

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# DIPLOMOVÁ PRÁCE

Barbora Miková

**Koncepty „Sense of coherence“ a „Sense of national coherence“ jako prediktivní faktory duševního zdraví v období pandemie COVID-19**

**The concepts of sense of coherence and sense of national coherence as predictive resources of mental health during the COVID-19 pandemic**

Praha 2021

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

*Děkuji své vedoucí diplomové práce, Mgr. Ivaně Šípové, Ph.D., za cenné rady, podněty a nesmírně podporující vedení během celé práce. Děkuji Martinům, kteří se na výzkumu podíleli, a nejvíc Martinovi Máčelovi za jeho statistickou oporu.*

*Děkuji Alence a Markétce za jejich bystré oči i vzájemnou podporu během celého studia. Děkuji své rodině, která mě vždycky podporovala v tom, pro co jsem se rozhodla, a věřili mi, že to zvládnu. A děkuji babičce Jarušce, která se víc než toho, že se nakazí koronavirem, bála, že studium nedokončím – a nakonec už tady není, aby to se mnou mohla oslavit.*

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

*V Praze dne 21.7.2021*

.....

*Barbora Miková*

## **Abstrakt**

Pandemie COVID-19 přinesla řadu negativních důsledků nejen pro fyzické, ale i duševní zdraví, a zvýšila tak potřebu hledat cesty, jak psychickou odolnost a duševní zdraví jedinců v takto bezprecedentní situaci podpořit. Tato diplomová práce proto zkoumá salutogenetický model zdraví A. Antonovského se zaměřením na koncepty sense of coherence (SOC) a sense of national coherence (SONC) jakožto možné prediktory duševního zdraví v době koronavirové pandemie.

Literárně-přehledová část se věnuje tématu duševního zdraví, vývoji jeho pojetí a jeho prediktorům, s důrazem na koncepty SOC a SONC. Závěr této části je věnován přehledu dosavadního výzkumu o duševním zdraví v době pandemie COVID-19.

Ve výzkumné části byla kvantitativními metodami analyzována data získaná dotazníkovým šetřením v rámci mezinárodního výzkumného projektu zabývajícího se prediktory duševního zdraví v době pandemie COVID-19. Sběr dat proběhl v české populaci v období prosince 2020 až ledna 2021 s využitím nástrojů Mental Health Continuum, SOC-13 a dotazníku SONC. Studie se zúčastnilo 476 respondentů.

Vícečetná regresní analýza potvrdila signifikanci konceptu SOC jakožto prediktoru duševního zdraví v době pandemie u české populace. SONC jako prediktor nebyl dostatečně statisticky signifikantní.

## **Klíčová slova**

duševní zdraví, well-being, pandemie COVID-19, sense of coherence, sense of national coherence, salutogeneze

## **Abstract**

Given the negative consequences the COVID-19 pandemic has brought to both the physical and mental health, there is a growing need to find the ways how to support and strengthen psychological resilience and mental health of the individuals in such an unprecedented situation.

Consequently, this thesis explores the A. Antonovsky's salutogenetic model of health with a focus on the concepts of sense of coherence (SOC) and sense of national coherence (SONC) as potential predictors of mental health during COVID-19 pandemic.

In the theoretical part, the topic of mental health, its conceptualisation and predictors are presented, with an emphasis on the concepts of SOC and SONC. Additionally, the review of present research on mental health during COVID-19 pandemic is included.

The research project analyses the data obtained through an online survey as a part of an international research study investigating the predictive factors of mental health during COVID-19 pandemic. Data collection in Czech sample was conducted in December 2020 and January 2021, using the Mental Health Continuum, SOC-13 and SONC scales. The sample included 476 participants.

Multiple regression analysis confirmed the SOC as a significant predictor of mental health during COVID-19 pandemic among Czech sample. However, the predictive value of SONC was not significant.

## **Keywords**

mental health, well-being, sense of coherence, sense of national coherence, COVID-19 pandemic, salutogenesis

## Obsah

Seznam použitých zkratk	8
Úvod	9
1. Duševní zdraví	11
1.1. Vývoj pojetí zdraví	11
1.2. Definice duševního zdraví	12
1.3. Duševní zdraví a well-being	13
1.4. Koreláty a prediktory duševního zdraví	17
2. Salutogenetické pojetí zdraví a sense of coherence (SOC)	23
2.1. Vývoj salutogenetického modelu zdraví	23
2.2. Pojetí stresorů – Generalised resistance resources (GRR)	24
2.3. Sense of coherence (SOC)	24
2.4. SOC a jeho role pro podporu zdraví	25
2.5. Srovnání SOC s podobnými koncepty	27
2.6. Nástroje měření SOC – Orientation to Life Questionnaire (OLQ)	30
2.7. Budoucnost salutogeneze a její význam pro obor podpory zdraví	31
3. Sense of national coherence	36
3.1. Vývoj pojmu SONC	36
3.2. Dotazník Sense of National Coherence	37
4. Pandemie COVID-19 a její vliv na duševní zdraví	38
5. Východiska a cíle výzkumu	42
5.1. Teoretická východiska výzkumu	42
5.2. Cíle výzkumu	43
5.3. Výzkumné otázky a hypotézy	43
6. Metody	44

6.1.	Výzkumný design .....	44
6.2.	Výzkumný vzorek.....	44
6.3.	Proces sběru dat .....	44
6.4.	Etika výzkumu.....	45
6.5.	Prediktory (SOC, SONC) a predikované proměnné (MHC).....	46
7.	Výsledky .....	48
7.1.	Zpracování a analýza dat .....	48
7.2.	Demografické charakteristiky.....	48
7.3.	Deskriptivní statistika .....	49
7.4.	Testová statistika .....	50
8.	Diskuze .....	53
8.1.	Interpretace a shrnutí výsledků.....	53
8.2.	Limity předloženého výzkumu.....	58
8.3.	Přínosy výzkumu a návrhy pro další směřování.....	60
	Závěr .....	61
	Seznam použitých zdrojů.....	63
	Seznam tabulek, grafů a obrázků.....	84
	Příloha 1. Dotazník MHC .....	85
	Příloha 2. Dotazník SOC-13 .....	86
	Příloha 3. Dotazník SONC .....	88

