs. **strádání (*languishing*)** na druhém konci. Lidé s nepřítomností duševního onemocnění tak mohou být zcela vzdáleni od duševního prospívání (Keyes, 2007).

Blatný (2010) rovněž zdůrazňuje, že osobní pohoda člověka (well-being) a duševní zdraví nejsou zaměnitelné pojmy. Duševní zdraví se z pohledu klinické psychologie popisuje na základě objektivních odchylek od optimálního stavu, a osobní pohoda jedince je naopak subjektivní hodnocení toho, jak člověk sám vnímá kvalitu svého života a spokojenost s ním. Podobně Orel (2020) zmiňuje objektivní a subjektivní aspekty zdraví, kdy subjektivně se může člověk cítit zcela zdravý, i když odborník na základě vnějšího

hodnocení objektivně určí onemocnění. S ohledem na psychopatologii je důležité zmínit otázku normality – podle Svobody je zjišťována subjektivně, vlastním hodnocením jedince, sociálně, přítomností nebo nepřítomností psychopatologických symptomů, statisticky a funkčně, tedy podle jednání člověka v konkrétních situacích (Svoboda et al., 2012). Normalitu lze podle autorů pojímat jako duševní zdraví, optimální stav nebo proces směřující k seberealizaci.

1.1.2 Pozitivní psychologie a zaměření na pozitivní jevy v životě člověka

Také samotná psychologie jako vědní obor prošla významnou změnou pohledu v oblasti zaměření na svůj bod zájmu. K vysvětlení smyslu života a pohledu na lidskou psychiku byla v průběhu času navržena řada psychologických modelů. Například podle Frankla (2021) a jeho existenciální perspektivy může být mnoho nemocí, stejně jako duševních onemocnění, způsobeno nedostatkem smyslu v životě a bojem s existenciální úzkostí. S nástupem humanistické psychologie v Americe se začal zájem oboru věnovat spíše pozitivně zaměřeným tématům lidské psychiky, jako seberealizací jedince a jeho potenciálem k osobnímu růstu (Plháková, 2020). Například Rogers (2014) hovořil o formativní tendenci jako o protikladu k entropii (tendenci k dezorganizaci, úpadku). Podle něj se entropie zdůrazňuje i v medicíně tím, že klade hlavně důraz na to, jak lidské tělo a orgány fungují stále hůře a degradují. Upozorňuje přitom na to, jak je důležité se zaměřit právě na formativní tendenci s ohledem na člověka a jeho vědomí. V tomto kontextu ji popisuje jako vývoj k dokonalejšímu vědomí a s tím souvisejícím uvědoměním a sebeuvědoměním, které je základem pro zdravé fungování člověka, a kterého je proto žádoucí dosáhnout a rozvíjet.

Zájem psychologie jako vědy o kladné psychologické jevy se dále bohatě rozvinul díky pozitivní psychologii, která se jako na objekt svého zkoumání zaměřila hlouběji právě například na lidské zdraví, radost, optimismus, a na salutogenetické, zdraví podporující psychologické činitele (Křivohlavý, 2010). Jednou z hlavních oblastí zájmu pozitivní psychologie i psychologie zdraví je rovněž well-being, duševní pohoda člověka. V roce 1998 byl prezidentem Americké Psychologické Asociace zvolen Martin Seligman a dva roky na to představil spolu s Csikszentmihalyim pojednání s názvem *Úvod do pozitivní psychologie*. Autoři zmiňují, že před druhou světovou válkou byly třemi hlavními tématy

psychologie léčba duševních onemocnění, snaha činit životy lidí více naplňující a produktivní a hledání a podpora talentů. Po válce ale došlo k opomenutí posledních dvou oblastí a psychologie se zaměřila převážně na patologii a léčení, zabývala se napravováním škod v lidském fungování v modelu nemoci. Podle Seligmana a Csikszentmihalyiho (2000) je naopak pole zájmu pozitivní psychologie určeno vlastní subjektivní zkušeností a jejím hodnocení, kam lze zařadit právě well-being, spokojenost (s ohledem na minulost), naději a optimismus (s ohledem na budoucnost) a flow a štěstí (v přítomnosti). Na individuální úrovni se jedná o osobnostní charakteristiky a pozitivní rysy jako jsou např. kapacita pro lásku a životní poslání, odvaha, schopnost mezilidské interakce, estetická vnímavost, houževnatost, odpuštění nebo originalita. Autoři hovoří také o skupinové úrovni, která je o občanské ctnosti a institucích, které posouvají jednotlivce k lepšímu občanství, jako je zodpovědnost, altruismus, tolerance nebo pracovní etika (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Nicméně je nutné zde zmínit i určitou kritiku pozitivní psychologie mířenou i z vlastních řad, která směřuje k syntéze a doplnění pozitivní psychologie právě i o nyní přehlížené negativní aspekty (např. Held, 2004; Wong, 2011). Tato kritika je představována tzv. druhou vlnou pozitivní psychologie, která zdůrazňuje dialektickou povahu pozitivních a negativních jevů v psychologii. Na pozitivní stránky nelze nahlížet odtrženě od těch negativních. Zastánci tohoto směru upozorňují, že vztah mezi nimi je dynamický, podobně jako rozpor mezi binárními protiklady – ač jsou od sebe tolik odlišné, jsou spolu také blízce spojené a nemohou existovat jeden bez druhého, jsou komplementární. Dichotomie dobrého a špatného (např. optimismus vs. pesimismus, svoboda a omezení, štěstí a smutek) může být v určitém směru kontraproduktivní – jako příklad může sloužit nerealistický optimismus, který může vést k rizikovému a nebezpečnému chování (Lomas & Ivztan, 2016).

1.2 Well-being

Well-being je pojem, který zatím nemá zcela ustálené jednotné pojetí a různí autoři ho vykládají odlišně. Přes narůstající zájem o studium a výzkum well-beingu zůstávají pokusy o jeho vyjádření spíše u popisu jeho jednotlivých složek a dimenzí než u přesnější definice, která by objasnila, co přesně je ve skutečnosti měřeno (Dodge et al., 2012). S pojmem well-being operuje v angličtině i WHO při samotné definici zdraví (WHO,

2006). Do češtiny bývá překládán jako osobní pohoda jedince. Z českých autorů se tématu osobní pohody věnoval nejzevrubněji prof. Vladimír Kebza. Podle něj je osobní pohoda zařazena pojmově mezi afekty, nálady a osobnostními rysy, a zahrnuje i postojevou (hodnotící) složku (Kebza, 2005). Osobní pohoda člověka může být definována také např. jako „dlouhodobý či přetrvávající emoční stav, ve kterém je reflektována celková spokojenost člověka s vlastním životem“ (Blatný, 2010, s. 835.) Podle Blatného jde dále o konstrukt vyjádřený emočními prožitky a kognitivními obsahy.

Některá pojetí well-beingu, která byla používána v minulosti jako samostatné konstrukty, mohou být v novějším pojetí chápána spíše jako jednotlivé složky osobní pohody. Historicky se v literatuře objevily dva hlavní přístupy k pojetí well-beingu: hédonický a eudaimonický. První z nich, který se nazývá hédonický nebo také subjektivní well-being, lze vymezit jako afektivní a kognitivní posouzení vlastního života jedince. Obsahuje v sobě za prvé zážitek pozitivních emocí a zároveň nízkou úroveň negativních emocí, a za druhé vlastní hodnocení událostí v životě jako vesměs uspokojivých a naplňujících (Taylor, 2009). Našli se ovšem i autoři, kteří se zaměřením osobní pohody pouze na tyto hédonické prožitky spokojenosti nesouhlasili. Objevilo se tedy i zaměření na Aristotelův pojem *eudaimonia* (blaženost). Vychází z něho například teorie sebeurčení (Ryan & Deci, 2000) a koncept psychologického well-beingu C. Ryffové (Blatný, 2020). Eudaimonická tradice klade důraz na pozitivně psychologické fungování jedince a jeho rozvoj. Nicméně navzdory odlišnostem v obou přístupech nyní většina autorů připouští, že well-being je spíše multidimenzionální konstrukt (Dodge et al., 2012).

Psychologický well-being byl vnímán skrze vztah pozitivních a negativních afektů, jejich intenzity a rovnováhy mezi nimi, a také jako životní spokojenost, což do jisté míry revidovali autoři Ryffová a Keyes (1995). Na základě faktorové analýzy definovali základních 6 dimenzí psychologického well-beingu, který dodnes slouží jako jeden z přijímaných teoretických modelů, a jimiž jsou:

- 1. Autonomie** – představuje dimenzi nezávislosti a sebeurčení. Lidé s vysokým skóre jsou schopni překonat společenský tlak na to, aby se chovali a mysleli určitým způsobem, a své chování regulují a hodnotí podle svých osobních měřítek. Naopak lidé s nízkým skóre jsou zaměřeni na očekávání a hodnocení ostatních lidí,

podléhají snáz sociálnímu tlaku a při rozhodování spoléhají na úsudek ostatních lidí.

2. **Zvládání životního prostředí** – tato oblast určuje to, jak jedinec zvládá své prostředí. Lidé s vysokým skóre jsou kompetentní při zvládání každodenních nároků, využívají příležitosti, jsou schopni si vytvořit prostředí pro své osobní potřeby a hodnoty. Lidé skórující nízko mají s tímto naopak obtíže, chybí jim pocit kontroly nad vnějším prostředím.
3. **Osobní růst** – vysoké skóre mají lidé, kteří zažívají pocit neustálého růstu a vývoje, jsou otevřeni novým zkušenostem a uvědomují si svůj potenciál. Opakem je osobní stagnace, pocity nudy a nezájem o život, pocit neschopnosti změnit své postoje a chování.
4. **Positivní vztahy s druhými lidmi** – zahrnuje v sobě vřelé, uspokojující a důvěrné vztahy s ostatními lidmi, empatii, porozumění druhým lidem na jedné straně, a obtíže v navazování takových mezilidských vztahů, izolaci a frustraci na straně druhé.
5. **Smysl života** – člověk s vysokým skóre má v životě cíle a směřování, pociťuje smysl v současném i minulém životním směřování. Naopak lidé s nízkým skóre smysl v životě nevidí, chybí jim směr, cíle a smysluplnost v minulém i současném směřování.
6. **Sebepřijetí** – zachycuje to, jestli má člověk pozitivní smýšlení o sobě a o přijetí sebe samého, zahrnuje v sobě přijetí pozitivních i negativních kvalit. Naopak nízké skóre mají lidé, kteří jsou se svým já nespokojeni, pociťují zklamání z minulých událostí a přejí si být někým jiným, než jsou.

Kebza (2005) k dimenzím osobního růstu a smyslu života doplňuje ještě koncept naděje.

Keyes pokračoval ve studiu well-beingu a v souladu s kontinuálním pojetím duševního zdraví operacionalizoval duševní zdraví jako syndrom symptomů pozitivních pocitů a pozitivního fungování v životě, které jsou sumarizovány škálami a dimenzemi subjektivního well-beingu (Keyes, 2002). Subjektivní well-being je podle něj vnímání a posouzení vlastního života jednotlivce z hlediska afektivních stavů. Dále k němu

doplňuje dimenze psychologického a sociálního fungování. Na základě toho popisuje 3 oblasti well-beingu:

- 1. Emocionální well-being** – soubor symptomů, které představují pozitivní a negativní pocity v životě: přítomnost pozitivních afektů, nepřítomnost těch negativních a spokojenost se životem.
- 2. Psychologický well-being, nebo pozitivní fungování v životě** – obsahuje 6 dimenzí uvedených výše. Jedinec tedy podle tohoto schématu funguje dobře, pokud je z většiny spokojen sám se sebou, má vřelé a důvěrné vztahy s druhými lidmi, vidí sám sebe jako rozvíjející se bytost směřující k tomu, být dobrým člověkem, má směr v životě a je schopný přizpůsobit své prostředí k naplňování svých potřeb a má odpovídající úroveň sebeurčení.
- 3. Sociální well-being** – tato poslední dimenze zahrnuje posouzení, jak jedinec funguje v rámci společnosti a sociálních vztahů. Jedinec, který funguje dobře, vidí společnost jako smysluplnou a rozumí jí, vidí v ní možnost růstu, cítí se přijímán svojí komunitou, akceptuje společnost a vnímá sám sebe jako někoho, kdo společnosti může přispět.

Další možný pohled na well-being, spokojenost a štěstí jedince přinesl Seligman nejprve v teorii opravdového štěstí (2002), kdy lidské štěstí popsal pomocí 3 složek: pozitivních emocí, zaujetí určitou činností (angažovanost) a pocitem smysluplnosti. Slabiny zaměření se na štěstí se ukázaly v tom, že lidé často hodnotí štěstí s ohledem na momentální náladu a podle té do značné míry hodnotí i svou aktuální spokojenost (Seligman, 2011). Přešel tedy na konstrukt well-beingu, pro jehož měření je hlavním kritériem míra optimálního prospívání, vzkvétání. Well-being jako konstrukt podle něj obsahuje „několik měřitelných prvků, z nichž každý je reálnou věcí a každý k duševní pohodě přispívá, ale žádný z nich duševní pohodu nedefinuje“ (Seligman, 2011, s. 48). Tyto prvky well-beingu jsou podle něj **pozitivní emoce** (kam patří i štěstí a životní spokojenost), **zaujetí činností**, **pozitivní vztahy**, **smysluplnost** a **úspěšný výkon** (v angličtině se pro tento model používá akronym PERMA).

Výzkumu well-beingu, štěstí a jeho jednotlivých složek a dimenzí se dále věnuje mnoho autorů z různých perspektiv. Podobné oblasti jako výše uvedené zahrnuje i další,

poměrně nedávno vytvořený koncept **prospívání - thriving** (Feeney & Collins, 2015). Jako teoretický koncept je složen z:

1. **hédonického well-beingu** (podobně jako emocionální well-being u Keyse (2007) nebo pozitivní emoce u Seligmana (2011)),
2. **eudaimonického well-beingu** (zahrnující smysl v životě, smysluplné cíle, autonomii a sebeurčení, osobní růst a směřování k plnému naplnění potenciálu),
3. **psychologického well-beingu** (optimismus, resilience, sebe-přijetí, absence symptomů duševního onemocnění),
4. **sociálního well-beingu** (hluboké a smysluplné mezilidské vztahy, pozitivní vztahová očekávání včetně vnímané sociální opory, prosociální orientace a víra v lidskost,
5. **fyzického well-beingu** (fyzická zdatnost, fitness).

Celý koncept byl vytvořen za účelem zkoumání sociální opory a mezilidských vztahů nejen jako prostředku pro zvládání stresových situací, ale i ve vysvětlení, jak interpersonální vztahy mohou hrát roli při optimálním lidském prosperování ve všech uvedených oblastech well-beingu (Feeney & Collins, 2015).

I další autoři podrobili výzkumu eudaimonickou a hedonistickou složku lidského štěstí. Zmiňují důležitou oblast související s well-beingem, kterou je psychologická harmonie nebo rovnováha. Je to dimenze, která ukazuje na vyrovnaný a mírumilovný přístup k získání rovnováhy při vyrovnávání se s nejrůznějšími příjemnými i nepříjemnými událostmi, které se v životě objevují. Taková rovnováha může představovat pro mnoho lidí právě pojetí štěstí (Delle Fave et al., 2011).

1.2.1 Sociodemografické charakteristiky a well-being

Jedním ze zdrojů osobní pohody jsou sociodemografické faktory, jako je věk, vzdělání, pohlaví nebo socioekonomický status. Nicméně dle výzkumů tyto faktory vysvětlují nanejvýš jednu pětinu duševní pohody jedince (Blatný, 2010). Někteří autoři dodávají, že well-being není určován pouze psychologickými charakteristikami lidí, ale je naopak určován společně souhrou těchto charakteristik a dále kvalit sociálního prostředí.

Ukazují tak např. i výsledky longitudinálních studií manželství (McNulty & Fincham, 2012).

S ohledem na věk se u well-beingu hovoří o tzv. paradoxu stárnutí. Přestože ve stáří se obvykle zhoršuje zdravotní stav a zhoršuje se fyzické fungování, nedochází u starších lidí i k poklesu well-beingu, naopak ten během stárnutí zůstává na stabilní úrovni, nebo dochází dokonce k jeho nárůstu (Li et al., 2021). Paradox stárnutí popisuje, že starší lidé mají oproti lidem v mladém a středním věku větší emocionální stabilitu v běžném životě, a že u nich dochází k přesunu do menších sociálních sítí oproti těm, ve kterých se pohybují mladší lidé. Podle této teorie SST (socioekonomická selektivní teorie) si lidé během stárnutí více uvědomují limity života a mají tendenci k vyhledávání méně početných, zato emocionálně významnějších mezilidských vztahů (Carstensen, 2019).

Míra well-beingu se mírně liší mezi muži a ženami, nicméně výzkumy na toto téma nepřinášejí příliš konzistentní výsledky. Dle některých autorů je to způsobeno jednak různými přístupy k měření jednotlivých konstruktů well-beingu, a také souhrou dalších biologických, individuálních a environmentálních faktorů, které well-being ovlivňují (Batz & Tay, 2018). Ukazuje se také, že roli v genderových rozdílech může hrát mimo jiné i země, kde jedinec žije, její politické uspořádání nebo náboženství. Metaanalýza provedená na studiích z 95 zemí ukázala, že ve 27 zemích byly ženy signifikantně šťastnější než muži. Oproti tomu v 16 zemích byli signifikantně šťastnější muži než ženy. V životní spokojenosti na tom byly signifikantně lépe ženy ve 21 zemích, muži ve 12. Geografická distribuce se neukázala být jen náhodná, byly nalezeny signifikantní rozdíly v některých geografických oblastech. Ženy v muslimských zemích (střední východ), a v jižní Asii mají tendenci k většímu štěstí a životní spokojenosti než muži. Naopak muži vykazují vyšší spokojenost než ženy v post-komunistických zemích, v zemích s katolickou tradicí v Evropě a v latinské Americe (Meisenberg & Woodley, 2015).

1.2.2 Mental Health Continuum

Jednou z dostupných metod měření well-beingu je inventář Mental Health Continuum. Na základě něj lze diagnostikovat *vzkvétání* duševního zdraví, na opačném pólu zase jeho *strádání* (Keyes, 2009). Je používán ve své dlouhé (MHC-LF) verzi,

obsahující 40 položek, a rovněž ve zkrácené 14 položkové verzi (MHC-SF). Obě varianty měří well-being tak, aby vybrané položky odpovídaly reprezentaci teoretického konstruktů každé z následujících dimenzí (Keyes, 2009):

1. **Emocionální** – štěstí, chuť do života, spokojenost.
2. **Sociální** – přispění společnosti, sociální integrace, růst společnosti, přijetí společnosti.
3. **Psychologickou** – 6 položek zahrnující dimenze psychologického well-beingu podle Ryffové a Keyse (1995) - sebpřijetí, zvládnutí životního prostředí, pozitivní vztahy s druhými lidmi, osobní růst, autonomie, smysl života.

Pro výzkumné šetření v této práci byla použita kratší, 14 položková verze inventáře MHC-SF. Psychometrické náležitosti této metody byly ověřeny v četných výzkumech. Vnitřní struktura byla ověřena konfirmační faktorovou analýza (Lamers et al., 2011), která potvrdila 3 faktorovou strukturu dotazníku vysvětlující 58% variance (zahrnující dimenze emocionální, sociální a psychologické), přičemž jednotlivé škály vykazují dobrou konvergentní validitu.

Hodnoty Cronbachova α nad .70 jsou přijatelné a nad .80 je můžeme nazývat vysokými (Kline, 2000). Za diskutabilní můžeme považovat hodnoty Cronbachova α v rozmezí .60 až .69 (George & Mallery, 2013). MHC-SF dosáhl v opakovaných výzkumech vysoké vnitřní konzistence ($>.80$) a diskriminační validity u adolescentů a dospělých v USA, Nizozemí a Jižní Africe (Keyes, 2009). Ve výzkumu salutogeneze v rámci pandemie v Nizozemí dosahovalo Cronbachovo α dokonce hodnoty .91 (Super et al., 2020). Vysoké reliability dosáhl celý inventář i jednotlivé škály - dimenze emocionální $\alpha = .83$, psychologická $\alpha = .83$ a přijatelné u sociální dimenze $\alpha = .74$ (Lamers et al., 2011). Test-retest reliabilita byla ověřena na vzorku 1662 respondentů, jimž bylo MHC-SF administrováno následně po třech, šesti a devíti měsících, přičemž shoda celkového skóre dosáhla během prvních 6 měsíců průměrné hodnoty .68 a po devátém měsíci .65 (Lamers et al., 2011).

1.3 Zátěž a protektivní faktory

1.3.1 Stres a stresory

Oproti dříve zmíněné psychologii duševní pohody a pozitivní psychologii je vymezen obor klinické psychologie, která je zaměřena spíše na duševní zdraví člověka a jeho poruchy (Blatný, 2010). Zatímco psychologie duševní pohody se zaměřuje na subjektivní hodnocení spokojenosti člověka, klinická psychologie stanoví odchylky od optimálního duševního zdraví (Blatný 20120), a věnuje se tématům jako úzkost či depresivita.

Pro účely této práce se budu věnovat převážně stresu, který současná pandemie pro mnoho lidí představuje. V České republice pocítuje během pandemie stres 53 % dospělé populace, 40 % lidí uvádí, že míra stresu se u nich během pandemie zvýšila. K výraznějšímu nárůstu vnímaného stresu došlo u studentů (hladina stresu se zvýšila u 57 % z nich) a u lidí pracujících na home-office (polovina z nich), a to právě z nutnosti izolace a omezení sociálních kontaktů (Ipsos, 2021).

Stres, druh nepřiměřené zátěže, která vede ke stresové reakci (Hartl, 2004), je bezpochyby faktorem, který negativně ovlivňuje zdraví člověka a jeho well-being. Představuje negativní emocionální zkušenost, kterou doprovází biochemické, fyziologické, kognitivní a behaviorální změny (Taylor, 2015). Člověk se za svůj život musí neustále přizpůsobovat měnícím se podmínkám prostředí, ve kterých žije, aby mohl dále existovat a vyvíjet se (neboli adaptovat se). Životní událost je podle psychologického slovníku „skutečnost, která se může vyskytnout v životě člověka nezávisle na jeho vůli a výrazně a dlouhodobě ovlivnit jeho navyklé činnosti či celý styl života, klade nároky na přizpůsobivost a míru odolnosti člověka“ (Hartl 2004, s .310). Zátěžová událost se na rozdíl od ní „může stát prvotní a převažující příčinou duševní poruchy“ (Hartl 2004, s. 302). V roce 1967 vypracovali autoři Holmes a Rahe přehled stresových událostí. Vznikl na základě záznamů událostí v životě pacientů a uvádí, s jakou pravděpodobností člověk onemocní za předpokladu vystavení určité úrovně stresujících událostí. Kritika jejich SRSS – škály hodnocení sociálního přizpůsobení (Holmes & Rahe, 1967) přišla nicméně již několik let po její publikaci, a to například právě pro neúplný výčet použitých stresových

událostí (Hough & Garcia, 1976). Tento přehled událostí neobsahuje ani kategorii, které čelí svět dnes – globální pandemii. Dopady koronavirové krize ale i tak pokrývají mnoho položek v tomto přehledu – nemoc či úmrtí blízkých osob, ekonomické problémy, změny v pracovních návycích nebo ohrožení nezaměstnaností. Velkým stresorem současné doby je nejistota, narušení zavedených pořádků a neurčitost, jak dlouho a jakým způsobem se bude svět dál s pandemií vyrovnávat. Také je důležité vzít v potaz i jiné stresory, než jsou velké životní události (např. malé, každodenní stresory, které se mohou nakumulovat), které pak podle některých výzkumů mohou být lepším prediktorem ohrožení duševního zdraví než přítomnost právě velkých stresových životních událostí (Výrost et al., 2019). Podle Taylora (2015) jsou častými stresory u lidí zejména negativní události bez očividných pozitivních stránek a nepředvídatelné, nejasné události, které nemůžeme kontrolovat a není snadné se v nich zorientovat.

Pro to, aby člověk zažíval psychickou rovnováhu, je prožitek osobní pohody jednou z důležitých podmínek. Některé nároky na adaptaci jedince jsou větší než jiné. Výrazné změny, které se odehrávají ve vnějším nebo vnitřním prostředí a jsou pro organismus ohrožující, jsou stresové situace (Paulík, 2017). Stresující události (stresory) mohou být různé a liší se individuálně. Jako moderátory zdraví a stresu mohou přitom sloužit tyto hlavní faktory (Výrost et al., 2019):

- individuální styl zvládání zátěže (např. používané copingové strategie),
- osobnostní charakteristiky (např. optimismus, resilience, sense of coherence¹),
- psychosociální (kam patří např. právě sociální opora).

Antonovsky (1979) konkrétně hovoří o generalizovaných zdrojích resistance (*Generalized Resistance Resources*), což jsou vlastnosti jedince, společnosti nebo komunity, které přispívají k tomu, aby člověk úspěšně zvládl čelit nejrůznějším stresorům a vyrovnal se s nimi. Také přispívají k individuálnímu Sense of Coherence (Bauer et al., 2020). Do těchto zdrojů Antonovsky zařadil: 1) materiální zdroje, 2) znalosti a inteligenci, 3) ego identitu, tj. flexibilní ale integrované já, 4) copingové strategie, 5) **sociální oporu**, 6) závazek a soudružnost s vlastními kulturními kořeny, 7) kulturní stabilitu, 8) rituály

¹ V češtině se používá též termín smysl pro soudružnost, ale vzhledem k tomu, že tento překlad není v literatuře zcela zaužívan, v této práci ponechávám původní anglickou verzi.

a podobné aktivity, 9) náboženství a filosofii, 10) zaměření na prevenci s ohledem na zdraví 11) genetické a konstituční zdroje, 12) individuální nastavení mysli.

Paulík (2017) dále uvádí detailnější faktory, které mohou rozhodnout o tom, zda se potenciální stresory promění v reálné:

- subjektivní hodnocení, interpretace situace,
- individuální osobnostní charakteristiky,
- používaný způsob vyrovnávání se se zátěží,
- přítomnost či nepřítomnost nepříznivých životních událostí a drobných denních nepříjemností,
- dosavadní zkušenosti jedince se stresem,
- sociální opora,
- sociální status.

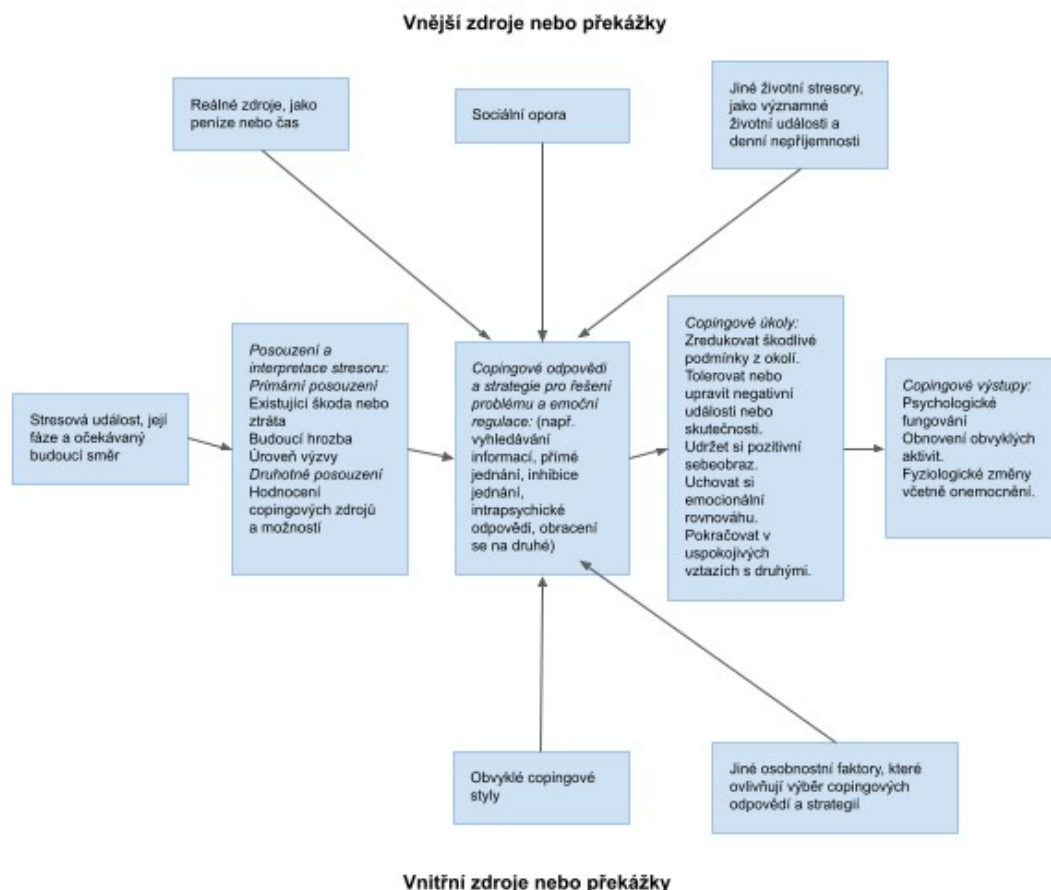
1.3.2 Subjektivní hodnocení a individuální zvládnání zátěže, coping

Přestože stresory působící na jedince z prostředí mohou být zcela totožné, můžeme mezi lidmi pozorovat zásadní rozdíly v tom, jaký dopad na nich stresová událost zanechá. Podle transakčního modelu Lazaruse a Folkmana (1984) se tyto odlišnosti dají vysvětlit tím, jak jedinec konkrétní situaci kognitivně zpracovává. Při subjektivní interpretaci situace u člověka proběhne dvojitý kognitivní posouzení stresové události – primární a sekundární. Během primárního posouzení jedinec hodnotí událost – může ji vnímat jako škodlivou, ohrožující, nebo jako výzvu. Klíčové je sekundární hodnocení, kdy člověk na základě zhodnocení svých osobních zdrojů vyhodnotí, zda jsou jeho zdroje dostačující na zvládnutí situace. Pokud člověk cítí, že nároky stresující situace vysoce převažují jeho zdroje na jejich zvládnutí, bude zažívat vysokou míru stresu, a obráceně. Copingové strategie potom odpovídají tomu, jakou reakci na událost jedinec zvolí. Autoři rozlišují coping zaměřený na problém, nebo na emocionální zvládnutí situace. Při kognitivním hodnocení stresové události jedinec může kromě jiných zdrojů na zvládnání stresu zhodnotit i možnosti sociální opory, která pak hraje pozitivní roli v tom, že se zlepší poměr mezi nároky stresové situace a zdroji na její zvládnání (Kebza & Šulcová, 1999). Podobně Taylor (2015) uvádí sociální oporu, kterou vidí jako jednu z proměnných, které na coping a jeho volbu působí. Podle něj coping není jednorázová akce, ale spíš komplexní souhrn reakcí,

kterými se jedinec a prostředí ovlivňují navzájem v průběhu času. Na Obrázku 1 je znázorněno, jaké zdroje nebo překážky působí na copingovou odpověď a volbu strategie.

Obrázek 1

Zdroje a překážky, které působí na copingovou odpověď



Poznámka. Převzato a přeloženo z Taylor, S. E. (2015). Health Psychology 7 Edition (p. 139). New York, NY: Springer.

Přestože mnoho lidí čelí v životě nejrůznějším překážkám a těžkým situacím, liší se mezi těmito lidmi míra dopadu těchto faktorů na jejich duševní zdraví. V těchto rozdílech hrají roli také individuální osobnostní charakteristiky jedince. Můžeme sem zařadit např. resilienci jako jeden ze zdrojů, které chrání duševní zdraví jedince v obtížných a stresových situacích svou nárazníkovou či salutoprotektivní charakteristikou (Šolcová, 2009). Dále sem lze zařadit právě třeba koncept **Sence of Coherence**, jemuž se jako prediktoru duševního zdraví v době pandemie věnuje v diplomové práci Míková (2021).

1.4 Duševní zdraví a pandemie Covid-19

Není sporu o tom, že události, kterým celý svět čelí v rámci pandemie Covid-19, do značné míry negativně působí na duševní zdraví a well-being jednotlivců. Mnohé studie (v ČR např. Winkler et al., 2020) ukazují zvýšenou míru stresu, deprese, úzkostnosti a posttraumatického stresového syndromu v obecné populaci, podobně, jako se tomu již v minulosti ukazovalo při nucených izolacích v rámci pandemií (Torales et al., 2020). Prevalence symptomů duševního onemocnění byla v ČR v roce 2017 na úrovni 20.02, přičemž v roce 2020 během pandemie stoupla na 29.63, ztrojnásobila se prevalence depresivního onemocnění a rizika sebevraždy a prevalence úzkostných onemocnění se téměř zdvojnásobila (Winkler et al., 2020).

Studie, které porovnávají míru psychologického i subjektivního well-beingu před pandemií a během ní ukazují, že došlo k jeho poklesu. V roce 2016 během výzkumu duševního zdraví v Dánsku byl na pětibodové WHO škále well-beingu průměr 64.3, což je signifikantně více než v roce 2020, kdy průměr činil 62.0 (Sønderskov et al., 2020). Podobné výsledky ukazuje i studie provedená v Německu na začátku pandemie, která zkoumala individuální rozdíly v subjektivním well-beingu (vnímání životní spokojenosti, pozitivní a negativní afekty). Autoři zjistili, že mezi prosincem 2019, kdy byly oznámeny první případy nákazy ve Wu-chanu v Číně, a březnem 2020, kdy WHO vyhlásila pandemii, nedošlo k signifikantnímu poklesu subjektivního well-beingu. Mezi březnem 2020 a květnem 2020, kdy docházelo k narůstání omezujících opatření a šíření pandemie, naopak došlo oproti minulému období k poklesu subjektivního-well-beingu (Zacher & Rudolph, 2020).

Kromě toho, že virus SARS-CoV-2 napadá respirační systém, hovoří se také o tom, že postihuje další tělesné orgány, včetně mozku. Metaanalýza studií o duševním zdraví za poslední období potvrzuje, že u pacientů, kteří byli hospitalizováni s onemocněním Covid-19, došlo posttraumatickému stresovému syndromu a došlo u nich také k nárůstu deprese. Rozdíl v úzkosti však nebyl prokázán. U pacientů s psychiatrickými onemocněními došlo ke zhoršení symptomů, psychiatrické symptomy jako deprese a úzkost se zhoršila také u zdravotníků (Vindegaard & Benros, 2020).

Z uvedených studií je zřejmé, že došlo k významnému zhoršení duševního zdraví v důsledku pandemie a je tedy nutné hledat způsoby, které ochrání nejen před nákazou samotnou a před jejími dopady na fyzické zdraví, ale také jak podporovat well-being a duševní zdraví i v obtížné době, které pandemie představuje. Jednou z cest může být i důraz na sociální oporu, které se jako protektivnímu faktoru budu věnovat v nadcházející kapitole.