## **Seznam použitých zkratek**

GRR	Generalised Resistance Resources
IUHPE	International Union of Health Promotion and Education
MHC	Mental Health Continuum
MHC-LF	Mental Health Continuum-Long Form
MHC-SF	Mental Health Continuum-Short Form
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
OLQ	Orientation to Life Questionnaire
SOC	Sense of Coherence
SOC-13	Sense of Coherence-13
SOC-29	Sense of Coherence-29
SONC	Sense of National Coherence
STARS	Society for Theory and Research on Salutogenesis
TIMH	Trimbos Institute for Mental Health
WHO	World Health Organization



## Úvod

Na jaře roku 2020 celý svět ochromila pandemie nového koronaviru SARS-CoV-2 (dále jako pandemie COVID-19), která pro všechny přinesla zcela bezprecedentní situaci. Obava o své zdraví i zdraví svých blízkých, nejistota i nastolená opatření znamenala velkou zátěž pro celý svět.

Prioritou vládnoucích institucí bylo zajištění fyzického zdraví obyvatelstva a minimalizace nákazy skrze řadu epidemiologických opatření, která se vyvíjela dynamicky s pandemií. Tato opatření však s sebou nesla také řadu dalších důsledků, jako např. zvýšený stres, izolaci, obavu o blízké, mediální masáž a celkový dopad na zdraví duševní. V českém (Winkler et al., 2020) i mezinárodním (Arora et al., 2020; Pappa et al., 2020) kontextu byl zaznamenán signifikantní nárůst symptomů úzkosti, deprese a posttraumatické stresové poruchy a také dalších příznaků duševního onemocnění. Někteří autoři hovoří o krizi duševního zdraví (Anjum et al., 2020) a i přesto, že její důsledky budeme schopni vyhodnotit až za několik let, již nyní je upozorňováno na možný nárůst sebevražedného chování a úmrtí (Dutheil et al., 2020). Je proto logické, že různí autoři apelují na hledání způsobů a intervencí, které by mohly duševní zdraví zlepšit.

Na základě prací Aarona Antonovského (1979, 1987) a jeho pokračovatelů (Mittelmark et al., 2016) v oblasti salutogeneze, tedy podpory zdraví skrze jeho pozitivní aspekty, máme možnosti, jak nejen duševní pohodu, ale zdraví celkově můžeme podpořit – a to zaměřením se na vnitřní zdroje jedince, které Antonovsky (1979) formuloval do konceptu „sense of coherence“.

Smyslem této práce je proto objasnit zdroje, které pomáhají jedincům vyrovnávat se se stresory v době pandemie. Konkrétně si klade za cíl ověřit prediktivní hodnotu konceptů sense of coherence (SOC) a sense of national coherence (SONC) pro duševní zdraví v době pandemie COVID-19 u české populace. Díky identifikaci těchto klíčových faktorů může práce přinést soubor poznatků, které by mohly být užitečné pro vytváření programů a aktivit pro podporu duševního zdraví v krizových situacích a pomoci tak efektivnější prevenci i případné intervenci u psychických potíží, se kterými se lidé čelící takto stresové situaci mohou setkávat.

Literárně-přehledová část je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. První z nich se věnuje tématu duševního zdraví, vývoji jeho pojetí a jeho prediktorům. V rámci nich je zaměřena pozornost na koncepty SOC a SONC, které jsou blíže rozpracovány v samostatných kapitolách. Ve třetí kapitole je společně s SOC představen vývoj Antonovského salutogenického pojetí zdraví, geneze a operacionalizace konceptu SOC a přehledu empirického výzkumu v této oblasti. Čtvrtá kapitola je věnována představení nového konceptu SONC autorů Many et al. (2019) Závěrečná

kapitola literárně-přehledové části je věnována přehledu dosavadního výzkumu o duševním zdraví v době pandemie COVID-19.

V empirické části jsme si kladli za cíl ověřit prediktivní hodnotu konceptů SOC a SONC pro duševní zdraví v době pandemie COVID-19 u české populace. Pro tento účel byla kvantitativními metodami analyzována data získaná dotazníkovým šetřením v rámci mezinárodního výzkumného projektu zabývajícího se osobními, sociálními a národními zdroji duševního zdraví v době pandemie COVID-19.

V práci jsou pro ilustraci uváděny české překlady anglických názvů, dále je však v textu pracováno s anglickými termíny, aby bylo předejito možným nedorozumění, které by nejednotné české názvosloví mohlo přinést. V práci je citováno podle normy APA (2019).

# 1. Duševní zdraví

## 1.1. Vývoj pojetí zdraví

Ačkoli v aktuální době je duševní zdraví a péče o něj velkým předmětem diskuze, nebylo tomu tak vždycky. Pohled na duševní zdraví se vyvíjel společně s vývojem pohledu na zdraví jako takové a až v poslední době se staly neoddělitelnými tématy.

Tradiční pojetí zdraví, jak bylo vnímáno v minulosti, reprezentuje tzv. *biomedicínský model*, který na člověka pohlíží převážně z biologického hlediska. V jeho jádru vnímá nemoc jako důsledek patogenních faktorů, ve formě příslušných virů či bakterií, které mají lékaři za úkol najít a správnou léčbou odstranit (Křivohlavý, 2001). Toto pojetí zdraví však prošlo zásadní transformací, která se v r. 1948 promítla i do definice zdraví *Světové zdravotnické organizace* (World Health Organization, dále jen WHO, 2006), která zdraví definuje nejen jako „*nepřítomnost nemocí*“, ale vnímá jej také jako stav, kdy se člověk cítí dobře – a to jak po stránce tělesné, tak i duševní a sociální.