2 Sociální opora

Jedním z důležitých psychosociálních protektivních faktorů, které moderují negativní vliv stresu na lidské zdraví a well-being, je **sociální opora**. Psychologický slovník ji popisuje jako „vztahovou oporu v okolí člověka; zvyšuje odolnost vůči stresu a chuť přežít všechny prohry a krize; považována za pilíř duševního zdraví“ (Hartl, 2004, s. 252). Představuje souhrn zdrojů, které máme od společnosti a ostatních lidí. Projevuje se jak vlivem ostatních lidí na náš život a zdraví při projevech konkrétního chování, tak právě i svou rolí při moderaci stresu (Výrost et al., 2019). Sociální potřeby obecně jsou jedněmi z klíčových potřeb pro přežití, zdraví jedince, psychickou pohodu. Patří do nich sociální kontakt, komunikace, potřeba přátelského vztahu, sociálního bezpečí, přijetí, potřeba laskavosti, soucítění, empatie a lásky (Křivohlavý, 2010). Paulík (2017) zařazuje sociální oporu mezi nejdůležitější vnější vlivy, které působí na adaptační proces, spolu s životními událostmi a drobnými každodenními nepříjemnostmi a radostmi. Konkrétní pozitivní vliv sociální opory na zdraví se může projevit například způsobem, že můj blízký člověk je pro mě pozitivní vzor v dodržování hygienických opatření nebo posilování imunity, a já se inspiroji jeho chováním. S ohledem na moderaci stresu zase sociální opora pomáhá při zvládnutí zátěže, kdy vím, že mám kolem sebe lidi, na které se mohu spolehnout a obrátit v případě potřeby (Výrost et al., 2019).

Sociální opora se ukazuje jako klíčová při zvládnutí stresových situací. Nebezpečí sociální izolace a její negativní vliv na duševní zdraví bylo známo ze sociologického hlediska již od doby Durkheima (Kawachi & Berkman, 2001). Skutečnost, že je člověk začleněn do sociálních vazeb s druhými lidmi, mu poskytuje možnost z tohoto zdroje sociální opory čerpat pomoc v případě, že tak potřebuje – v situaci, kdy jsou na něj kladeny nároky a výzvy, nebo když čelí nejrůznějším stresorům. V literatuře je mnohokrát popsáno, že tento zdroj sociální opory působí jako silný protektivní faktor, který pomáhá překonávat a zvládat náročné životní události, a tedy podporovat psychickou pohodu a zdraví jedince (Kebza & Šulcová, 1999). Sociální opora tedy hraje roli jako tzv. **vnější protektivní faktor**. Křivohlavý (2009) popisuje sociální oporu jako „pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci, čímž mu ji ulehčuje“. Z pohledu Antonovského je sociální opora jedince jedním z faktorů, který podporuje silný Sense of coherence. Výzkumy také naznačují, že vztah sociální opory a Sense of coherence

fungují obousměrně, tedy že vysoká úroveň sociální opory podporuje silný SOC a naopak silný SOC přispívá k získání sociální opory jedince (Volanen, 2004). Sociální opora a začlenění do sociální sítě může odpovídat jedné z dimenzí sociálního well-beingu, sociální integraci (Keyes, 2002).

Existují dva pohledy na přístup k tématu sociální opory a jejímu výzkumu. První z nich je optika *sociologického paradigmatu sociální směny*, která vysvětluje sociální oporu jako výsledek sociálních interakcí a jejich okolností. Dále se hovoří o *psychologicko-medicínských modelech*, kdy je sociální opora chápána v principu jako prostředek ke zvládnání stresu, nebo odražení jeho negativních důsledků (Kebza & Šulcová, 1999).

2.1 Druhy sociální opory

V literatuře se setkáme s členěním sociální opory na několik oblastí dle různých kritérií a podob sociální opory, jejíž míra nemusí záležet od množství zdrojů, ale od její kvality:

Křivohlavý (2010) například uvádí členění na

- **oporu instrumentální, nebo také materiální:** sem lze zařadit pomoc spočívající v materiálních, třeba i finančních prostředcích, nebo poskytnutí pomoci ve smyslu činu. V kontextu pandemie můžeme o instrumentální pomoci hovořit například tehdy, když někdo pomůže pohlídat děti v případě zavřených škol, nebo poskytnutí materiální a finanční pomoci v případě potřeby.
- **informační pomoc:** dle Křivohlavého začíná informační opora samotným nasloucháním, pochopením a porozuměním situace daného člověka. Nicméně patří sem i opora ve smyslu poskytnuté zpětné vazby, rady, průvodcovství nebo mentoring.
- **emocionální opora:** projevuje se poskytnutím a zprostředkováním pozitivních emocí, člověk díky ní získává pocit sounáležitosti, vlastní hodnoty, sebevědomí. Je popisována také opora v rámci sociální soudružnosti (sociální companionship), která umožňuje člověku mít s kým trávit čas, může poskytnout rozptýlení před problémy a negativními myšlenkami.

K tomu lze přidat i další rozdělení na *posuzovací (appraisal) oporu*, kdy poskytuje člověku informace a feedback pro jeho vlastní sebe hodnocení (Langford et al., 1997).

2.1.1 Vnímaná a získaná sociální opora

Kebza a Šulcová (1999) zmiňují, že studie v minulosti přinášeli nejednoznačné výsledky vlivu sociální opory na zdraví. Podle nich lze problém spatřovat ve složitém a komplexním tématu pojmu sociální opory a je nutné vzít v úvahu další, stěžejní hledisko – rozlišení, jakou sociální oporu jedinec vnímá, že má k dispozici, a tu, kterou skutečně obdrží.

Vnímaná, nebo také očekávaná sociální opora (v anglické literatuře se používá *percieved, expected, anticipated social support*) představuje situaci, kdy jedinec vnímá a věří, že mu opora bude poskytnuta, bez ohledu na to, zda se tak ve skutečnosti stane. Jedná se tedy o anticipativní konstrukt sociální opory. Podstatné je, že vnímaná sociální opora víc koreluje s duševním zdravím než skutečně poskytnutá, zvyšuje víru, že situaci zvládneme s menšími emočními a psychologickými nároky. Anticipovaná sociální podpora může souviset i s konkrétními osobnostními charakteristikami, jako je extraverte, sebevědomí nebo sociální kompetence. Je to tedy pocit přijetí nebo akceptace, který je individuálně vyhodnocen bez ohledu na skutečně dostupnou sociální oporu (Kebza, 2005).

Naproti tomu získaná sociální opora (v angličtině *recieved, behavioral, objective social support*) představuje skutečné sociální transakce, které jedinec uskutečnil. Jedná se tedy spíš o retrospektivně zaměřený konstrukt, proces zvládání stresu, kde již došlo ke skutečné aktivizaci a získání reálné pomoci. Problematický aspekt u získané sociální opory je skutečnost, že u ní jsou možné negativní účinky a je nezbytné, aby odpovídala skutečně potřebám toho, komu je poskytována. Může se totiž jednat o skutečně poskytovanou sociální oporu, ale důležitý faktor je také to, jak jedinec sám sociální podporu vnímá (Kebza & Šulcová, 1999). Sociální opora nemusí vždy znamenat jen pozitivní přínos. Existují důkazy o tom, že v některých případech poskytovaná sociální opora může mít dokonce negativní vliv. Například sociální síť poskytující neefektivní nebo neadekvátní sociální oporu může na jedince působit naopak jako zdroj stresu a konfliktů a ovlivnit tak negativně jeho well-being (Guruge et al., 2015).

Tyto dva popsané druhy sociální opory je nutné rozlišovat. Získaná a vnímaná sociální opora se také mohou ve skutečnosti lišit a získaná opora může být podceněna nebo přeceněna. Vnímaná míra sociální opory nám říká mnohem víc o tom, jak jedinec posuzuje svou situaci, než kolik jí skutečně získá. Podle některých autorů navíc tyto dvě proměnné téměř nekorelují (Schwarzer & Leppin, 1991 in Kebza, 2005). Stejně tak aktuálnější výzkumy poukazují na to, že vnímaná míra sociální opory a skutečná získaná opora se ve skutečnosti liší. Například byl zjištěn signifikantní vztah mezi vnímanou sociální oporou a malou přítomností symptomů deprese, na rozdíl od vysoké získané sociální opory, kde byl zjištěn jen slabý vztah s nízkými symptomy deprese (Eagle, 2019). Též autor také uvádí, že místo navyšování získané sociální opory může být žádoucí pracovat na zvýšení vnímané sociální opory, například pomocí kognitivního přerámování nebo jiných pozitivně psychologických intervencí.

2.2 Sociální opora a její působení na duševní zdraví

Mechanismů, skrz které působí sociální opora a vůbec sociální vazby na well-being a duševní zdraví člověka, jsou v teorii vysvětlovány různými způsoby. Jednou z hlavních vysvětlujících teorií jsou **efekt hlavního účinku** (main effect model) a **nárazníkový** (buffering) **model**. Původní model popsali autoři Cohen & Wills (1985) a dále na něj navazují a rozvíjejí ho další autoři (např. Kawachi & Berkman, 2001). Aspekty sociální opory, jako je síť sociálních vztahů, kontaktů či stupeň integrace, jsou důležitější pro první model, a funkční složka, jako je vnímaná sociální opora, je důležitá u druhého modelu (Kawachi & Berkman, 2001). **Model efektu hlavního účinku** vidí v sociální opoře benefity pro celkový well-being člověka bez ohledu na to, jestli zrovna čelí nepříznivým a stresujícím událostem. Sociální opora podle tohoto modelu přináší obecné benefity proto, že velká sociální síť poskytuje jedinci pravidelnou pozitivní zkušenost a souhrn stabilních, sociálně oceňovaných rolí ve společnosti. Přináší mu také pozitivní emoce, pocit předvídatelnosti a stability v životních situacích a rozpoznání vlastní sebehodnoty (Cohen & Wills, 1985). Integrace v sociální síti také může eliminovat negativní životní situace, jako např. ekonomické nebo právní problémy. Zároveň poskytuje sociální vliv, který může ústít ve zdraví podporující návyky (Kawachi & Berkman, 2001). Tento model je tedy víc spojen se sociální integrací a interakcí, rolí jedince ve společnosti. **Stress buffering model**, podle kterého jsou sociální vazby významné pro well-being člověka jako nárazník proti stresovým situacím. Přiznává vliv sociální opory na duševní zdraví v případě, že

člověk čelí stresorům. Sociální opora zde slouží jako jakýsi nárazník nebo ochrana proti negativnímu vlivu stresových událostí. Autoři Cohen a Wills (1985) popisují 2 mechanismy, pomocí kterých v tomto modelu sociální opora působí:

1. Sociální opora může intervenovat při posouzení stresu a následné stresové reakci tak, že **zmírní posouzení stresové situace**. Pokud vnímáme, že naše okolí nám může poskytnout pomoc (máme tedy zdroj na zvládnutí situace), může nám to zvýšit pocit, že situaci zvládneme, což v důsledku může to zmírnit vnímání situace jako potenciálně škodlivé nebo ohrožující.
2. Adekvátní sociální opora může **zmírnit následky už nastalé stresové reakce**, což se může projevit poskytnutím pomoci v podobě řešení problému, a následným přehodnocením situace. Sociální opora může také zmírnit stresovou reakci na fyziologické úrovni.

Přes uvedený a často citovaný a používaný model však zatím způsob, jakým zcela přesně působí sociální opora svůj mnohokrát zkoumaný pozitivní dopad na well-being, není jednoznačně objasněn. Byl navržen např. integrativní model sociální opory, podle kterého sociální opora na well-being působí skrze 1) emoční stav, 2) sebe vnímání 3) posuzování událostí, 4) motivační stav 5) situačně relevantní chování a zdroje 6) vztahové výstupy 7) neurální aktivace a fyziologické funkce 8) lifestyle chování (Feeney & Collins, 2015). Podle tohoto modelu vnímaná sociální opora ovlivňuje způsob, jakým jedinec nahlíží na svět kolem sebe, a tak chrání a zlepšuje well-being (Wilson et al., 2020).

Ukazuje se, že existují mediátory, které působí spolu s vnímanou sociální oporou na well-being člověka. Jako mediátory byly prozkoumány a ověřeny vysoké mindfulness, soucit se sebou a schopnost vychutnávat si zážitky. Všechny tři proměnné hrají roli jako mediátory a mají významný nepřímý efekt na vztah mezi vnímanou sociální oporou a well-beingem (Wilson et al., 2020).

Dalším modelem, jak působí sociální opora, resp. mezilidské vztahy, na well-being, je integrativní **teorie prospívání skrze vztahy** (*thriving through relationships*). Prospívání je chápáno jako vzkvétání (flourishing), prosperování, progres směrem k dosáhnutí cíle bez ohledu na okolnosti. Sociální opora je v něm konceptualizovaná jako interpersonální

proces, který podporuje lidskou prosperitu ve dvou směrech. Při přítomnosti překážky nebo životní těžkosti působí nejen jako prostředek pro odrazení obtížné životní situace, ale pomáhá k tomu, aby byl jedinec obtížnou situací posílený a poučený. Při nepřítomnosti těžkostí působí jako příležitost pro růst, kdy jedinec je schopen osobního růstu a naplnění skrze práci, socializaci nebo smysluplným přispěním společnosti. Autorky nabízí nový pohled na sociální oporu: při překonávání obtížných překážek slouží opora jako zdroj síly (*Source of Strength Support*), která poskytuje bezpečí a ochranu, úlevu, prostor pro projevení pozitivních i negativních emocí, pochopení, prostor pro rozvoj a využití silných stránek, pomoc při přerámování obtížné situace do pozitivní změny. Při absenci nepříznivých životních situací slouží sociální opora jako podpora pro růst, vývoj a objevování – zahrnuje projev podpory, nadšení, a pomáhá vidět příležitosti jako výzvy a ne jako hrozby (Feeney & Collins, 2015).

2.3 Zdroje sociální opory

V literatuře se objevuje několik hlavních oblastí, ze kterých můžeme čerpat sociální oporu. Jsou rozlišovány především 3 hlavní oblasti zdrojů sociální opory – opora ze strany **rodiny, přátel** a od **významných druhých** (Gregory D. Zimet et al., 1988). Toto rozlišení neodděluje další možné zdroje, například pracovní prostředí, ze kterého může jedinec sociální oporu také čerpat. Sociální opora v pracovním prostředí (od kolegů, nadřízených) je nicméně v některých výzkumech zkoumaná též samostatně, např. sociální opora ze strany kolegů, nadřízených a mentorů přímo predikuje pracovní spokojenost žen na vedoucích pozicích (Cortland & Kinias, 2019).

Někteří autoři zmiňují také důležitost rozlišení zdrojů sociální opory a to, jak jsou rozmanité (Thoits, 2011). Jak sociální opora z **osobních zdrojů** (členové rodiny, přátelé), tak sociální opora z **komunity** (sousedé, vrstevníci, formální sdružení) jsou asociovány s vyšší kvalitou života (Gallardo-Peralta et al., 2018). Další rozlišení zdrojů sociální opory je na primární a sekundární skupiny, kdy primární skupinu představují významní druzí, se kterými navazujeme blízké emocionální vztahy v malých neformálních skupinách (rodina, přátelé). Sekundární skupiny bývají větší a více formální, členové skupiny je mohou méně znát. Jsou to skupiny jako pracovní kolektiv, náboženské, dobrovolnické a komunitní organizace (Thoits, 2011).

Také je možné uvažovat o sociální opoře ze strany vládních institucí, politiků, státu nebo médií. V tomto kontextu lze hovořit o důvěře v instituce. Jako prediktor duševního zdraví může působit i to, jak důvěřujeme různým veřejným institucím – od politiky, vládu, lékaře, přes média nebo církevní instituce. Obzvláště se to může projevit právě v čase krizí nebo katastrof, kdy současná pandemie není výjimkou. Výzkumy naznačují, že nejen sociální opora, ale i důvěra v instituce mohou být prediktory duševního zdraví (Šípová et al., *in press*). Důvěra je psychologický jev, který ovlivňuje to, jak přistupujeme ke svému okolí – k ostatním lidem, institucím a organizacím. Základní důvěra se objevuje v souvislosti s péčí v raném dětství ve vztahu k pečujícím osobám, a dává základy k tomu, jak se u nás důvěra vůči okolí později projeví, zda budeme ostatním důvěřovat. Důvěru můžeme rozlišovat dále jako generalizovanou nebo interpersonální (Thoresen et al., 2018). Důvěra v instituce je specifická v tom, že na rozdíl od interpersonální důvěry u ní hraje roli to, jak dobře podle nás instituce plní svou funkci (Hudson, 2006). Důvěra v instituce je klíčová pro zdravou a prosperující společnost. Sociální důvěra je zásadní pro společenskou soudržnost, integraci a stabilitu a je spojena se zdravím, spokojeností, štěstím, dlouhověkostí a pocitem sociálního začlenění. Sociální důvěra je nezbytná pro to, aby společnost správně fungovala a aby držela pospolu (Newton et. al, 2018). V situaci katastrof a krizí se společnost často mobilizuje, spojí síly a využije své institucionální a organizační zdroje, aby krizi překonala. V takovou chvíli se tedy může objevit vyšší důvěra v instituce. Je popsán tzv. „efekt shromáždění kolem vlajky“ (*rally 'round the flag effect*), kdy dochází ke krátkodobému zvýšení popularity vlády země v období mezinárodních krizí (Thoresen et al., 2018). Důvěra ve veřejné instituce bývá rozdělena na důvěru v instituce více autonomní a nestranné jako jsou soudy, policie, nebo poskytované civilní služby, u kterých se důvěra projevuje silněji, a na druhé straně důvěra vůči vládě, parlamentu či politickým stranám (Newton et. al, 2018). Dosavadní výzkumy v této oblasti naznačují, přestože tato oblast ještě není podrobně probádaná, že důvěra v instituce může mít vliv na well-being člověka. Např. v evropském mezinárodním výzkumu bylo zjištěno, že kromě jiného důvěra v národní vládu a policii podporuje subjektivní well-being – životní spokojenost u lidí (Hudson, 2006). To se ale nepotvrdilo naopak v nedávné studii v Nizozemí již v době pandemie, kdy nebyla prokázána prediktivní hodnota u důvěry v instituce (médiá, předseda vlády, policie, vláda, soudy, zdravotníci a nemocnice, král) na duševní zdraví (Super et al., 2020). Důvěra ve vládu

a její instituce se v rámci pandemie projevuje např. tím, jak jsou lidé ochotní dodržovat nastavená kolektivní opatření (Lalot et al., 2020). Autoři Ren et al. (2020) zmiňují důležitou roli vlády a institucí v tom, jak komunikují informace spojené s pandemií a upozorňují na to, že vyvolaný strach, obavy a šíření nepodložených informací mohou být i škodlivější než samotné onemocnění.