Ke změně pohledu na zdraví vedla také skutečnost, že se v průběhu 20. století zásadně zvýšil počet nemocí, jejichž příčinu nelze snadno definovat pouze skrze jednoznačně zjistitelné patogeny (Křivohlavý, 2001). WHO (2020) uvádí, že v roce 2019 bylo celosvětově 7 z 10 úmrtí způsobeno tzv. nepřenosnými nemocemi. Nejčastější příčinou smrti byl srdeční infarkt, zodpovědný za 16 % všech úmrtí na světě. Druhou nejčastější příčinou pak byla mozková mrtvice, zodpovědná za 11 % úmrtí. Další časté příčiny smrti byly onemocnění plic, Alzheimerova choroba a jiné druhy demence, diabetes a onemocnění ledvin. Počet úmrtí u těchto nepřenosných onemocnění se navíc od roku 2000 značně zvýšil, a to zhruba o 20-30 %.

Na pozadí většiny těchto nemocí lze pozorovat především rizikové formy chování (např. kouření, konzumace alkoholu, nedostatek pohybu, nezdravé stravování apod.), které jsou jejich prokazatelnou příčinou (Křivohlavý, 2001). Tyto faktory jsou pak součástí celkového *životního stylu* jedince, který má na zdraví zásadní vliv, a to zhruba 50-60 %. Do životního stylu kromě výživy, fyzické aktivity, absence nebo rozvoje závislostí patří také vykonávaná práce, sexuální aktivita, osobní duševní pohoda a vztahy k okolí a způsob a kvalita zvládnutí stresu (Kebza, 2005).

Zatímco některým patogenům můžeme předcházet jen těžko, oblast životního stylu jde ovlivnit podstatně lépe. Do popředí tak přichází faktor prevence, která se z hlediska péče o zdravotní stav ukazuje oproti řešení důsledků již propuknuté nemoci jako mnohem efektivnější.

V kontrastu k patogenním faktorům je proto důležité brát v potaz tzv. *salutogenetické faktory*, někdy se používá také pojem *salutoprotektivní faktory*, které mohou jedinci napomáhat si zdraví udržet, a to i přes působení některých nepříznivých vnějších podmínek. Pojem *salutogeneze* (z lat. *salus* – zdraví, blaho, spása; z řec. a lat. *genesis* – vznik) poprvé použil Aaron Antonovsky v roce 1979 ve své práci *Zdraví, stres a coping (Health, Stress and Coping)*. a vzhledem k jeho významu pro obor podpory zdraví bude podrobně představen v samostatné kapitole.

Salutogenetické faktory se uplatňují také v oblasti duševního zdraví. Jsou jedním z předmětů studia pozitivní psychologie a zahrnují několik konceptů, kterým se budeme v této práci dále zabývat.

## 1.2. Definice duševního zdraví

Již ve zmiňované obecné definici zdraví WHO je zmiňována složka duševní pohody. Konkrétněji WHO (2018) definuje **duševní zdraví** jako „*stav duševní pohody, ve kterém každý jedinec realizuje svůj potenciál, dokáže se vyrovnávat s běžnými životními strastmi, dokáže produktivně pracovat, a dokáže přispívat svému okolí*“ (WHO, 2018). Stejně jako se setkáme s různými přístupy k pojetí zdraví, ani v definici duševního zdraví nepanuje v akademické obci jednoznačná shoda. Nejčastěji uváděná definice WHO (2001, podle Manwell et al., 2015) – není tou nejvíce přijímanou. Manwell et al. (2015) v rámci svého průzkumu, kterého se zúčastnilo 50 odborníků z 8 zemí, zjistili, že tuto definici uznává jako platnou pouze 20 % zapojených akademiků. Nejvíce respondentů, tj. 46 %, se shodlo na komplexní definici Úřadu pro veřejné zdraví v Kanadě (Public Health Agency of Canada, 2006), která říká, že:

„Duševní zdraví je kapacitou každého z nás cítit, myslet a konat způsobem, který zvyšuje naši schopnost užívat si života a vyrovnávat se s výzvami, kterým čelíme. Je to pocit emoční a spirituální duševní pohody, který respektuje důležitost kultury, rovnosti, sociální spravedlnosti, vzájemného propojení a důstojnosti každého jedince“ (s. 2).

Nejméně z respondentů pak hlasovalo pro obecnou definici zdraví Huberové et al. (2011), která uvádí, že „*duševní zdraví je schopnost adaptovat se a zvládat sám sebe*“. Nicméně 30 % zúčastněných nepovažovalo za uspokojivou ani jednu z uvedených definic. Tento vzorek není velký a sami autoři si tohoto limitu jsou vědomi, nicméně i tak poukazuje na značnou nespokojenost akademické obce s aktuální situací v rámci definice duševního zdraví a naznačuje možné cesty, jak najít určitý konsensus, ve kterém se tito autoři shodují (Manwell et al., 2015).

Manwell et al. (2015) dále uvádějí, že se v oblasti duševního zdraví můžeme setkat s dvěma hlavními přístupy. První z nich hovoří o duševním zdraví jakožto absenci duševního onemocnění nebo poruchy a tyto definice obecně shrnují dohromady zdraví a duševní zdraví. Druhá skupina autorů se v rámci duševního zdraví zabývá přítomností něčeho pozitivního – např. prospívání či duševní pohody. Tento přístup je v souladu s přístupem **pozitivní psychologie**, a bude také přístupem, který bude výchozí pro empirickou část této práce.