2.4 Sociální opora a well-being v kontextu sociodemografických charakteristik

To, jak jedinec vnímá své sociální zdroje a jak se na ně spoléhá, se může lišit z hlediska různých sociodemografických charakteristik, jako je například věk, pohlaví nebo vzdělání.

Z hlediska věku lze říci, že sociální vztahy jako takové hrají ve vývoji člověka klíčovou roli v různých obdobích, např. nástup na základní školu je pro dítě důležitým sociálním mezníkem, kdy se zařazuje do vrstevnické skupiny. Role vrstevníků je obzvlášť klíčová v dospívání a adolescenci třeba pro zdravé rozvíjení vlastní identity a pro vývoj sociální kognice (Vágnerová & Lisá, 2021). I tyto skupiny se však ocitly v nucené izolaci, když se školní výuka se přesunula do online prostředí. Autoři Milner et al. (2016) zkoumali sociální oporu s ohledem na věkové skupiny a zjistili, že u lidí do 30 let hraje vysoká míra sociální opory větší roli ve zlepšení duševního zdraví než u starší populace. Vysvětlují, že to může být právě větší důležitostí vrstevnických sociálních vztahů s ohledem na formování vlastní identity.

V dalších studiích byla zkoumána i prediktivní síla sociální opory z hlediska jednotlivých oblastí subjektivního well-beingu (životní spokojenost, pozitivní a negativní afekty) s ohledem na věk. Autoři studie zjistili, že ve zkoumaném modelu, kde je zohledněna sociální opora, nehraje věk roli významného prediktoru s ohledem na subjektivní well-being. Vnímaná i skutečně získaná sociální opora se ukázaly být prediktorem životní spokojenosti, pozitivní afektivita byla predikována rodinným zázemím a poskytovanou sociální oporou, zatímco negativní afekty byly predikovány vnímanou sociální oporou (Siedlecki et al., 2014). Jinými slovy, tyto výsledky naznačují, že vnímaná

sociální opora se podílí na životní spokojenosti jedince bez ohledu na věk, zatímco její nedostatek souvisí s vyšší měrou psychického distressu.

Míra vnímané sociální opory a její vliv na duševní zdraví se může lišit i na základě pohlaví. Výsledky provedené metaanalýzy 64 studií v Iránu ukazují, že u žen lze pozorovat větší efekt sociální opory na duševní zdraví než u mužů (Salari et al., 2017). Podobně ukazují i další studie, že ženy během sociální izolace trpí častěji depresí, úzkostí a podrážděností (Grey et al., 2020). Odpovídá tomu i shrnutí autorů Kawachi a Berkmana (2001), že ženy vykazují vyšší míru psychologické nepohody než muži, protože mohou být náchylnější k tomu, že je více ovlivňuje nepohoda a trápení ostatních blízkých lidí. Autoři poukazují totiž zároveň na to, že ženy oproti mužům udržují mnohem víc blízkých emocionálních vztahů s druhými lidmi, častěji využívají zdrojů sociální opory a častěji samy sociální oporu poskytují. I další studie potvrzují, že u žen má vysoká míra sociální opory o něco větší vliv na duševní zdraví než u mužů (Milner et al., 2016).

Svou roli ve vztahu sociální opory a duševního zdraví hraje také vzdělání. Sun et al. (2020) zjistili u lékařů pozitivní korelaci mezi vnímanou sociální oporou a věkem, vzděláním a nejvyšším dosaženým titulem, přičemž sociální opora pozitivně ovlivňuje duševní zdraví. Vzdělání a dosažený titul mají signifikantní efekt na duševní zdraví skrz vnímanou sociální oporu (Sun et al., 2020).

2.5 Sociální opora a sociální izolace v rámci pandemie

Jedním z důsledků, kterým svět čelí kvůli pandemii, je nucená sociální izolace a omezování sociálních kontaktů z důvodu zamezení šíření virové nákazy v populaci. Nejprve je nutné odlišit pojmy sociální izolace a osamělost. Sociální izolací rozumíme objektivní nedostatek sociálních kontaktů (např. absenci osob žijících ve společné domácnosti, omezení a nedostatek kontaktů s ostatními lidmi), zatímco osamělost je definována jako subjektivní pocit nedostatku sociálních interakcí nebo společnosti (Leigh-Hunt et al., 2017). Problémem sociální izolace je, že může vést k pocitu osamělosti, přičemž je ale nutné dodat, že k osamělosti nevede pouze sociální izolace, osamělý se může cítit i člověk s dostatkem sociálních kontaktů (Cornwell & Waite, 2009). Osamělost je tedy chápána také jako negativní emocionální stav spočívající v subjektivním pocitu

rozporu mezi sociálními vztahy, které by jedinec chtěl mít, a mezi těmi, které skutečně má (Buecker et al., 2020; Cacioppo & Hawkley, 2010 in Gubler et al., 2020).

Mnohé výzkumy potvrzují, že osamělost, sociální izolace a menší míra vnímané sociální opory jsou asociovány s horším duševním i fyzickým zdravím. Sociální izolace je popisována jako rizikový faktor pro výskyt onemocnění a úmrtnosti (Cacioppo & Hawkley, 2003). Uvedení autoři zjistili, že u mladých dospělých, kteří zažívají sociální izolaci, je tendence k hodnocení životních událostí jako více stresujících, přičemž se u nich objevoval rizikový faktor pro hypertenzi, horší hojení ran a nižší spánková efektivita. Metaanalýza systematických studií na toto téma identifikovala signifikantní vztah mezi osamělostí i sociální izolací se zvýšenou úmrtností z různých příčin, a mezi sociální izolací a zvýšeným výskytem kardiovaskulárních onemocnění, přestože je v této oblasti obtížné určit kauzalitu (Leigh-Hunt et al., 2017). Wang et al. (2018) zjistili vztah mezi vyšší osamělostí a horšími následky depresivního onemocnění. Potvrdili, že rovněž u lidí, kteří trpí depresí a kteří vnímají menší sociální oporu ze svého okolí, se také objevují horší symptomy onemocnění, hůře se zotavují a vyskytuje se u nich zhoršené sociální fungování.

Naopak dobré zdroje sociální opory mohou fungovat jako nárazník nebo podpůrný zdroj při zvládání náročných životních situací (Srensen et al., 2011) a slouží jako významný faktor podporující mentální zdraví. Výzkumy ukazují, že lidé s větší sociální oporou mají lepší duševní zdraví než ti, kteří naopak vnímají, že jí mají méně. Osamělost také bývá častěji spojována s depresivními symptomy a depresí. U jedinců, kteří vnímají emocionální a instrumentální oporu od druhých lidí, stejně jako širokou sociální síť, se opora ukazuje jako protektivní faktor v souvislosti s depresivitou, zatímco nedostatek sociálních spojení je častěji spojován s depresí (Santini et al., 2015). Sociální opora tedy v kontextu pandemie může nejen pomoci redukovat nežádoucí duševní symptomy, ale také může být nápomocná pro adaptaci a podporu duševního zdraví (Saltzman et al., 2020).

U adolescentů zasažených zemětřesením ve Wenchuanu v Číně (Xu & Ou, 2014) byl prokázán efekt hlavního účinku sociální opory od rodiny, přátel a významných druhých, zatímco nárazníkový efekt u těchto skupin potvrzen nebyl. Pozitivní vliv vnímané sociální opory z uvedených skupin byl prokázán na míru posttraumatické stresové reakce u osob zasažených katastrofou.

Také aktuální výzkumy provedené v souvislosti s pandemií jsou v souladu s těmito závěry a naznačují, že vnímaná sociální opora hraje roli jako prediktor a protektivní faktor u mnoha duševních stavů a obtíží. Protektivní vliv vnímané sociální opory byl zjištěn u depresivity a zhoršené kvality spánku (Grey et al., 2020). Autoři zjistili, že lidé s vnímanou vysokou sociální podporou mají o 63 % nižší riziko deprese a o 52 % nižší riziko zhoršené kvality spánku. Autoři studie dále zjistili, že mezi lidmi, kteří jsou v sociální izolaci v důsledku např. karanténních opatření, a těmi, kteří v sociální izolaci nejsou, jsou signifikantní rozdíly v depresivitě, podrážděnosti a osamělosti. Těmito stavy trpěli více lidé, kteří se nacházeli v sociální izolaci. Mnoho z nich také uvedlo zhoršení duševního zdraví. V míře vnímané sociální opory však mezi těmito skupinami nebyl zjištěn rozdíl. Vnímaná sociální opora ale negativně koreluje se všemi zkoumanými negativními stavy – s opuštěností, depresivitou, podrážděností, úzkostí a spánkovými problémy. To je v souladu i s dalšími studiemi, že vnímaná sociální opora negativně koreluje s depresí a stresem (Wilson et al., 2020). Nemalou roli hraje také to, jak lidé vnímají nařízená omezení izolace a sociálního kontaktu a zda s nimi souhlasí. Studie provedená v Hong Kongu naznačuje, že dodržování opatření (nechodit ven, nezdržovat se na místech, kde je větší počet osob atp.), jejich vnímaná účinnost a souhlas s nimi jsou asociovány s nižší mírou stresu, úzkosti a depresivních symptomů. Nicméně zvyšující se počet dní, kdy byli jedinci izolováni v domovech, byl také asociován s vyšší depresivitou (Zhao et al., 2020).

Sociální opora se spolu s optimismem ukázala také jako signifikantní protektivní faktor ve studii zkoumající duševní zdraví zdravotníků v kontextu pandemie Covid-19. U zdravotníků v Německu byla vyšší míra vnímané sociální opory asociována s nižší generalizovanou úzkostí a depresivitou, a hrála větší roli než rizikové faktory jako pohlaví, nebo kontakt s onemocněním (Schug et al., 2021). Autoři zdůrazňují, že sociální opora zde hraje pozitivní roli jako efektivní coping v pandemii.

Další studie v rámci pandemie zdůrazňuje významnou důležitost sociální opory ze strany spolupracovníků a rodiny. Autoři zjistili u zaměstnanců negativní asociaci mezi podporou spolupracovníků a emocionálním vyčerpáním zaměstnanců, zprostředkované

zaměstnancovou nejistotou: sociální opora od rodiny v tomto modelu významně zmírňuje negativní efekt vnímané nejistoty na emocionální vyčerpání (Usman et al., 2021).

Míra sociální opory může hrát roli také jako kompenzace u nízké resilience, kdy dostatečná sociální opora vyrovnává tento rizikový faktor (Li et al., 2021).

Metaanalýza studií zabývajících se psychologickými dopady karantény (poté, co má jedinec rizikový kontakt s onemocněním) uvádí, že karanténa souvisí s negativními psychologickými efekty jako jsou posttraumatický stresový syndrom, zmatenost, vztek. Stresory v karanténě představují její délka, strach z onemocnění, frustrace, nuda, neadekvátní zásobování a informovanost, finanční ztráta a stigmatizace (Brooks et al., 2020).

Autoři Mana et. al (2021a) s ohledem na copingové zdroje (individuální, sociální, národní) uvádí, že sociální opora se ukázala v čase jako méně stabilní než individuální zdroje zvládnání pandemie (v uvedené studii se jedná o Sence of Coherence). Závěry z této longitudinální studie naznačují, že během pandemie úroveň duševního zdraví během času klesá, a z copingových strategií se ukazují být stabilní ty individuální (jako je Sence of Coherence), zatímco ostatní copingové strategie, kam je zařazena i sociální opora, klesají. Jinými slovy, během pandemie tedy zřejmě klesl okruh sociálních zdrojů, ze kterých vnímáme možnou oporu, ale to, jak vnímáme a vysvětlujeme svět kolem nás, zůstává stabilnější a pomáhá překonávat krizi související s pandemií.

2.6 Metody měření sociální opory

Jednou z metod k měření vnímané sociální opory je sebeposuzovací dotazník MSPSS – *Multidimensional Scale of Percieved Social Support* (Zimet et al., 1988). Faktorovou analýzou byly identifikovány tři subškály vnímané sociální opory – rodina, přátelé a významní druzí. Vysoká míra sociální opory měřena touto metodou byla spojena s nižšími riziky deprese a úzkostnosti. Psychometrické charakteristiky jsou velmi dobré, byla potvrzena jeho vysoká reliabilita i validita jednotlivých subškál. Na vzorku adolescentů a byla potvrzena dobrá vnitřní konzistence dotazníku (Cronbachovo α u celého dotazníku je .91), i jeho tři faktory (Canty-Mittchel & Zimet, 2000). Diskriminační validita

subškály vnímané sociální opory od rodiny byla potvrzena pomocí nástroje The Adolescent Family Caring Scale (AFCS; Canty-Mitchell, 2000), který na 44 položkách měří, jak adolescenti vnímají péči ze strany rodinných příslušníků, přičemž bylo dosaženo vysoké korelace se subškálou rodina ($r = .76, p < .001$). Validita subškály významní druzí byla ověřena významně vyšším skórem u respondentů, kteří byli v manželském svazku, oproti svobodným respondentům (Zimet et al., 1990). Vysoká reliabilita byla potvrzena i v dalších studiích, např. u vzorku studentů v Thajsku dosáhlo Cronbachova $\alpha = .91$ (Wongpakaran et al., 2011).

Dalším nástrojem je Social Support Questionnaire (SSQ), který měří, kolik vnímané sociální opory jedinec vnímá a jak je spokojený s dostupnou sociální oporou (Sarason et al., 1983).

Jinou možností měření sociální opory, která se objevuje v některých výzkumech (např Siedlecki et al., 2014) je Social Network Questionnaire (Shaw et al., 2007, Krause, 1999), dotazník, který měří 11 dimenzí sociálních vztahů. Jsou rozdělené do 4 oblastí: a) sociální zázemí (je posuzováno podle toho, kolik má kontaktů s rodinou a přáteli), b) získaná sociální opora (měřena podle toho, jakou oporu – emocionální či materiální, jedinec získal ze svého okolí za poslední rok, c) vnímaná sociální opora (jak jedinec vnímá předpokládanou oporu od okolí), a d) poskytnutá sociální opora (kterou jedinec poskytl ostatním).

Adaptaci do českého jazyka má Dotazník sociální opory (MOS), jehož originální verze *Social support Survey-MOS* (Sherburne & Steward, 1991; Sherburne et al., 1992) je vyvinutý jako indikátor míry sociálního fungování, a měří anticipovanou, subjektivní sociální oporu. Původní verze má dobrou vnitřní konzistenci ($\alpha = .97$). Česká verze dotazníku byla ověřena na vzorku 227 žen bez partnera žijících v komunitě. Faktorovou analýzou byla vyřazena 1 položka, zkrácená verze obsahuje 3 dimenze – chápající autorita, emocionální blízkost a praktická intervence (Kožený & Tišanská, 2003).

Konkrétní oblasti sociální opory lze měřit také subškálami jiných dotazníků, např. sociální opora z práce se nachází v subškále dotazníku *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II* (COPSOQ II). V subškále tohoto dotazníku jsou odlišeny jednotlivé

zdroje opory na pracovišti jako opora od nadřízených, od kolegů a od sociální komunity v práci (Pijpker et al., 2018)

Výzkumná část

3 Úvod

3.1 Teoretická východiska a cíl výzkumu

Výzkumná část vychází z literárně-přehledové části, kde byly popsány současné přístupy k pojetí duševního zdraví a well-beingu. Ve výzkumné části budu vycházet především z Keyesova pojetí well-beingu (2009), který duševní zdraví popisuje jako přítomnost pozitivních symptomů duševního zdraví na jedné straně, a zároveň jako nepřítomnost duševního onemocnění a dalších negativních symptomů a distressu na straně druhé. V teoretické části byl dále popsán koncept sociální opory a jeho teoretická východiska, ze kterých budu ve výzkumné části čerpat. U vnímané sociální opory jedince byla prokázána prediktivní hodnota právě u well-beingu jedince (např. Srensen et al., 2011; Wilson et al., 2020), zatímco naopak u sociální izolace byly popsány sklony k úzkostným a depresivním symptomům (např. Cacioppo & Hawkley, 2003; Wang et al., 2018). V tomto výzkumu si klademe za cíl prozkoumat, zda sociální opora působí jako signifikantní prediktor well-beingu v kontextu pandemie Covid-19. Do výzkumu byla zařazena také škála úzkostnosti GAD-7, přičemž hypotéza autorů původního výzkumu byla, že obecná úroveň úzkostnosti může být lépe vysvětlena právě proměnnými souvisejícími s pandemií, jako je zdravotní stav nebo hrozba nepříznivé finanční situace, zatímco well-being budou vysvětlovat zdroje pro zvládání náročných situací, kam patří i sociální opora (Mana et al., 2021b).