### 1.3. Duševní zdraví a well-being

Zaměřovat se u člověka nejen na to, co nefunguje, ale především to, co funguje – to byla jedna z hlavních iniciativ Martina Seligmana, „otce pozitivní psychologie“, v době jeho mandátu prezidenta Americké psychologické asociace. Uvědomoval si, že i přesto, že se začátkem třetího tisíciletí žijeme v bezprecedentní prosperitě, potýkáme se s čím dál častějšími problémy s duševním zdravím nejen u dospělých, ale také již u mladé generace. Řešení však nespátřuje v zaměření na léčení těchto nedostatků, ale naopak v co nejlepším porozumění a podpoře silných stránek člověka, které nám mohou pomoci duševním nemocem předcházet (Seligman, 1999).

Primární zaměření na pozitivní aspekty lidského bytí přineslo nový a velmi cenný pohled do studia lidské psychiky i duševního zdraví. I přes velmi vřelé přijetí tohoto nového oboru je však nezbytné zmínit také o něco kritičtější a střízlivější pohled, který přináší autoři z tzv. **druhé vlny pozitivní psychologie**. Zpochybňují dichotomické rozlišování psychických procesů na pozitivní nebo negativní a upozorňují tak na možné problematické důsledky přílišného zaměření a upřednostňování pouze pozitivních aspektů lidské psychiky. Zdůrazňují, že optimální prospívání nutně neznamená, že je naše štěstí nedobytnou pevností, kterou životní strasti nemohou narušit – naopak je přirozené zažívat pozitivní i negativní aspekty lidského života a umět je ocenit (Lomas & Ivtzan, 2016).

Jak již bylo naznačeno, duševní zdraví by mohlo, analogicky k tradičnímu pojetí zdraví, znamenat absenci duševní nemoci, nicméně pozitivní psychologie se s touto charakteristikou nespokojuje. Přináší tak další hledisko – *well-being*, neboli *osobní pohodu*. V literatuře se potkáme s mnoha různými významy a pojetími *well-beingu* a podobně jako s duševním zdravím je velmi obtížné najít jeho jednotnou definici. Tento pojem nicméně není novým konceptem, ba naopak – již antičtí filozofové se zabývali lidským štěstím, jehož původ spatřovali v tzv. *hédonii* a *eudaimonii*, které, jak uvádějí Delle Fave et al. (2011), představují také dva hlavní směry zkoumání *well-beingu* v současnosti.

*Hédonie* vychází z prožívání pozitivních emocí a životní spokojenosti a její ekvivalent v současné literatuře představuje pojem *subjective well-being*, který je podrobně rozpracován v pracích E. Dienera (Diener, 1984; 2000), tématu pozitivních emocí se významně věnovala B. Fredricksonová (2001). *Eudaimonie*, která je popisována jako *psychological well-being*, je oproti tomu založená na štěstí, které nám přináší vědomí naplňování určitého životního smyslu, seberealizace nebo osobní růst. Toto naplnění lze uskutečnit jak na úrovni individuální, tak společenské, a podrobněji je toto téma rozpracováno v pracích C. Ryffové (1989).

Jeden z autorů spadajícího do směru pozitivní psychologie, Corey Keyes, v hédonickém a eudaimonickém *well-beingu* identifikoval tři skupiny elementů osobní pohody – emoční, sociální a psychologické, a pokusil se je integrovat do konceptu tzv. ideálního duševního prospívání jedince, doslova „rozkvětu“ – *flourishing*. O popularitu pojmu *flourishing* se velmi zasloužil Martin Seligman díky své knize *Vzkvétání (Flourish)*, nicméně u zrodu tohoto konceptu stál C. Keyes společně s B. Fredricksonovou.

### 1.3.1. Keyesovo pojetí duševního zdraví

C. Keyes (2005), pojmem *flourishing* popisuje stav tzv. pozitivního mentálního zdraví člověka (*positive mental health*), které se kromě nepřítomnosti psychopatologie vyznačuje také vysokou mírou emoční pohody a úspěchů v osobní i sociální sféře jeho života. Český ekvivalent pojmu *flourishing* uvádí Slezáčková (2012) jako „*optimální prospívání*“. Opakem je pak pojem *languishing* (v překladu strádání, skomírání, chřadnutí), kterým Keyes (2002) popisuje situaci nepřítomnosti duševního zdraví.

Keyes (2005) se domnívá, že neexistuje standardizovaný způsob, jakým je možné duševní zdraví měřit, diagnostikovat a podrobněji studovat jeho přítomnost, jelikož je duševní zdraví vědou standardně popisováno především jako absence psychopatologie. Podle něj proto mohou být měřeny pouze symptomy subjektivního *well-beingu*, a to skrze hodnocení a tvrzení, která jednotlivci činí o kvalitě svého života.

Keyes (2005) proto na základě téměř půlstoletí výzkumů uvádí celkem 13 projevů duševního zdraví. Ty rozděluje do dvou základních diagnostických skupin – **emocionální pohoda** a **pozitivní fungování**. Optimálně prospívající člověk musí skórovat alespoň v jedné ze dvou škál emocionální pohody a alespoň v šesti z jedenácti škál pozitivního fungování. Škály konkrétně zahrnují (Keyes, 2002):

A. emocionální pohoda

1. *pozitivní naladění během posledních 30 dní* – obvykle radostná a dobrá nálada, pocity klidu, spokojenosti, naplnění;

2. *štěstí, životní spokojenost* – pocit radosti a spokojenosti s vlastním životem nebo s jeho částmi;

B. *pozitivní fungování*

3. *sebe přijetí* – kladný postoj k sobě samému, spokojenost s uplynulým životem, přijetí různých stránek sebe sama;

4. *sociální akceptace* – kladný postoj k druhým, pochopení, přijetí a uznání jejich odlišností;