3.2 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Současná pandemie a související omezení a opatření, stejně jako strach ze samotné nemoci, lze vnímat jako potenciálně ohrožující stresory ohrožující duševní zdraví a well-being. Dosavadní výzkumy naznačují, že lidé s vysokou vnímanou sociální oporou především lépe zvládají stresové situace a objevují se u nich méně často symptomy úzkostnosti a distressu. Sociální opora tedy může sloužit jako nárazník chránící duševní zdraví. Hlavním cílem výzkumného projektu je zjistit, zda vnímaná sociální opora představuje během pandemie protektivní faktor duševního zdraví. Na základě uvedeného výzkumného cíle jsou následně definovány tyto výzkumné otázky:

VO1: Jaký je vztah mezi vnímanou sociální oporou a duševním zdravím v době pandemie Covid-19?

VO2: Jaký je vztah mezi vnímanou sociální oporou a well-beingem v době pandemie Covid-19?

VO3: Jaký je vztah mezi vnímanou sociální oporou a úzkostností v době pandemie Covid-19?

VO4: Jaký je vztah mezi vnímanou sociální oporou a psychosomatickými projevy v době pandemie Covid-19?

Na základě poznatků uvedených v teoretické části této diplomové práce byly definovány tyto výzkumné hypotézy:

H1: Existuje signifikantní vztah mezi vnímanou sociální oporou a mírou duševního zdraví, za předpokladu, že je kontrolováno pro sociodemografické proměnné (věk, pohlaví a vzdělání) a finanční a zdravotní dopady pandemie.

H2: Existuje signifikantní vztah mezi vnímanou sociální oporou a well-beingem, za předpokladu, že je kontrolováno pro sociodemografické proměnné (věk, pohlaví a vzdělání) a finanční a zdravotní dopady pandemie.

H3: Existuje signifikantní vztah mezi vnímanou sociální oporou a úzkostností, za předpokladu, že je kontrolováno pro sociodemografické proměnné (věk, pohlaví a vzdělání) a finanční a zdravotní dopady pandemie.

H4: Existuje signifikantní vztah mezi vnímanou sociální oporou a psychosomatickými projevy, za předpokladu, že je kontrolováno pro sociodemografické proměnné (věk, pohlaví a vzdělání) a finanční a zdravotní dopady pandemie.

4 Metody

4.1 Výzkumný design

Výzkumný projekt a jeho design byl zpracován společností Society for Theory and Research on Salutogenesis (STARS, 2020). Výzkum probíhal souběžně v několika zemích a jeho cílem bylo prozkoumat, jaké faktory hrají roli u duševního zdraví lidí v době pandemie Covid-19. Kromě ČR a průřezové studie, která byla provedena na přelomu roku 2020/2021, proběhl výzkum i v Nizozemí, Itálii, Izraeli a Španělsku (Mana et al., 2021b). Sběr dat probíhal mezi prosincem 2020 a únorem 2021. Výzkum pracuje jednak se závislými, predikovanými proměnnými, na jejichž základě zkoumáme a hodnotíme úroveň duševního zdraví, a dále s řadou nezávislých, prediktivních proměnných, u kterých zkoumáme jejich prediktivní hodnotu na duševní zdraví a jeho komponenty. Kromě sociální opory, které je věnován prostor v této práci, pracuje celá výzkumná studie také s dalšími proměnnými, které jsou podrobněji zkoumány v jiné diplomové práci, a to Sence of Coherence a Sence of National Coherence² (Miková, 2021).

Vzhledem k výzkumným otázkám byl zvolen kvantitativní design výzkumného projektu. Tento typ výzkumu je vhodný z důvodu, že cílem výzkumného šetření je ověření stanovených hypotéz na širokém a různorodém vzorku populace. Tímto typem výzkumu je možné získat větší množství respondentů za nižší časové náročnosti. Pro sběr dat bylo využito dotazníkové šetření, které bylo šířeno mezi respondenty online formou.

4.2 Proměnné

Ve výzkumu analyzuji následující závislé a nezávislé proměnné:

Závisle proměnné:

- well-being,
- úzkostnost a psychosomatické symptomy.

² Do češtiny lze přeložit jako smysl pro národní soudružnost.

Nezávisle proměnné:

- sociální opora,
- vnímání koronavirové krize a jejích dopadů.

4.3 Výběr respondentů z populace

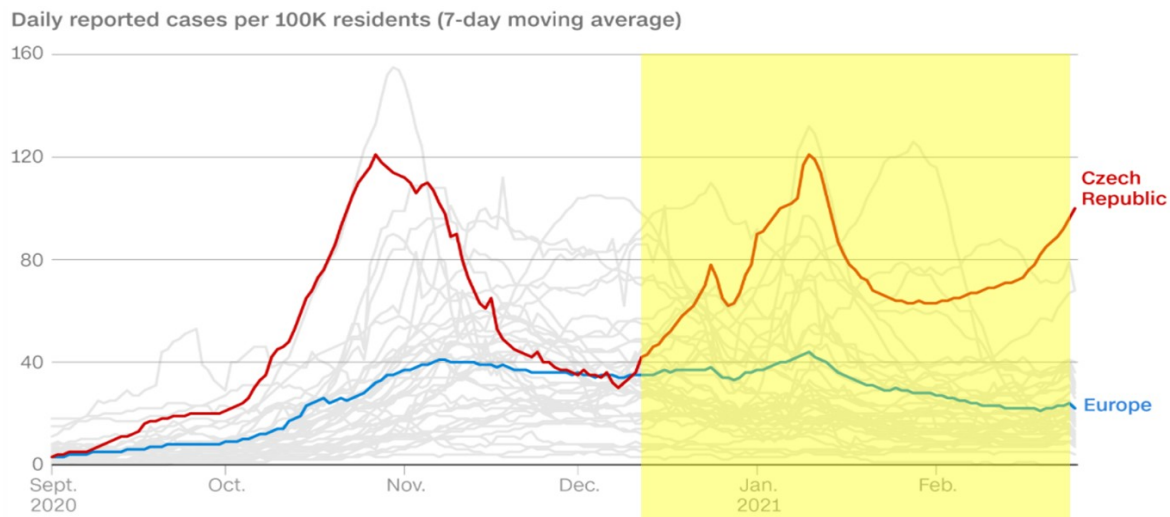
Výběr respondentů z populace probíhal kombinací sebevýběru a částečně metodou sněhové koule. Dotazník byl šířen především přes sociální sítě (Facebook, rozličné profesní a zájmové skupiny, přeposílání odkazu e-mailem). Cílem bylo zajistit jednak co nejvyšší počet respondentů, a zároveň co nejvíce heterogenní složení vzorku se zastoupením různých sociodemografických skupin. V úvodu byly respondenti seznámeni s tím, že výzkum probíhá v rámci mezinárodní spolupráce se společnostmi pro výzkum salutogeneze a byli informováni o tom, že se jedná o obor, který se zabývá podporou zdraví a nikoli pěstováním strachu z nemoci. Sami respondenti byli v některých případech také požádáni o další šíření dotazníku.

4.4 Proces sběru dat

Pro sběr dat byla využita online platforma Survey Monkey. Samotný sběr dat poté probíhal od prosince 2020 do února 2021, než bylo dosaženo požadované velikosti vzorku. Uvedená doba sběru dat byla specifická pandemickou situací, kdy jsme v ČR dosahovali nejhorších čísel stran počtu nálezů i úmrtí v Evropě. Jak je znázorněno na Obrázku 2, v první polovině ledna 2021 dosahovaly počty nově reportovaných případů nákazy na 100 tisíc obyvatel od listopadu 2020 největšího nárůstu. Česká republika tak byla zmiňována jako jedna z nejhorších zemí na světě s rizikem brzkého kolapsu přeplněných nemocnic (Kottasová, 2021). Též autorka uvádí, že přestože jako pro členu EU mělo být v ČR k dispozici dostatek vakcín, vládní opatření proti pandemii nebyla příliš efektivní a přicházela se zpožděním.

Obrázek 2

Počet nových případů za den na 100 tisíc obyvatel (7denní klouzavý průměr)



Poznámka. Převzato z CNN, 2021. <https://edition.cnn.com/2021/02/28/europe/czech-republic-coronavirus-disaster-intl/index.html>

4.5 Použité nástroje

Ve výzkumu byly použity standardizované metody Mental Health Continuum ve zkrácené verzi pro měření well-beingu, GAD-7 pro úzkostné symptomy, a samostatné otázky na vnímanou sociální oporu a četnost výskytu psychosomatických symptomů. Respondenti odpovídali na demografické údaje, jako je věk, pohlaví, politická příslušnost, rodinný stav, náboženské vyznání, nejvyšší dosažené vzdělání. Dále odpovídali na otázky týkající se pandemie, zda oni nebo někdo z jejich blízkých prodělali koronavirus, zda je zasáhla tíživá finanční situace v důsledku pandemie a zda jsou z důvodu věku nebo zdraví v rizikové skupině obyvatel. Tyto otázky budou do analýzy zahrnuty jako situační proměnné.

4.5.1 Mental Health Continuum – SF

Do výzkumu byla zařazen diagnostický nástroj Mental Health Continuum ve zkrácené, 14 položkové verzi. Zahrnuje 3 položky pro emocionální well-being, 6 položek

reprezentujících psychologický well-being a 5 položek, které se týkají sociálního well-beingu. Škála odpovědí je nakódována jako nikdy = 1, jednou nebo dvakrát za měsíc = 2, jednou týdně = 3, dvakrát až třikrát týdně = 4, skoro každý den = 5, každý den = 6.

Respondenti v dotazníku odpovídají na to, zda pociťovali konkrétní stavy za uplynulý měsíc. Takové období je v tomto dotazníku zvoleno z důvodu, aby odpovídalo období pro posouzení a diagnostiku depresivní epizody (Keyes, 2009). Na základě této metody může být respondent posouzen jako „vzkvétající“ v případě, že zažije každý den nebo téměř každý den nejméně jeden ze tří znaků hedonického well-beingu, a alespoň 6 z 11 zbývajících znaků pozitivního fungování v životě. V opačném případě, kdy jedinec strádá na duševním zdraví, nezažívá tyto věci nikdy, nebo jen několikrát do měsíce. Jedinci, kteří nejsou diagnostikováni ani jako strádající, ani jako vzkvétající, mají mírné duševní zdraví.

Dotazník je dostupný v anglické jazykové verzi. Na překladu do českého jazyka pracovali dva překladatelé paralelně, a překlady byly poté porovnány a upraveny. Finální podoba českého překladu je k nahlédnutí v příloze.

4.5.2 GAD-7

GAD-7 je sedmi položkový dotazník na přítomnost úzkosti a úzkostných projevů založený na sebesouzení, zda se u jedince v posledních 2 týdnech objevily konkrétní obtíže. Je vytvořený na základě dat získaných v USA v letech 2004-2005 na vzorku 2739 dospělých lidí, přičemž bylo dosaženo vysoké reliability a vnitřní konzistence na hodnotě Cronbachovo $\alpha = .92$ (Spitzer et. al, 2006). Ve komparativní studii salutogeneze ve 4 zemích dosáhl v Izraeli $\alpha = .91$, v Nizozemí $\alpha = .85$, v $\alpha =$ Itálii $\alpha = .88$ a ve Španělsku $\alpha = .90$ (Mana et al., 2021b). Dotazník je validní pro odhalení generalizované úzkostné poruchy, a slouží jako screening pro ostatní úzkostné poruchy (Williams, 2014). Respondenti v něm odpovídají na čtyřbodové škále (0 - vůbec, 1- několik dní, 2 - přes polovinu dní, 3 - skoro každý den). Výsledné skóre 5, 10 a 15 představují mezníky pro mírnou, střední a závažnou úzkost (Williams, 2014). Celé znění dotazníku je k nahlédnutí v Příloze 2.

4.5.3 Sociální opora

Vnímaná sociální opora je ve výzkumu měřena otázkou, do jaké míry cítil respondent za poslední měsíc podporu v každém z těchto okruhů: rodina, přátelé, komunita v sousedství nebo ve městě, virtuální komunita – např. Twitter, Facebook a další online fóra, vládní instituce, pracoviště, náboženská/duchovní organizace, do které patří. Respondenti odpovídali na 5 bodové Likertově škále, kdy 0 = vůbec, 1 = velmi málo, 2 = trochu, značně = 3, velmi značně = 4. Znění otázek vytvořil výzkumný tým STARS, který je použil do původního výzkumu, zde byly použity v českém překladu. Celé znění je k nahlédnutí v Příloze 3.

4.5.4 Psychosomatické projevy

Psychosomatické projevy jsou ve výzkumu měřeny otázkou, zda respondent trápily v posledním období konkrétní potíže. Znění otázky vytvořil výzkumný tým STARS, který je použil do původního výzkumu, zde byly použity v českém překladu. Celé znění je k nahlédnutí v Příloze 4.

4.5.5 Dopady pandemie Covid-19

Byly zjišťovány zdravotní a finanční dopady pandemie na respondentu. Ohledně zdraví odpovídali na otázky, zda oni nebo někdo z jejich blízkých onemocněl prodělal a zda patří do rizikové skupiny. Na škále 1-5 (1 = vůbec, 5 = extrémně) odpovídali na otázky ohledně finanční krize: do jaké míry si myslí, že budou finančně trpět koronavirovou krizí a do jaké míry si myslí, že kvůli koronaviru nebudou moci zaplatit své účty. I v tomto případě vytvořil znění otázek vytvořil výzkumný tým STARS, který je použil do původního výzkumu, zde byly použity v českém překladu.

4.6 Etika výzkumu

V rámci procesu sběru dat byla zajištěna anonymita odpovědí a informované souhlasy respondentů. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná a účastníci mohli kdykoli svou účast při vyplňování dotazníku ukončit. Od respondentů nebyly evidovány žádné osobní údaje, které by mohly jednoznačně identifikovat konkrétní fyzickou osobu, jako je jméno, příjmení, e-mailová adresa, IP adresa nebo telefon. Demografické údaje, jako je věk, pohlaví v tomto případě bez dalších údajů nesloužily jako identifikátory. K hrubým datům měl během výzkumu přístup pouze výzkumný tým. Každé odpovědi bylo přiřazeno unikátní ID, ani výzkumníci s přístupem k datům však nejsou na základě nich schopni přiřadit odpovědi ke konkrétním respondentům.

Respondenti byli na začátku výzkumu informováni o účelu studie, a to porozumění možným protektivním faktorům během pandemie, které mohou přispívat ke zdraví jedinců. V úvodních informacích k výzkumu byl uveden kontakt na garanta výzkumu, Mgr. Ivanu Šípovou, Ph.D., která byla připravena zodpovídat doplňující otázky. Byli uvedeni do tématu tak, že jim dotazník poskytne zajímavé položky týkající se duševního zdraví, prožívání a kvality života v současné situaci. Byli také poučeni o anonymitě a o diskrétnosti při zpracování dat, a byla v některých případech také nabídnuta možnost seznámení s výsledky provedené studie. Respondenti měli možnost účast na výzkumu kdykoli ukončit během vyplňování dotazníku, s čímž byli rovněž srozuměni.

Jedná se o výzkum, který má mapující charakter a nebylo předpokládáno riziko etického pochybení. Výzkumný tým nežádal o jeho schválení Komisí pro etiku ve výzkumu UK, a to z důvodu nutnosti rychlého započetí realizace výzkumu a sběru dat.

5 Výsledky

5.1 Způsob zpracování dat

Pro zpracování a analýzu dat byly použity programy Jamovi, verze 1.6 (2021) a Microsoft Excel. Hypotézy byly testovány na hladině významnosti $\alpha = .05$, což je hodnota používaná standardně ve většině psychologických výzkumů.

5.2 Analýza dat

Získaná data byla nejprve připravena k samotné analýze. Byly vyřazeny neúplné odpovědi respondentů, tedy těch, kteří neodpověděli na všechny otázky nebo ukončili vyplňování dotazníku v jeho průběhu. Z 872 odpovědí včetně těch, kteří odkaz na dotazník pouze otevřeli, bylo získáno 476 kompletních odpovědí. Data byla připravena na analýzu vypočtením celkových a průměrných skóre pro vnímanou sociální oporu a pro úroveň well-beingu, úzkostnosti a somatických projevů. Míra duševního zdraví byla vypočtena na základě skóre podle přítomnosti well-beingu, a nepřítomnosti úzkostnosti a psychosomatických projevů.

Data byla následně analyzována v programu Jamovi za použití deskriptivní statistiky, Pearsonovy korelační analýzy a vícečetné lineární regrese.

5.3 Sociodemografické charakteristiky výzkumného souboru

Po vyloučení neúplných odpovědí se výzkumný soubor skládá z celkem 476 respondentů. V Tabulce 1 je zobrazeno rozložení pohlaví ve vzorku. Větší část výzkumného souboru tvoří ženy.

Tabulka 1

Rozložení výzkumného souboru dle pohlaví

Pohlaví	<i>n</i>	Relativní četnost
muž	188	39.5 %
žena	288	60.5 %

Průměrný věk respondentů je $M = 38.9$, $SE = 13.1$. Věkové rozložení vzorku je znázorněno v Tabulce 2 a v Grafu 1. Nejmladšímu respondentovi je 19 let, nejstaršímu je 80 let. Nejvíce respondentů je mezi 25 a 34 lety (34.2 %). Cca dvě třetiny výzkumného souboru (67.6 %) je ve věku mezi 19 a 44 lety, necelá třetina (32.4 %) je ve věku 45 až 80 let.

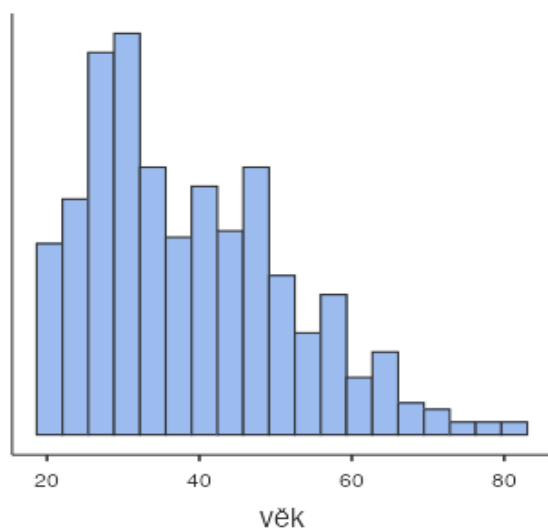
Tabulka 2

Rozložení výzkumného souboru dle věku

Věk	<i>n</i>	Relativní četnost	Kumulativní četnost
19–24	56	11.8 %	11.8 %
25–34	163	34.2 %	46.0 %
35–44	103	21.6 %	67.6 %
45–54	89	18.7 %	86.3 %
55–64	43	9.0 %	95.4 %
65–75	17	3.6 %	98.9 %
75+	5	1.1 %	100.0 %

Graf 1

Rozložení výzkumného souboru dle věku



Zastoupení z hlediska vzdělání ve výzkumném vzorku tvoří lidé s vysokoškolským vzděláním ($n = 327$, 68.7 %), z toho 43.7 % s magisterským vzděláním ($n = 208$). Respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou tvoří 26.1 % vzorku ($n = 124$),

a lidé bez maturity (se základním vzděláním nebo výučním listem) tvoří 4.2 % vzorku ($n = 20$). Ve výzkumném vzorku je podobný počet svobodných lidí ($n = 211$, 44.3 %) jako v manželském svazku ($n = 208$, 43.7 %). Rozvedených osob ve vzorku je 9.2 % ($n = 44$). Většina respondentů ve výzkumném vzorku je bez náboženského vyznání ($n = 354$, 74.4 %). Ze zbývajících 25.6 % je nejčastější římskokatolické vyznání ($n = 66$, 13.9 %).

5.4 Deskriptivní statistika analyzovaných proměnných

V analyzovaných proměnných byly sečteny hrubé skóry odpovědí, ze kterých byl vypočítán průměr, medián, směrodatné odchylky a minimální a maximální hodnoty, což je popsáno v Tabulce 3.

Tabulka 3

Deskriptivní statistika analyzovaných proměnných

Proměnná	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Medián</i>	<i>SE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Sociální opora	476	2.09	2.14	0.65	0.00	4.00
MHC-SF	476	3.99	4.07	0.91	1.00	6.00
GAD-7	476	1.02	0.86	0.63	0.00	3.00
Psychosomatické projevy	476	0.61	0.50	0.48	0.00	2.67

Nejčastější vnímaná sociální opora je u rodiny ($M = 3.36$, $SD = .87$), u přátel ($M = 3.05$, $SD = .87$) a sociální opora z pracoviště (průměrná hodnota $M = 2.49$, $SD = 1.19$). Méně sociální opory vnímají lidé z komunity, z virtuálního prostředí, od vlády a z náboženských institucí. V části týkající se položek vnímané sociální opory bylo dosaženo vnitřní konzistence (Cronbachova $\alpha = .60$, McDonaldova koeficientu $\omega = .62$). Tato nižší míra reliability může být považována za vyhovující díky široké variabilitě možných zdrojů sociální opory. Dále se tomu věnuji v diskuzi.

Použitý diagnostický nástroj Mental Health Continuum dosáhl velmi dobré vnitřní konzistence ($\alpha = .90$, $\omega = .91$). Bylo tedy dosaženo podobné vysoké reliability jako u jiných výzkumů (např. Keyes, 2009; George & Mallery, 2013). Dotazník GAD-7 měl

velmi dobrou vnitřní konzistenci ($\alpha = .87$, $\omega = .87$). Položky měřící psychosomatické symptomy dosáhly hodnoty $\alpha = .69$, $\omega = 0.71$.

U inventáře MHC-SF byly dále vypočteny jeho jednotlivé subškály, jejichž deskriptivní statistika je zobrazena v Tabulce 4. Aby tak mohlo být učiněno, proměnné byly překódovány podle Keyese (2007), kdy je podle jeho manuálu pro výpočet v SPSS škála odpovědí nakódována jako nikdy = 0, jednou nebo dvakrát za měsíc = 1, jednou týdně = 2, dvakrát až třikrát týdně = 3, skoro každý den = 4, každý den = 5.

Tabulka 4

Deskriptivní statistika subškál MHC-SF

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Medián</i>	<i>SE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Psychologický well-being	476	20.2	21	6.04	0	30
Emocionální well-being	476	10.3	11	3.48	0	15
Sociální well-being	476	11.5	12	5.36	0	25

Na základě těchto škál byla určena míra duševního zdraví, což je zobrazeno v Tabulce 5. Diagnostika míry duševního zdraví podle Keyese (2007) se určuje podle frekvence prožitků emocionálního well-beingu a podle frekvence symptomů pozitivního fungování, kam spadají subškály sociálního a psychologického well-beingu. Na základě výpočtu podle Keyeseova manuálu spadá přes polovinu výzkumného vzorku do kategorie přiměřeného duševního zdraví.

Tabulka 5

Diagnostika duševního zdraví podle MHC-SF

	<i>n n</i>	Relativní četnost
Strádání	33	6.9 %
Přiměřené duševní zdraví	264	55.5 %
Vzkvétání	179	37.6 %

Skóre duševního zdraví bylo vypočteno v souladu s výše uvedenou teorií duševního zdraví jako soubor symptomů duševního zdraví na jedné straně a nepřítomnost symptomů duševního zdraví na straně druhé pomocí celkových skóre dotazníků MHC-SF, od kterých byly odečteny celkové skóre dotazníku GAD-7 a dotazníku psychosomatických obtíží, jak je zobrazeno v Tabulce 6.

Tabulka 6

Deskriptivní statistika analyzovaných proměnných – celkové skóre

Proměnná	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Medián</i>	<i>SE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Duševní zdraví	476	31.2	33.5	16.8	-36	67
MHC-SF	476	42.0	43.0	12.8	0	70
GAD-7	476	7.11	6.0	4.40	0	21
Psychosomatické projevy	476	3.63	3.0	2.90	0	16

Z analyzovaného vzorku prodělalo onemocnění Covid-19 88 lidí (18.5 %), 209 respondentů uvedlo, že onemocnění prodělal někdo blízký (43.9 %). Do rizikové skupiny kvůli zdravotnímu stavu se zařadilo 44 respondentů (9.2 %). Obavu, že kvůli pandemii nezaplátí účty, prožívalo 11 lidí extrémně (2.4 %), 7 lidí velmi (1.7 %), 20 lidí značně (4.4 %), 111 lidí trochu (24.2 %), 310 lidí vůbec (67.5 %). Obavy z finanční krize kvůli pandemii zažívalo extrémně 18 lidí (3.9 %), 28 lidí velmi (6.1 %), 57 lidí značně (12.3 %), 236 lidí trochu (51.1 %) a 123 lidí vůbec (26.6 %).

5.5 Korelační analýza

Na základě Pearsonovy korelační analýzy se signifikantní pozitivní korelace ukázala mezi hodnotou celkové sociální opory a hodnotou well-beingu MHC-SF a signifikantní negativní korelace mezi sociální oporou a GAD-7 a psychosomatickými symptomy. Tabulka 7 zobrazuje korelační matici jednotlivých proměnných.

Tabulka 7

Korelační matice analyzovaných proměnných

	MHC-SF	GAD-7	PS	Sociální opora
MHC	-			
GAD-7	-.412*	-		
PS	-.394*	.576*	-	
Sociální opora	.324*	-.146*	-.20*	-

Pozn. * $p < .001$

Mezi jednotlivými oblastmi sociální opory a škálami well-beingu jsou následující korelace dle Pearsonovy korelační analýzy: sekundární sociální opora (zdroje ze oblasti práce, komunity, vlády, církevní skupiny) signifikantně pozitivně koreluje se škálou sociálního well-beingu ($r = .309$, $p < .001$). Korelace s psychosomatickými symptomy je slabší ($r = -.108$, $p < .05$), korelace s GAD-7 není signifikantní. Primární sociální opora (rodina a přátelé) koreluje nejvíce se škálou emocionálního well-beingu ($r = .380$, $p < .001$).

5.6 Regresní analýza

Za účelem rozhodnutí o výzkumných hypotézách byla použita hierarchická vícečetná lineární regresní analýza. V prvním kroku byly do modelu (kde predikovanými proměnnými byly duševní zdraví, well-being, GAD-7 a psychosomatické projevy) přidány sociodemografické proměnné jako jsou pohlaví, věk a vzdělání, a proměnné týkající se dopadů pandemie. V druhém kroku byly do modelu zahrnuty jednotlivé zdroje sociální opory a byla zkoumána jejich prediktivní síla.

5.6.1 Duševní zdraví

V prvním kroku vysvětlily sledované sociodemografické proměnné a sledované dopady pandemie 7 % celkové variance duševního zdraví. V druhém kroku byly jako

prediktory přidány jednotlivé zdroje sociální opory a rozsah vysvětlené variance vzrostl na 24.9 %, (rozdíl $R^2 = .179$, $F = 7.8$, $p = <.001$).

Tabulka 8

Duševní zdraví: celkové zhodnocení regresního modelu

Model	R	R ²	Adjustované R ²	Test modelu			
				F	df1	df2	p
1	.265	.070	.046	2.96	6	236	.008
2	.499	.249	.206	5.84	13	229	<.001

Signifikantní prediktor duševního zdraví z hlediska dopadů pandemie je **obava z nezaplacení účtů** ($\beta = -.188$, $p = .05$). Z jednotlivých zdrojů sociální opory jsou signifikantní prediktory sociální opora **z rodiny** ($\beta = .205$, $p = .002$), od **vlády** ($\beta = .196$, $p = .002$) a z **práce** ($\beta = .169$, $p = .007$).

5.6.2 Well-being (MHC-SF)

V prvním kroku model vysvětlil pouze 3.9 % variance. V dalším kroku byly do modelu přidány zdroje sociální opory a vrostl rozsah vysvětlené variance na 20.9 % (rozdíl $R^2 = .17$, $F = 7.03$, $p = <.001$).

Tabulka 9

Well-being: celkové zhodnocení regresního modelu

Model	R	R ²	Adjustované R ²	Test modelu			
				F	df1	df2	p
1	.196	.039	.014	1.58	6	236	.155
2	.457	.209	.164	4.64	13	229	<.001

Z jednotlivých oblastí sociální opory se jako signifikantní prediktor well-beingu ukázala vnímaná sociální opora ze strany **rodiny** ($\beta = .156$, $p = .019$), od **vlády** ($\beta = .181$, $p = .005$) a z **práce** ($\beta = .178$, $p = .006$).

5.6.3 Úzkostnost (GAD-7)

V prvním kroku byly přidány sociodemografické proměnné a proměnné týkající se dopadu pandemie, tento model vysvětlil 6.8 % variance. V dalším kroku byly do modelu přidány zdroje sociální opory a rozsah variance, kterou tento model vysvětluje, vzrostl na 14.4 % (rozdíly jsou $R^2 = .076$, $F = 2.92$, $p = .006$).

Tabulka 10

GAD-7: celkové zhodnocení regresního modelu

Model	R	R ²	Adjustované R ²	Test modelu			
				F	df1	df2	p
1	.261	.068	.044	2.87	6	236	.010
2	.380	.144	.096	2.97	13	229	<.001

Signifikantní prediktor úzkostnosti z hlediska dopadů pandemie je **obava z nezaplacení účtů** ($\beta = .223$, $p = .029$). Z jednotlivých zdrojů sociální opory jsou signifikantní prediktory sociální opora **z rodiny** ($\beta = -.175$, $p = .011$) a od **vlády** ($\beta = -.157$, $p = .019$). Lze tedy říci, že vnímaná sociální opora z těchto dvou zdrojů je protektivní faktor ve vztahu k úzkostnosti.

5.6.4 Psychosomatické projevy

U psychosomatických projevů hraje sociální opora také roli prediktoru, nicméně zde se nejvýrazněji projeví v roli prediktorů i kontrolované proměnné. Ve prvním kroku vysvětlil model 22.1 % variance a v druhém kroku bylo zkoumanými prediktory vysvětleno 29.5 % variance (rozdíly jsou $R^2 = .074$, $F = 3.40$, $p = .002$).

Tabulka 11

Psychosomatické projevy: Celkové zhodnocení modelu

Model	<i>R</i>	<i>R</i> ²	Adjustované <i>R</i> ²	Test modelu			
				<i>F</i>	<i>df</i> 1	<i>df</i> 2	<i>p</i>
1	.471	.221	.198	9.54	7	235	<.001
2	.543	.295	.252	6.81	14	228	<.001

I v této oblasti se ukázal jako signifikantní zdroj sociální opora od **rodiny** ($\beta = -.226$, $p = <.001$). U psychosomatických projevů se jako signifikantní prediktor ukazuje i faktor pohlaví, a to u **žen** ($\beta = .411$, $p = <.001$) a vyšší **věk** ($\beta = .287$, $p = <.001$). Z dopadů pandemie je zde signifikantním prediktorem i **obava, zda zvládnou zaplatit své účty** ($\beta = .189$, $p = <.042$).

6 Diskuse

Cílem tohoto výzkumu bylo prozkoumat vliv sociální opory na duševní zdraví měřené hodnotou well-beingu, mírou úzkostnosti a výskytem psychosomatických projevů, a to v kontextu pandemie Covid-19, která během sběru analyzovaných dat dosahovala vysokých hodnot – objevovaly se nejvyšší počty nakažených od začátku pandemie a hovořilo se o tzv. 3. vlně (Chum, 2021). Hypotézy o tom, jaký vztah existuje mezi zkoumanými proměnnými, byly analyzovány pomocí korelační analýzy a hierarchické vícečetné regresní analýzy. Zkoumali jsme, zda sociální opora hraje roli prediktoru duševního zdraví a kolik procent variance vysvětluje. V rámci celé studie byly kromě sociální opory zkoumány i hodnoty Sence of Coherence a Sence of National Coherence a důvěry v instituce, které však kvůli omezenému rozsahu nejsou v této práci zahrnuty. SOC a SONC a jejich prediktivní hodnoty v uvedené studii nicméně popisuje ve své diplomové práci Míková (2021) a souhrnné výsledky v rámci spolupráce na mezinárodním výzkumu jsou obsaženy v článku Šípové a kol. (2021, *in press*). Vzhledem k tomu, že výzkum byl prováděn ve více zemích, jsou doplněny i dílčí srovnání s výsledky z Izraele, Nizozemska, Španělska a Itálie (Mana et al., 2021b).

6.1 Shrnutí výsledků

Zjištěné výsledky regresní analýzy ukazují, že regresní modely zahrnující sociální oporu vysvětlují 24.9 % variance celkové míry duševního zdraví, 20.85 % variance celkového well-beingu, 14.43 % úzkostnosti a 29.5 % výskytu psychosomatických projevů. Sociální opora se v těchto oblastech ukázala jako signifikantní prediktor.

Zjištěné výsledky naznačují, že u celkové míry duševního zdraví a well-beingu vysvětluje sociální opora a její zdroje větší rozsah variance než ostatní kontrolované proměnné (u duševního zdraví byl nárůst $R^2 = .179$, u well-beingu byl nárůst $R^2 = .17$). Z jednotlivých zdrojů sociální opory se ukázaly jako signifikantní opora ze strany rodiny, vlády a práce. Sociální opora ze strany rodiny se ukázala jako nejčastější opora, kterou lidé ve výzkumném vzorku vnímali. Opora z rodiny je v kontextu pandemie signifikantní prediktor celkového duševního zdraví, well-beingu a slouží jako protektivní faktor

u duševního distressu. Z kontrolovaných proměnných nebyla ani v jednom případě signifikantní zdravotní rizika (prodělání nákazy Covid-19, nákaza člena rodiny ani riziková zdravotní skupina). Ve všech případech kromě well-beingu se ale jako signifikantní prediktor ukázala obava z neschopnosti zaplatit své účty v důsledku pandemie. Sociální opora zde v souladu se salutogenetickou teorií hraje signifikantní roli jako prediktor duševního zdraví a potvrdila se jako sociální zdroj copingu jedince, ze kterého může čerpat v náročných situacích. Naopak u úzkostnosti a psychosomatických projevů hrály roli i jiné faktory a nárůst R^2 byl ve zkoumaném modelu menší.