5. *osobní růst* – uvědomění vlastního potenciálu, snaha o rozvoj, otevřenost vůči novým výzvám a zkušenostem;

6. *sociální aktualizace* – zájem o okolí; víra v dobrou společnost a její potenciál pozitivního rozvoje;

7. *smysl života* – následování cílů a přesvědčení, které dávají životu směr; pocit, že život má význam a smysl;

8. *sociální přínos* – pocit vlastní užitečnosti a hodnoty pro společnost, ocenění vlastních aktivit společností;

9. *zvládnání prostředí* – schopnost zorientovat se v komplexním prostředí, přizpůsobit si ho dle potřeb;

10. *sociální soudržnost* – zájem o společnost a společenský život; pocit, že společnost a kultura jsou srozumitelné, předvídatelné, mají nějaký význam a logiku;

11. *autonomie* – nezávislost a odhodlání; směřování kupředu poháněné vlastními standardy, které jsou však v souladu se standardy obecně přijímanými ve společnosti; schopnost odolávat nežádoucímu tlaku okolí;

12. *pozitivní vztahy s druhými* – vřelé osobní vztahy založené na důvěře; schopnost empatie a blízkosti;

13. *sociální integrace* – být součástí společnosti; pocit sounáležitosti a podpory.

Tyto projevy duševního zdraví se staly také diagnostickými kritérii v rámci Keyesovy metody *Mental Health Continuum* (Keyes, 2002), s jejíž pomocí lze odhadnout míru optimálního prospívání člověka.

### 1.3.2. Mental Health Continuum (MHC)

Dotazník MHC zahrnuje položky ze tří zmiňovaných dimenzí v rámci Keyesova modelu well-beingu, které sestavil v návaznosti na práci svých předchůdců a kolegů. Původní dlouhá verze dotazníku (MHC-LF) obsahuje celkem 40 položek. Dimenzi emočního well-beingu v ní tvoří sedm položek, z nichž šest položek zaměřených na pozitivní náladu bylo formulováno podle Bradburnovy (1969) škály afektů, sedmá položka zaměřená na kvalitu života vychází z Cantrilových (1965) sebeukotvujících prvků. Podle modelu psychologického well-beingu Ryffové (1989) bylo zahrnuto dalších 18 položek, resp. šest třípoložkových škál. A konečně, dimenzi sociálního well-beingu v dotazníku tvoří celkem 15 položek, resp. pět třípoložkových škál, vycházejících z Keyesova (1998) modelu sociálního well-beingu.

Validita i reliabilita škál sociálního a psychologického well-beingu byla ověřena v rámci několika studií (Keyes, 1998; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) a tyto škály byly následně samostatně využity ve stovkách výzkumů. Jejich využití pro celkové měření pozitivních projevů duševního zdraví bylo Keyesem představeno až v roce 2002 (Keyes, 2009).

Pro výzkum v této práci byla použita zkrácená forma dotazníku (MHC-SF), která je tvořena 14 položkami. Ty byly u každé škály vybrány jako nejvíce vystihující pro daný projev well-beingu. Pro emoční well-being byly vybrány tři položky, pro psychologický well-being šest položek (jedna položka za každou z šesti škál) a pro sociální well-being pět položek (jedna položka za každou z pěti škál). V této verzi dotazníku také došlo ke sjednocení formy odpovědí. Respondenti zde mají za úkol hodnotit, jak často zažili každý ze zmiňovaných projevů pozitivního duševního zdraví, díky čemuž je možné jasně vyhodnotit stupeň duševního zdraví, podobně jako u metod diagnostiky velké depresivní epizody (Keyes, 2009). Ačkoli se v pracích Keyese (2002, 2005, 2007) setkáme se 13 projevy, tj. škálami duševního zdraví, MHC-SF obsahuje 14 položek. Položka navíc byla přidána pro dimenzi emočního well-beingu. Optimálně prospívající člověk musí tedy skórovat alespoň v jedné ze tří škál emocionální pohody a alespoň v šesti z jedenácti škál pozitivního fungování (Keyes, 2009).

Pro zkrácenou formu MHC byla potvrzena diskriminační validita v rámci výzkumů adolescentů (12–18 let) a dospělých (Bower, 2017; Keyes, 2006; Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2010). Keyes (2009) uvádí na základě četných studií velmi dobrou vnitřní konzistenci vyjádřenou Cronbachovým alfa  $>0.80$ . Signifikantní byla také test-retestová reliabilita celkové škály MHC-SF, která po dvou týdnech dosáhla hodnoty 0.76 (Bower, 2017), po



třech měsících hodnoty 0.65 a po devíti měsících hodnoty 0.65 (Lamers et al., 2011). Lamers et al. (2011) uvádějí, že konfirmační faktorovou analýzou byla potvrzena třífaktorová struktura modelu emočního, psychologického a sociálního well-beingu a tyto tři škály vykazují dobrou konvergentní validitu.

#### **1.4. Koreláty a prediktory duševního zdraví**

Pokud se zaměříme na pozitivní stranu duševního zdraví, bývá měřeno především jako subjektivně vnímaný pocit duševní pohody. Právě subjektivní hledisko přináší další faktor, který se podílí na tom, jak se bude člověk cítit – a to jsou jeho individuální psychologické charakteristiky, protektivní či salutogenetické faktory, mj. taky schopnost vyrovnávat se s přicházejícími stresory = *psychická odolnost*. V literatuře se setkáme s různými významnými psychologickými koncepty, které zdůrazňují pozitivní hledisko. Tyto koncepty pracují s ústředními pojmy jako jsou odolnost, nezdolnost, salutogeneze, resilience apod. a podrobněji budou rozebrány v následujícím textu.