6.1.1 Zahrnutí dalších zdrojů

Pokud byly do analýzy zahrnuty i další naměřené proměnné v celém výzkumu (Sense of Coherence, Sense of National Coherence, důvěra v instituce) tak výsledky naznačují, že celková hodnota sociální opory hraje i v tomto modelu roli jako signifikantní prediktivní faktor. Výsledky tohoto modelu jsou $R^2 = .406$, $F(7,468) = 45.8$, $p < .001$. Jako signifikantní a nejsilnější prediktor well-beingu se ukázal Sense of coherence ($\beta = .56$, $p < .001$), druhým nejsilnějším prediktorem v modelu je sociální opora ($\beta = .12$, $p < .01$). Signifikantní prediktory jsou i Sense of national coherence ($\beta = .08$, $p < .05$) a důvěra v instituce ($\beta = .08$, $p < .05$). Žádné z kontrolovaných proměnných (věk, pohlaví, vzdělání) nebyly signifikantní (Šípová et al., *in press*).

6.2 Porovnání výsledků s dalšími výzkumy

Duševní zdraví bylo měřeno mírou well-beingu měřeného inventářem MHC-SF, nepřítomností úzkostných projevů měřených GAD-7 a nepřítomností psychosomatických projevů. Na českém vzorku se ukázala o něco menší míra MHC ($M = 3.99$, $SE = 0.91$) než v ostatních zemích kromě Izraele (Nizozemsko, $M = 4.40$, $SE = 0.87$; Španělsko, $M = 4.18$, $SE = 1.12$; Itálie, $M = 4.04$, $SE = 0.99$; Izrael, $M = 3.95$, $SE = 1.05$). Může to však být vysvětleno tím, že situace v České republice v době sběru dat, jak bylo řešeno výše, byla jedna z nejhorších na světě. Na zvýšené úzkostnosti se to však tolik neprojevovalo, průměrné celkové skóre GAD-7 v českém vzorku ($M = 7.11$, $SE = 4.40$) bylo nižší než ve většině měřených zemích kromě Nizozemí (Itálie, $M = 8.29$, $SE = 4.96$; Španělsko,

$M = 7.72$, $SE = 5.17$; Izrael, $M = 7.46$, $SE = 5.65$; Nizozemí, $M = 5.57$, $SE = 3.79$). Rozdíly v jednotlivých zemích vysvětlují autoři komparativní studie tím, že během sběru dat byla pandemie v Itálii a Španělsku rozšířena více než v Nizozemí, a v Izraeli hrála roli nestabilita politického a ekonomického systému, v porovnání s Nizozemím (Mana et al., 2021b).

Zjistili jsme, že sociální opora se v našem výzkumu ukázala být signifikantním prediktorem v oblasti duševního zdraví, well-beingu, úzkostnosti a psychosomatických projevů. Výsledky jsou v souladu s hypotézou definovanou v komparativní studii (Mana et al., 2021b), která říká, že míru duševního zdraví a well-beingu vysvětlují jiné faktory než ty, které vysvětlují úzkostné projevy. Dopady pandemie a sociodemografika vysvětlují ve větší míře duševní distress než duševní pohodu, zatímco duševní pohoda je vysvětlena spíše vnímanou sociální oporou. Míra úzkostnosti měřená GAD-7 byla v českém vzorku vysvětlena kontrolovanými proměnnými z necelých 7 % a jako významná se ukázala obava z nezaplacení účtů. Podobně v ostatních zemích tyto proměnné vysvětlovaly přibližně 11 %, 13 %, 8 % a 4 % v Izraeli, Nizozemsku, Itálii a Španělsku, přičemž roli hrálo hlavně finanční riziko, v některých zemích i pohlaví a věk (Mana et al., 2021b). V našem výzkumu se neukázal věk jako signifikantní, přestože větší význam sociální opory byl v jiných výzkumech prokázán u věkové skupiny do 30 let (Milner et al., 2016). Prediktivní hodnota věku se na našem vzorku nepotvrdila ani u hodnoty well-beingu. Vzhledem k tomu, že u starších lidí je u koronaviru větší zdravotní riziko, dalo by se očekávat, že věk bude v kontextu pandemie prediktorem duševní pohody. Nicméně to, že takový vztah nebyl potvrzen, může být vysvětleno i již zmíněným paradoxem stárnutí (Li et al., 2021), kdy ve stáří k poklesu well-beingu nedochází ani přes častější zdravotní obtíže.

Signifikantním prediktorem se ukázala opora ze strany rodiny, což je primární zdroj opory a její významná protektivní role byla prokázán i při jiných krizových situacích, např. přírodních katastrofách (Xu & Ou, 2014). Na rozdíl od uvedeného výzkumu se u nás jako signifikantní neprokázal zdroj sociální opory ze strany přátel. Může to souviset právě se specifiky pandemické situace a s opatřeními, která zahrnují izolaci a omezení sociálních kontaktů. V našem výzkumu se ukázal i významný vliv opory ze strany vlády. Dosavadní výsledky v této oblasti ale zatím nejsou konzistentní a zcela tuto oblast neobjasňují.

V některých výzkumech prediktivní síla důvěry v instituce na duševní zdraví nebyla v době pandemie prokázána (Super et al., 2020), nicméně jiné studie zdůrazňují právě důležitost vhodné komunikace ze strany vlády (Ren et al., 2020). Další oblastí, která se ve výzkumu potvrdila jako signifikantní zdroj, je sociální opora ze pracoviště. Nabízí se vysvětlení, že v situaci, kdy pandemie přinesla značnou míru nejistoty i ohledně ekonomických důsledků, se zvýšila i role pocíťované opory z práce, protože může představovat např. jistotu zaměstnání a výdělku v jinak složité době.

6.3 Limity výzkumu

Přeložený výzkum má své limitace a je třeba je brát v potaz při interpretaci a opatrném zobecňování výsledků. Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal i v dalších zemích v rámci nadnárodního výzkumného projektu, bylo nutné jej realizovat v krátkém čase a zároveň nezasahovat významněji do designu výzkumu, aby bylo možné celkové výsledky vzájemně porovnat. Limitem výzkumu je rovněž samotný design výzkumu, kdy v průřezové studii lze analyzovat vztahy mezi jednotlivými proměnnými, ale nelze z nich vyvozovat kauzalitu nebo směr vzájemných souvislostí.

Limity výzkumu spočívají dále zejména v nedostatečně reprezentativním vzorku. Vzhledem k jeho složení nelze považovat výzkumný soubor za reprezentativní. Celý dotazník byl poměrně dlouhý a časově náročný, mnozí respondenti ho celý nedokončili a jejich data tedy musela být vyloučena. Přesto se podařilo sesbírat požadovaný celkový počet respondentů. Chybělo však více heterogenní zastoupení z hlediska věku, vzdělání i pohlaví. Oproti populaci České republiky ve výzkumném souboru převažovaly ženy, lidé s vysokoškolským vzděláním a ve věku mezi 25 a 35 let. Dle sčítání Českého statistického úřadu je v populaci ČR starší 15 let 51 % žen a 49 % mužů, vysokoškoláků je 18.7 % (ČSÚ, 2022). Ve vzorku tedy nebylo dostatečné zastoupení jednotlivých demografických skupin. Jak bylo zmíněno výše, rizikovými skupinami z hlediska pandemie jsou lidé ve vyšším věku a lidé s chronickými onemocněními, kteří nemuseli být ve vzorku dostatečně zastoupeni. Zároveň nebyla zjišťována finanční situace respondentů a jejich průměrný příjem, je tedy možné, že vzorek nebyl dostatečně rozložený z tohoto hlediska a mohli chybět respondenti s nižšími příjmy. To by mohlo hrát roli ve vnímání dopadů koronavirové krize na jejich finanční situaci, v celém našem vzorku jinak převažovali lidé,

keré pandemie finančně příliš nezasáhla. Jako kontrolovaná proměnná se neukázal signifikantní věk, nicméně ve vzorku nebyli dostatečně zastoupení adolescenti ani starší populace.

Za další limitaci studie a zároveň za podnět k dalšímu zkoumání lze považovat i způsob měření sociální opory. Nebyl použit standardizovaný nástroj na měření sociální opory, u kterého by bylo možné sledovat českou adaptaci a psychometrické charakteristiky. V použitých otázkách bylo ale pokryto co nejširší množství zdrojů – to souvisí i s nepříliš vysokou vnitřní konzistencí nástroje. Tato šíře umožnila blíže analyzovat zdroje sociální opory a jejich prediktivní sílu vzhledem k duševnímu zdraví. Byly ovšem zahrnuty i zdroje, u kterých mohlo být obtížně představitelné, jakým způsobem z nich lze sociální oporu získat – např. média nebo právě vláda, která se v našem výzkumu ukázala jako signifikantní. Lze uvažovat i o možné korelaci např. s důvěrou v instituce, která byla ve výzkumu měřena v samostatných otázkách. Bylo by proto zajímavé pro další výzkum právě vládu a její instituce jako zdroj sociální opory blíže prozkoumat a blíže zjistit, co pro lidi představuje a jakým způsobem si ji vysvětlují. Z hlediska zastoupení vzorku je také nutné uvést, že některé zdroje sociální opory, jako je např. opora ze strany náboženských institucí, předpokládají, že jedinec má s takovými institucemi kontakt, např. z důvodu svého náboženského vyznání. Ve vzorku však nebylo zastoupeno reprezentativní množství lidí, kteří by se hlásili k některému z náboženských vyznání. Podobně je tomu i u dalších oblastí, není tedy rozlišeno, zda jedinec vůbec má k určitému zdroji sociální opory přístup (např. má náboženskou komunitu, rodinu, přátele) a zda z těchto zdrojů vnímá oporu. Za limitující může být považován i neurčitě definovaný zdroj sociální opory z práce. Z otázky není jednoznačné, zda se jedná o zaměstnavatele, spolupracovníky, a není rozlišeno, jestli jedinec vykonává práci jako zaměstnanec nebo OSVČ, přičemž podnikatelé a živnostníci byli často protipandemickými opatřeními ekonomicky zasaženi.

Výzkumy uvedené v literárně přehledové části, které pracují s nástrojem MSPSS (např. Wilson et al., 2020), podobně jako porovnávaná studie od Mana (2021b) pracují se sociální oporou jako s jedním průměrným skórem, kdy průměrná sociální opora je vypočtena jako průměr z jednotlivých zdrojů. Tento postup jsme v předloženém výzkumu pojali odlišně, proto výsledky s porovnáním prediktivní síly sociální opory na duševní

zdraví nejsou zcela porovnatelné. Vzhledem k tomu, že jsme zahrnuli široký rozsah různých zdrojů sociální opory, mohlo by být vypočtení průměrného skóre zavádějící – pokud by jedinec např. nevnímal sociální oporu z některých zdrojů vůbec, znamenalo by to, že má málo celkové vnímané sociální opory. Vnímaná sociální opora se však může lišit podle šíře zdrojů, nebo jejich kvality, příp. četnosti. Některé výzkumy pracují právě s šíří jednotlivých zdrojů, tzv. sociální sítě (např. Santini et al., 2015). V předloženém výzkumu nepracujeme s tím, že je pro duševní zdraví důležitější její šíře (tedy z kolika zdrojů jedinec sociální oporu vnímá) než její kvalita nebo četnost. Kvalita vnímané sociální opory nebyla ve výzkumu zohledněna, pracovalo se pouze s četností opory z jednotlivých zdrojů.

6.4 Přínosy a návrhy pro další směřování

Přes uvedené limity nabízí předložený výzkum závěry k porozumění role sociální opory. Byla potvrzena prediktivní síla sociální opory v období pandemie, a to zejména ze strany rodiny, práce a také vlády. Jsou to oblasti, kterých lze využít při např. při intervencích pro podporu duševního zdraví. Vnímaná sociální opora pozitivně působí i v rámci pandemických opatření. Abychom vnímali sociální oporu, nemusíme být s druhými lidmi fyzicky v kontaktu a ani nejde o oporu, kterou skutečně obdržíme. V rámci omezení sociálních kontaktů během pandemie sloužících jako bezpečnostní opatření proti šíření nákazy je tedy žádoucí změnit zažitá chování lidí a přistoupit i na jiné možné zdroje sociálního kontaktu. Může jimi být telefonický kontakt, sociální sítě, technologie umožňující videohovory atd. Nicméně někteří autoři podotýkají, že přesto je třeba klást zřetel na to, že u některých lidí tyto sociální vazby nejsou vybudované nebo nemají dostupné technologie umožňující kontakt s jinými osobami na dálku (Saltzman et al., 2020). Sociální opora obzvlášť ze strany rodiny se ukázala být významná, a i v rámci pandemie tedy nelze než doporučit udržovat kontakt se svými blízkými, alespoň na dálku.

Neméně důležité se ukázalo i to, jakou oporu vnímají lidé od vlády. Z jiných výzkumů (např. Ren et al., 2020) již víme, že to, jak vláda a související instituce komunikují v časech katastrof nebo jiných krizí, může ovlivňovat, jak lidé na situaci nahlíží nebo jak jsou ochotní dodržovat nařízená opatření. Další výzkum by se mohl zaměřit na to, jaká opora ze strany vlády je konkrétně žádoucí – zda je to finanční podpora

v nepříznivé situaci, způsob komunikace, jednotné vystupování, důvěra, že je situace pod kontrolou apod. Roli může hrát i to, jak lidé s vládou a vládními stranami souhlasí, či jaký mají obecně postoj k autoritám. Jako významná se ukázala také sociální opora ze práce. I zde by bylo zajímavé hlouběji prozkoumat konkrétní vysvětlení v rámci pandemie a rozlišit, zda se jedná o komunikaci zaměstnavatele vůči zaměstnancům, zda hraje roli odvětví a jeho zasaženost pandemickou krizí, případně zda se jedná o oporu ze strany kolegů, vedení nebo nadřízených. Lze si představit např. umožnění práce na dálku (home-office), vyšší náhrady mzdy při karanténě nebo při nuceném omezení provozu. Sociální opora ze strany práce má mnoho různých dimenzí a bylo by zajímavé se zaměřit konkrétně na tuto oblast.

Předložený výzkum uvádí hodnoty duševního zdraví a distresu pouze screeningově, v jednom časovém úseku. Pro další výzkum by bylo přínosné pozorovat vývoj těchto hodnot v čase, případně srovnat hodnoty s údaji před pandemií. Dále by také bylo zajímavé ověřit, zda vztahy mezi zkoumanými proměnnými potvrdí i po skočení pandemie, případně jak se bude měnit míra vnímané sociální opory. S ohledem na současnou válečnou situaci na Ukrajině se nabízí prozkoumat, zda právě např. vnímaná opora ze strany vlády nebo důvěra v ní při vystupování vůči celé situaci a v jejích reakcích se objeví podobně jako tomu bylo v případě pandemie. V solidaritě s válečnými uprchlíky a poskytovanou humanitární pomocí lze spatřit v jistých obrysech i paralelu s dobrovolnickou aktivitou lidí v pandemii, například při šití látkových roušek, když jich byl nedostatek, což mohlo u lidí zvyšovat pocit, že svým podílem přispějí ke zvládnutí pandemie (Vlčková, 2021). Přínosem další studie by mohlo být i zahrnutí této roviny z druhého pohledu, tedy míry poskytované sociální opory.

Závěr

Diplomová práce se zabývá sociální oporou jako prediktorem duševního zdraví v době pandemie Covid-19. V teoretické části bylo popsáno, jak lze přistupovat k duševnímu zdraví člověka a jeho měření. Byly také uvedeny definice zdraví, které připomínají, že k celkovému zdraví nelze přistupovat pouze z hlediska správného fyzického fungování, ale musí být zahrnuta i duševní pohoda jedince (well-being) a jeho optimální fungování v životě. Byly popsány jednotlivé teorie well-beingu a způsoby jeho měření, přičemž v této práci vycházíme hlavně z pojetí Keyese a ze salutogenetického pojetí zdraví podle Antonovskeho, které se místo hledání příčin onemocnění zaměřuje na to, jaké faktory mohou duševní zdraví naopak podpořit. V práci je dále pojednáno o tom, že duševní zdraví je v době pandemie ohroženo a jedním z možných protektivních faktorů v souladu se salutogenetickým přístupem je zdroj jedince týkající se právě sociální opory. Popsali jsme, jak sociální opora může svůj protektivní vliv v kontextu duševního zdraví uplatňovat, a jaké druhy sociální opory i jejího měření v literatuře rozeznáváme. Byl popsán v literatuře uváděný způsob, jakým sociální opora na duševní zdraví působí, a to jako nárazník, který pomáhá překonávat životní překážky v případě, že tyto překážky nastanou, ale také jako obecný benefit sociální opory na zdraví člověka bez ohledu na to, jestli právě stresujícím událostem v životě čelí nebo ne. Byl také popsán rozdíl mezi vnímanou a získanou sociální oporou a představeny výzkumy, které rozlišují jejich vliv na duševní zdraví. V teoretické části a předloženém výzkumu se věnujeme hlavně vnímané sociální opoře, u které byl její protektivní vliv na duševní zdraví lépe prokázán.

Ve výzkumné části jsme přistoupili k ověření prediktivní síly sociální opory, a to právě v rámci probíhající pandemie. Kontext pandemie byl obsažen jednak v samotné době sběru dat, kdy kulminoval počet nakažených a situace v ČR byla velmi pesimistická, a také v zařazení proměnných týkajících se koronavirové krize do analýzy. Zkoumali jsme prediktivní sílu sociální opory z různých zdrojů a zjišťovali, zda vysvětlí větší varianci duševního zdraví a duševního distressu, než pouze při zařazení sociodemografických proměnných a proměnných týkajících se dopadů pandemie. Výsledky analýzy ukázaly, že sociální opora hraje roli prediktoru duševního zdraví v rámci pandemie Covid-19 a podporuje salutogenetický pohled na duševní zdraví, zatímco dopady pandemie jako je

obava z finanční krize vysvětlují spíše míru duševního distressu. Výsledky výzkumu jsou v souladu s komparativní studií na toto téma (Mana et al., 2021b).

Seznam použitých zdrojů

- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.).
- Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Batz, C., & Tay, L. (2018). Gender differences in subjective well-being past research on gender differences in subjective well-being. *Handbook of Well-Being*, 1–15. DEF Publishers.
- Bauer, G. F., Roy, M., Bakibinga, P., Contu, P., Downe, S., Eriksson, M., Espnes, G. A., Jensen, B. B., Juvinya Canal, D., Lindström, B., Mana, A., Mittelmark, M. B., Morgan, A. R., Pelikan, J. M., Saboga-Nunes, L., Sagy, S., Shorey, S., Vaandrager, L., & Vinje, H. F. (2020). Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. *Health Promotion International*, 35(2), 187–195.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daz057>
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
- Blatný, M. (Ed.). (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Charles University in Prague, Karolinum Press.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Carstensen, L. L. (2019). Integrating cognitive and emotion paradigms to address the paradox of aging. *Cognition and Emotion*, 33(1), 119–125.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1543181>
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in biology and medicine*, 46(3 Suppl), 39–52.
- Canty-Mitchell, J. & Zimet, G.D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28, 391-400.
- Cortland, C. I., & Kinias, Z. (2019). Stereotype threat and women's work satisfaction: The importance of role models. *Archives of Scientific Psychology*, 7(1), 81-89.
<http://dx.doi.org/10.1037/arc0000056>

- Chum, J. (2021). Třetí vlna je úplně jiná, každý druhý až třetí pacient má koronavirus, říká šéf záchranářské asociace Slabý. *IRozhlas*, 2021. https://www.irozhlas.cz/zpravodomov/koronavirus-v-cesku-zachranari-zachranna-sluzba-covid-19_2103101107_vtk
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the nshap study. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(SUPPL.1), 38–46. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp037>
- ČSÚ. (2021). ČSÚ představil první výsledky Sčítání 2021. Převzato z: <https://www.czso.cz/csu/czso/csu-predstavil-prvni-vysledky-scitani-2021>
- Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The Eudaimonic and Hedonic Components of Happiness: Qualitative and Quantitative Findings. *Social Indicators Research*, 100(2), 185–207. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5>
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222–235. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4>
- Eagle, D. E., Hybels, C. F., & Proeschold-Bell, R. J. (2019). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(7), 2055–2073. <https://doi.org/10.1177/0265407518776134>
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A New Look at Social Support: A Theoretical Perspective on Thriving Through Relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19(2). <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>
- Frankl, V. E. (2021). *Léčba smyslem: základy a aplikace logoterapie*. Portál.
- Gallardo-Peralta, L. P., de Roda, A. B. L., Ángeles Molina- Martínez, M., & Schettini del Moral, R. (2018). Family and community support among older Chilean adults: the importance of heterogeneous social support sources for quality of life. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(6), 584–604. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1489928>
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tomhe, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293(September).

- <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452>
- Gubler, D. A., Makowski, L. M., Troche, S. J., & Schlegel, K. (2020). Loneliness and Well-Being During the Covid-19 Pandemic: Associations with Personality and Emotion Regulation. *Journal of Happiness Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00326-5>
- Guruge, S., Thomson, M. S., George, U., & Chaze, F. (2015). Social support, social conflict, and immigrant women's mental health in a Canadian context: A scoping review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(9), 655–667. <https://doi.org/10.1111/jpm.12216>
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
- Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 13-218.
- Hough, R. L., & Garcia, A. M. (2016). *Problems in the Ratio Measurement of Life Stress*
Author (s): Richard L . Hough , Dianne Timbers Fairbank and Alma M . Garcia
Published by : American Sociological Association Stable, URL :
<http://www.jstor.org/stable/2136469> Accessed : 23-06-2016 11 : 44 . 17(1), 70–82.
- Hudson, J. (2006). Institutional trust and subjective well-being across the EU. *Kyklos*, 59(1), 43–62. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6435.2006.00319.x>
- Ipsos. (2021). Během pandemie Češi přibrali na váze a jsou více ve stresu. Převzato z:
<https://www.ipsos.com/cs-cz/behem-pandemie-cesi-pribrali-na-vaze-jsou-vice-ve-stresu>
- The jamovi project. (2021). *Jamovi* (1.8). <https://www.jamovi.org>
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458–467. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>
- Kebza, V., Šolcová, I. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 1999(1), 19–38. ISSN 0009-062X.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví* (1. vyd.). Academia.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>

- Keyes, C. L. M. (2009). Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). *American Journal of Public Health, 100*(12), 2366–2371.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- Kottasová, I. (2021). How the Czech Republic slipped into a Covid disaster, one misstep at a time. Převzato z: <https://edition.cnn.com/2021/02/28/europe/czech-republic-coronavirus-disaster-intl/index.html>
- Kožený, J., & Tišanská, L. (2003). Social Support Survey - MOS: Internal structure. *Ceskoslovenska Psychologie, 47*(2).
- Krause, N. (1999). Assessing change in social support during late life. In *Research on Aging* (Vol. 21, Issue 4). <https://doi.org/10.1177/0164027599214002>
- Křivohlavý, J. (2010). *Pozitivní psychologie* (Vyd. 2). Portál.
- Lalot, F., Heering, M. S., Rullo, M., Travaglino, G. A., & Abrams, D. (2022). The dangers of distrustful complacency: Low concern and low political trust combine to undermine compliance with governmental restrictions in the emerging Covid-19 pandemic. *Group Processes & Intergroup Relations, 25*(1), 106–121.
- Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P. & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *J. Adv. Nurs. 25*, 95–100. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 99–110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health, 152*(September), 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- 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*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>
- Lomas, T., & Ivtzan, I. (2016). Second Wave Positive Psychology: Exploring the Positive–Negative Dialectics of Wellbeing. *Journal of Happiness Studies, 17*(4), 1753–1768.

- <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9668-y>
- Mana, A., Catz, O., Mana, Y., Neuman, M., Benheim, S., & Sagy, S. (2021a). How do people cope during the COVID-19 pandemic and stay well? A salutogenic longitudinal study in Israel. *Frontiers in Psychology*, 4377.
- Mana, Adi, Super, S., Sardu, C., Canal, D. J., Moran, N., Sagy, S., & Mana, A. (2021b.). Individual, social and national coping resources and their relationships with mental health and anxiety: A comparative study in Israel, Italy, Spain, and the Netherlands during the Coronavirus pandemic. *Global Health Promotion*, 28(2), 17-26.
<https://doi.org/10.1177/1757975921992957>
- McNulty, J. K., & Fincham, F. D. (2012). Beyond Positive Psychology. *Am Psychol.*, 67(2), 101–110. <https://doi.org/10.1037/a0024572>.Beyond
- Meisenberg, G., & Woodley, M. A. (2015). Gender Differences in Subjective Well-Being and Their Relationships with Gender Equality. *Journal of Happiness Studies*, 16(6), 1539–1555. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9577-5>
- Miková, B. (2021). Koncepty „Sense of coherence“ a „Sense of national coherence“ jako prediktivní faktory duševního zdraví v období pandemie COVID-19. [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Archiv závěrečných prací UK.
- Milner, A., Krnjacki, L., & LaMontagne, A. D. (2016). Age and gender differences in the influence of social support on mental health: a longitudinal fixed-effects analysis using 13 annual waves of the HILDA cohort. *Public Health*, 140, 172–178.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.06.029>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. doi:10.1007/978-3-319-04600-6
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Grada.
- Pijpker, R., Vaandrager, L., Bakker, E. J., & Koelen, M. (2018). Unravelling salutogenic mechanisms in the workplace: The role of learning. *Gaceta Sanitaria*, 32, 275–282.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.006>
- Plháková, A. (2020). *Dějiny psychologie* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
- Ren, S.-Y., Gao, R.-D., & Chen, Y.-L. (2020). Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease

- 2019 epidemic. *World Journal of Clinical Cases*, 8(4), 652.
<https://doi.org/10.12998/WJCC.V8.I4.652>
- Rogers, C. (2014). *Způsob bytí*. Portál.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Salari, R., Salari, R., & Medicine, C. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, 9(January), 3592–3597.
- Saltzman, L. Y., Hansel, T. C., & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, Isolation, and Social Support Factors in Post-COVID-19 Mental Health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, 55–57. <https://doi.org/10.1037/tra0000703>
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 175, 53–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>
- Sarason, I., Basham, R., Levine, H., & Sarason, B. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44(1).
- Schug, C., Morawa, E., Geiser, F., Hiebel, N., Beschoner, P., Jerg-bretzke, L., Albus, C., Weidner, K., Steudte Schmiedgen, S., Borho, A., Lieb, M., & Erim, Y. (2021). El apoyo social y el optimismo como factores protectores de la salud mental entre 7765 trabajadores de la salud en Alemania durante la pandemia COVID-19 : resultados del estudio VOICE. *Revista Internacional de Investigacion Ambiental y Salud Publica*, 18, 1–18.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M. E. P. (2003). *Opravdové štěstí: pozitivní psychologie v praxi*. Ikar.
- Seligman, M. E. P. (2014). *Vzkvétání: nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Jan Melvil.
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age. *Social Indicators Research*, 117(2), 561–576. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0361-4>

- Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I., & Østergaard, S. D. (2020). The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*, 2020–2022. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.15>
- Srensen, T., Klungsy, O., Kleiner, R., & Klepp, O. M. (2011). Social support and sense of coherence: independent, shared and interaction relationships with life stress and mental health. *Int. J. Ment. Health Promot.* 13, 27–44.
doi: 10.1080/14623730.2011.9715648
- STARS. (2020). Corona research collaboration.
<https://www.stars-society.org/coronaresearchcollab>
- Sun, J., Sun, R., Jiang, Y., Chen, X., Li, Z., Ma, Z., Wei, J., He, C., & Zhang, L. (2020). The relationship between psychological health and social support: Evidence from physicians in China. *PLoS ONE*, 15(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228152>
- Super, S., Pijpker, R., & Polhuis, K. (2020). The relationship between individual, social and national coping resources and mental health during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *Health Psychology Report*, 1–7.
<https://doi.org/10.5114/hpr.2020.99028>
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychologie a speciální pedagogii* (Vyd. 2). Portál.
- Šípová, I., Máčel, M., Zubková, A. & Tušl, M. (in press). The predictive value of personal, social, and national coping resources for mental health during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in the Czech Republic.
- Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Grada.
- Taylor, S. E. (2009). *Health Psychology 7 Edition*.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145- 161.
<https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Torales, J., O’Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317–320.
<https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Usman, M., Cheng, J., Ghani, U., Gul, H., & Shah, W. U. (2021). Social support and perceived uncertainties during COVID-19: Consequences for employees’ wellbeing. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02293-3>

- Úřad vlády. (2020).
<https://www.vlada.cz/cz/epidemie-koronaviru/dulezite-informace/vladni-usneseni-souvisejici-s-bojem-proti-epidemii-koronaviru---rok-2020-186999/>
- Vágnerová, M., & Lisá, L. (2021). Vývojová psychologie: dětství a dospívání (Vydání třetí, přepracované a doplněné). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89(May), 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Vlčková, T. (2021). Rouška, symbol pandemie. Češi se jimi proslavili, než je začali nenávidět. *IDNES.cz*, 2021. Zdroj: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/koronavirus-covid-19-rouscky-siti-rousek-pandemie-ochranne-pomucky.A201202_121701_domaci_vlc
- Výrost, J., Slaměník, I., & Sollárová, E. (Eds.). (2019). *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Grada.
- Waldinger, R., & Schulz, M. (2010). What's Love Got To Do With It?: Social Functioning, Perceived Health, and Daily Happiness in Married Octogenarians. *Psychology and Aging*, 25, 422–431. <https://doi.org/10.1037/a0019087>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Williams, N. (2014). The GAD-7 questionnaire. *Occupational Medicine*, 64(3), 224. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt161>
- Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 152(August 2019), 109568. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109568>
- Winkler, P., Formanek, T., Mlada, K., Kagstrom, A., Mohrova, Z., Mohr, P., & Csemy, L. (2020). Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: Analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000888>
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai

- Version. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 7, 161–166. <https://doi.org/10.2174/1745017901107010161>
- World Health Organization. (1946). WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization. (2018). Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Xu, J., & Ou, L. (2014). Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: The mediating role of social support. *Public Health*, 128(5), 430–437. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.03.002>
- Zacher, H., & Rudolph, C. W. (2020). Individual Differences and Changes in Subjective Wellbeing During the Early Stages of the COVID-19 Pandemic. *American Psychologist*, 76(1), 50–62. <https://doi.org/10.1037/amp0000702>
- Zhao, S. Z., Wong, J. Y. H., Wu, Y., Choi, E. P. H., Wang, M. P., & Lam, T. H. (2020). Social distancing compliance under covid-19 pandemic and mental health impacts: A population-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186692>
- Zimet, Grebory D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric Characteristics of perceived social support. In *Journal of Personality Assessment* (Vol. 55, Issues 3&4, pp. 610–617).
- Zimet, Gregory D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulka 1	Rozložení výzkumného souboru dle pohlaví, s. 52
Tabulka 2	Rozložení výzkumného souboru dle věku, s.53
Tabulka 3	Deskriptivní statistika analyzovaných proměnných, s. 54
Tabulka 4	Deskriptivní statistika subškál MHC-SF, s. 55
Tabulka 5	Diagnostika duševního zdraví podle MHC-SF, s. 55
Tabulka 6	Deskriptivní statistika analyzovaných proměnných – celkové skóry, s. 56
Tabulka 7	Korelační matice analyzovaných proměnných, s. 56
Tabulka 8	Duševní zdraví: celkové zhodnocení regresního modelu, s. 57
Tabulka 9	Well-being: celkové zhodnocení regresního modelu, s. 58
Tabulka 10	GAD-7: celkové zhodnocení regresního modelu, s. 59
Tabulka 11	Psychosomatické projevy: Celkové zhodnocení modelu, s. 59
Graf 1	Rozložení výzkumného souboru dle věku, s.53
Obrázek 1	Zdroje a překážky, která působí na copingovou odpověď, s. 26
Obrázek 2	Počet nových případů za den na 100 tisíc obyvatel, s.47

Příloha 1. Dotazník MHC-SF

Prosím přečtete si následující tvrzení a odpovězte podle toho, jak jste se cítil/a během posledního měsíce.

Jak často jste během posledního měsíce cítil/a, že ...

Škála: nikdy/ani jednou – jednou nebo dvakrát za měsíc – jednou týdně – dvakrát nebo třikrát týdně – skoro každý den – každý den

- a. jste šťastný/á
- b. vás život zajímá
- c. jste s životem spokojený/á
- d. můžete společnosti přispět něčím důležitým
- e. patříte k nějaké komunitě (sociální skupina, vaše sousedství, vaše město apod.)
- f. je naše společnost dobrým místem, nebo že se stává lepším místem pro všechny
- g. jsou lidé v zásadě dobří
- h. vám způsob, jakým naše společnost funguje, dává smysl
- i. jste spokojen/a s většinou svých osobnostních vlastností
- j. umíte dobře zvládat povinnosti svého každodenního života
- k. máte s ostatními vřelé a důvěrné vztahy
- l. máte zkušenosti, které vás podněcují k růstu a k tomu, aby se z vás stal lepší člověk
- m. dokážete sebejistě přemýšlet a vyjadřovat své myšlenky a názory
- n. váš život má určitý smysl nebo směr

Příloha 2. Dotazník GAD-7

Jak často vás za poslední měsíc trápily následující problémy?

škála: vůbec – několik dní – přes polovinu dní – skoro každý den

- a. pocity nervozity, úzkosti, napětí
- b. neschopnost zastavit či mít pod kontrolou obavy
- c. přílišné obavy o různé věci
- d. potíže relaxovat (odpočívat)
- e. byl/a jste tak znepokojený/á, že pro vás bylo obtížné zůstat sedět v klidu na místě
- f. byl/a jste snadno podrážděný/á nebo naštvaný/á
- g. pociťoval/a jste silné obavy, jako by se mělo stát něco hrozného

Příloha 3. Sociální opora

Do jaké míry jste za poslední měsíc cítil/a podporu z těchto jednotlivých zdrojů?

škála: vůbec - velmi málo - trochu - mnoho - velmi mnoho - nevím/nechci odpovídat

- a. rodina
- b. komunita v sousedství nebo ve městě
- c. virtuální komunita -např. Twitter, Facebook a další online fóra
- d. vládní instituce
- e. pracoviště
- f. náboženská/duchovní organizace nebo komunita, do které patřím
- g. přátelé

Příloha 4. Psychosomatické projevy

Obtěžovaly vás v poslední době některé z následujících problémů?

škála: často – občas – příležitostně – nikdy

- a. Trápily vás bolesti hlavy?
- b. Měl/a jste potíže s usínáním nebo s častým probouzením během spánku?
- c. Trápil vás třes rukou?
- d. Omdlel/a jste?
- e. Trápilo vás bušení srdce?
- f. Měl/a jste pocit, že se nervově zhroutíte?

Seznam použitých zkratk

AFCS	The Adolescent Family Caring Scale
GRR	Generalised Resistance Resources
MHC	Mental Health Continuum
MHC-LF	Mental Health Continuum-Long Form
MHC-SF	Mental Health Continuum-Short Form
MSPSS	Multidimensional Scale of Percieved Social Support
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
SOC	Sense of Coherence
SONC	Sense of National Coherence
SSQ	Social Support Questionnaire
SST	Socioekonomická selektivní teorie
STARS	Society for Theory and Research on Salutogenesis
WHO	World Health Organization