Vyčerpávající přehled konceptů psychické odolnosti uvádějí v české literatuře Kebza & Šolcová (2008, 2015), nicméně z důvodu omezeného rozsahu této práce jsou v následujícím textu zmíněny ty nejvíce relevantní, a to resilience, hardiness, self-efficacy a locus of control. Konceptu sense of coherence je pak vzhledem k zaměření práce věnována následující kapitola.

##### **1.4.1. Resilience**

Pojem *resilience* byl v průběhu posledních 50 let předmětem mnoha výzkumů a v jeho definici můžeme pozorovat značnou konceptuální diferenciaci. Díky řadě různých koncepcí zohledňujících odlišné charakteristiky a souvislosti tak neexistuje definice resilience, která by byla dostatečně jasná a široce akceptovatelná (Paulík, 2017).

V literatuře se můžeme setkat širším a užším pojetí resilience. V české odborné literatuře bývá pojem resilience uváděn jako synonymum psychické odolnosti a také jako nadřazený pojem pro další koncepty. V tomto širším významu resilience představuje obecné osobnostní dispozice, které určují odolnost jedince vůči působení vnějších stresogenních faktorů a překážek, které jim přijdou do cesty (Kebza & Šolcová, 2008, 2015). Křivohlavý (2001) i Baštecká a Goldmann (2001) však koncept *resilience* vnímají úžeji – jako samostatný konstrukt, který představuje určitý typ odolnosti, konkrétně odolnost ve smyslu pružnosti (z angl. *resiliency* – odrazová pružnost,

elastičnost, houževnatost, schopnost rychle se vzpamatovat). Staví ji tak vedle podobných konceptů jako je hardiness, SOC, locus of control a dalších.

Poprvé termín „*resilience*“ použila vývojová psycholožka Emmy Wernerová v 70. letech při studiu dětí z chudého ostrova na Hawai, během kterého zjistila, že i přes nuzné poměry je celá třetina dětí schopna dozrát v samostatné a kompetentní dospělé. Tím dala podnět k následným četným výzkumům, které se snažily zjistit a identifikovat klíčové protektivní faktory, které odlišují dobře adaptované děti od těch, na nichž se nepříznivé podmínky více podepsaly (Křivohlavý, 2001; Luthar et al., 2000). Podobně jako hardiness nebo salutogenetický přístup v oblasti dospělých si autoři věnující se konceptu resilience kladli otázku u dětí – *„jak je možné, že od některých dětí se působení nepříznivého prostředí odrazí a že jsou schopny z nepříznivých zážitků ještě spíše získat?“* (Baštecká & Goldmann, 2001, s. 294).

Prvotní výzkumy Wernerové s dětmi na Hawaii se staly podnětem pro zkoumání řady dalších faktorů, které mohou být pro prospívání dětí rizikové. Další výzkumy se proto zaměřovaly na faktory jako např. socioekonomické znevýhodnění (Garmezy, 1991), chudoba a násilné prostředí (Luthar & Goldstein, 2004), zneužívání dětí (Beeghly & Cicchetti, 1994), duševní onemocnění rodičů (Masten & Coatsworth, 1995), chronické onemocnění dětí (Wells & Schwebel, 1987) nebo prožité katastrofické události (O'Dougherty-Wright et al., 1997; Pine et al., 2005).

Autoři počátečních výzkumů resilience si kladli za cíl identifikovat, co odlišuje děti, které se zvládly dobře adaptovat na náročné podmínky, od těch, na kterých se rizikové faktory více podepsaly. Zaměřovali se především na specifické osobnostní kvality „resilientních dětí“, tedy určité protektivní faktory, mezi kterými se jako důležitá prokázala např. autonomie a schopnost požádat druhé o pomoc nebo vysoká sebeúcta (*high self-esteem*) (Masten & Garmezy, 1985). Později se začalo ukazovat, že nezdolnost těchto dětí nemá původ pouze v určité osobnostní charakteristice, ale velmi zásadně se na ní podílí také okolní prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, jako je rodinná konstelace a její působení či charakteristika širšího sociálního prostředí – např. přítomnost dospělé osoby jako pozitivního vzoru nebo sociální opora (Luthar et al., 2000). Rutter (1999) sociální aspekt resilience zdůrazňuje – domnívá se, že největší vliv na ni mají vzorce fungování mezilidských vztahů, které jako děti přejímáme, a tak resilienci vnímá jako klíčové téma rodinné terapie.

Většina autorů, kteří se resiliencí zabývají, ji shodně staví jakožto klíčový mezičlánek mezi nepříznivými okolnostmi a úspěšnou adaptací. Kde se však rozcházejí, je to, zdali ji vnímají jako určitý rys či vlastnost (*trait*) anebo proces (*process*).

Prvotní zmínky v literatuře o tématu resilience mluvily dokonce o „nezranitelnosti“ či „nezdolnosti“ resilientních dětí a naznačovaly tak určitou neměnnost a trvalost této charakteristiky. Block & Block (1980) v tomto smyslu mluví o tzv. *ego resilienci* – souboru vlastností, který zahrnuje obecnou vynalézavost, odolnost osobnosti a schopnost člověka flexibilně reagovat na požadavky okolí. Jedinci s vysokou ego resiliencí se vyznačují velkým množstvím energie, optimistickým přístupem, zvědavostí a schopností dívat se na problémy s odstupem (Block & Block, 1980).

Toto pojetí resilience jakožto souboru protektivních faktorů je reprezentováno např. Rutterem (1985), který tyto protektivní faktory definuje jako vlivy, které napomáhají zmírnit negativní dopad a přizpůsobit reakci člověka na potenciálně škodlivou situaci. Následující výzkum dalších autorů mezi těmito protektivními faktory identifikoval např. hardiness, pozitivní emoce, extraverci, self-efficacy, spiritualitu, sebeúctu nebo pozitivní naladění osobnosti (Fletcher & Sarkar, 2013).

Pozdější autoři argumentují, že skutečnost, že některý jedinec vykazuje resilientní charakteristiky v určité situaci, nutně nepředpovídá, že bude reagovat podobně i v jiných situacích. Např. Kaufman et al., (1994) zjistili, že dvě třetiny dětí, které byly zneužívány, zvládly dobře fungovat ve škole, ale jen 21 % z nich svou odolnost projevilo i v oblasti sociální kompetence. Podobně se ukázalo, že někteří adolescenti, kteří museli čelit různým nesnázím, se sice zvládli dobře adaptovat v běžném životě, ale často se potýkali s projevy deprese a posttraumatické stresové poruchy (O'Dougherty-Wright et al., 1997). Tyto poznatky tak přináší nový pohled na koncept resilience jako spíše na proces, který je proměnlivý napříč situacemi a v průběhu času i života jedince (Fletcher & Sarkar, 2013). Luthar et al. (2000) resilienci konkrétně definují jako „*dynamický proces, pro který je klíčová pozitivní adaptace a neustálý vývoj jedince čelícího nepříznivým životním okolnostem*“ (s. 543).

Jakožto dynamický proces lze i shrnout desetiletí výzkumu tématu psychické odolnosti. Tzv. „první vlna“ výzkumu resilience si kladla za cíl identifikovat protektivní faktory jedinců čelících náročným podmínkám, „druhá vlna“ výzkumu resilience se pak více zaměřovala na kontext vyrovnávání se se stresory, nepříznivými podmínkami nebo výzvami, které mohou

člověka potkat. „Třetí vlna“ výzkumu resilience už se zabývá nejen tím, jak lze nepříznivé vlivy odrazit, ale také díky čemu dokáží jedinci tuto zkušenost využít a dosáhnout větší seberealizace (Fletcher & Sarkar, 2013). Zatímco dřívější tendence totiž bývala předpokládat, že negativní životní události mohou člověku spíše bránit ve schopnosti žít naplněný život, ukazuje se, že naopak lidé, kteří ve svém životě museli čelit nepříznivým podmínkám, mohou dosahovat dokonce lepšího duševního zdraví a osobní pohody, než lidé, kteří se s podobnými problémy potýkat nemuseli (Seery et al., 2010).

#### 1.4.2. Hardiness

Koncepci *hardiness* představila Suzanne Kobasa (1979) na konci 70. let a inspirovala se myšlenkami Maddiho existenciální teorie osobnosti. Křivohlavý (2001) překládá původní pojem *psychological hardiness* jako *osobní tvrdost, nezdolnost*. Samotné anglické slovo *hard* v angličtině značí přívlastek tvrdý, pevný, neoblomný, odolný, houževnatý, neúnavný, soustředěný apod. Právě tyto charakteristiky vykazovali účastníci výzkumu v rámci Kobasy disertační práce, kteří, ač byli vystaveni vysoké psychické zátěži, přesto zůstávali zdraví a odlišovali se tak od jedinců, kteří totožnou zátěž zvládali o poznání hůře. Kobasa na základě těchto poznatků definovala tři základní osobnostní komponenty, které nezdolnost jedince ve smyslu *hardiness* charakterizují. V angličtině je lze souhrnně pojmenovat jako tři „c“, Baštecká & Goldmann (2001) ve volném překladu hovoří o třech „v“. Vysvětlují je jako:

- (1) **commitment** – schopnost **vložit se** a nadchnout do věcí s vírou v jejich smysl;
- (2) **control** – chápání překážek jako **výzvy**;
- (3) **challenge**. – **vláda** nad vlastním životem.

#### 1.4.3. Self efficacy

*Self-efficacy*, v doslovném překladu „*sebeúčinnost*“, je ústředním pojmem teorie sociálního učení, resp. sociálně kognitivní teorie A. Bandury, amerického sociálního psychologa. Bandura prostřednictvím této teorie vykládá lidské chování skrze působení a vzájemnou interakci tří hlavních skupin faktorů (determinant) – chování, vnitřních osobnostních dispozic a vnějšího prostředí. *Self-efficacy* je pak důvěrou či přesvědčením o vlastní schopnosti, která umožňuje tyto determinanty ovlivňovat (Kebza & Šolcová, 2008). Lze ji formulovat také jako vnímání vlastní *kompetence*, tedy námi očekávané schopnosti zvládnout daný úkol, překonat určitou překážku nebo také změnit náš život (Baštecká & Goldmann, 2001). V české literatuře se proto setkáme

s pojmy „*vlastní zdatnost*“ (Kratochvíl, 1998), „*vnímaná osobní zdatnost*“ (Křivohlavý, 2001), nebo pak kombinace obou „*vnímaná vlastní zdatnost*“ (Baštecká & Goldmann, 2001).

Hodnocení úrovně self-efficacy se dle Bandury (1977) opírá o čtyři zdroje informací. Tou nejúčinnější je vlastní zkušenost s úspěšným zvládnutím úkolu (*mastery experience*), dále pak zástupná zkušenost (*vicarious experience*) jiných lidí. Třetím zdrojem je přesvědčování jedince (*verbal persuasion*), že má ke zvládnutí úkolu potřebné znalosti, schopnosti a dovednosti, a čtvrtým zdrojem jsou informace o vlastní kondici a zdravotním stavu (*physiological and emotional states*).

Self-efficacy úzce souvisí s tím, jakou mírou stresu budeme v určité situaci pociťovat. Bandura konkrétně zkoumal vztah mezi očekávanou zdatností a vylučováním katecholaminů, „hormonů stresu“. Ukázalo se, že čím vyšší zdatnost pro zvládnutí úkolu u sebe jedinci očekávali, tím nižší stresová reakce (sevřený žaludek, roztřesenost) se u nich projevila (Bandura et al., 1985). Budování vyšší zdatnosti je dle Bandury výsledkem úspěšné psychoterapie.

#### **1.4.4. Locus of control**

Pojem *locus of control* přinesl v 60. letech psycholog Julian B. Rotter (1966), který se zabýval sociálním učením. Lze jej přeložit jako „*místo lokalizace kontroly*“, „*umístění vlivu*“, „*umístění moci*“ nebo „*místo řízení*“, které se nachází buď uvnitř jedince nebo mimo něj. Definuje tak dva možné přístupy při čelení obtížím. *Vnitřní locus of control* se projevuje jako přesvědčení člověka, že má situaci pod kontrolou a je v jeho rukou ji díky vlastním schopnostem a iniciativě ovlivnit. Oproti tomu lidé s *vnějším locus of control* přisuzují kontrolu nad situací a možnost ji ovlivnit vnějším okolnostem mimo svůj dosah, a tak čekají na zásah osudu nebo změnu okolností, které situaci vyřeší za ně (Baštecká & Goldmann, 2001; Kebza & Šolcová, 2008; Křivohlavý, 2001).

Baštecká a Goldmann (2001) zdůrazňují, že spíše než o osobnostní charakteristice vypovídá locus of control především o přesvědčení jedince, zdali může nebo nemůže ovlivnit důsledky svých činů, a je proto v čase proměnlivý. Kebza a Šolcová (2008) nicméně uvádějí, že se jedná spíše o relativně stabilní charakteristiku a jedincům s vnitřní lokalizací kontroly umožňuje zaujímat „*aktivní, samostatný, sebevědomý a účelný styl zvládnání náročných životních situací*“ (Kebza & Šolcová, 2008, s. 5).

Výzkumy Rodinové a Langerové (1977) poukázaly na skutečnost, že to, do jaké míry se u člověka budou projevovat charakteristiky vnitřního locus of control, závisí také na míře svobody

a kontroly, která je mu poskytnuta. Ve své studii rozdělily obyvatele v domově pro seniory do dvou skupin. Zatímco experimentální skupině byla poskytnuta větší svoboda a možnost volit si preferované aktivity, např. vybírat si, jak budou trávit volný čas, pracovat na zahrádce i uspořádat si bydlení dle svého uvážení, kontrolní skupina měla program řízený zvnějšku a její míra autonomie byla omezena. Již po třech týdnech došlo u experimentální skupiny ke zlepšení psychického a fyzického stavu a po 18 měsících, kdy výzkum skončil, byli její členové zdravější, čilejší a aktivnější. Díky tomu autorky upozornily také na novou souvislost – přímou úměru svobody a kontroly nad vlastním životem a zdravotním stavem.

## 2. Salutogenetické pojetí zdraví a sense of coherence (SOC)

Koncept salutogenetického pojetí zdraví vychází z celoživotní práce izraelsko-amerického autora Aarona Antonovského. V této kapitole bude proto příběh autora představen na pozadí života v multikulturním prostředí, které vývoj konceptu salutogeneze zásadně formovalo. Následně budou zmíněna klíčová východiska salutogenetického pojetí zdraví, vysvětlení ústředního pojmu SOC i srovnání s příbuznými koncepty, které se oblasti nejen duševního zdraví věnovaly.

### 2.1. Vývoj salutogenetického modelu zdraví

Aaron Antonovsky vyrůstal ve Spojených státech amerických a jeho společenské zázemí v dětství tvořily především rodiny imigrantů, které se potýkaly s náročnou adaptací v novém kulturním prostředí a sociální nerovností. Po druhé světové válce a emigraci do Izraele se začal zaměřovat také na téma sociologie zdraví. Zajímalo ho, jak je možné, že lidé, kteří jsou vystaveni diskriminaci, chudobě nebo nutnosti přizpůsobit se v novém kulturním prostředí jsou více ohroženi fyzickým nebo duševním onemocněním, a přesto někteří z nich zůstávají zdraví a ve stavu duševní pohody (Antonovsky & Sagy, 2016).

Jeho výzkumy salutogeneze začaly v 70. letech, kdy v Izraeli zkoumal způsob vyrovnávání se s menopauzou u žen různých etnických skupin. Zjistil, že na jejich adaptaci měla vliv především míra stability, tradice a ukotvení dané kultury. Během výzkumu však také zaznamenal, že ve vzorku bylo určité množství žen, které prošly koncentračními tábory, a i přes tuto nepředstavitelně traumatizující zkušenost vykazovaly vysokou míru adaptace, fyzického i duševního zdraví a funkčního rodinného i sociálního života. Na základě těchto poznatků vydal v roce 1979 svou první knihu „*Health, Stress and Coping*“, ve které definoval **salutogenetické pojetí zdraví** (z lat. *saluto* – zdraví, *genesis* – vznik), které stavěl jako koncept, který je v opozici do té doby široce rozšířenému patogennímu postoji ke zdraví. (Antonovsky, 1979). Patogenní postoj ke zdraví se zaměřoval především na nemoci a rizikové faktory, kterým má jedinec předcházet, aby zůstal zdravý. Antonovsky se však domnívá, že nemoc a stresové faktory jsou všudypřítomné a naopak je záhadou, proč i přesto, že se někdo s těmito činiteli setkává, navíc i třeba ve zvýšené míře oproti jiným lidem, přesto zůstává zdravý. Salutogenetické pojetí zdraví proto předložil jako otázku: *Co je původcem zdraví?* Jeho odpovědí je konstrukt tzv. *sense of coherence* (dále SOC), v češtině uváděný jako *smysl pro koherenci*, *smysl pro soudržnost* nebo *smysl pro integritu* (Antonovsky, 1979).

Salutogeneze bývá užívána ve třech hlavních oblastech:

- (1) jako salutogenetický model zdraví, který navrhl Antonovsky;
- (2) jako pojem vyhrazený pro koncept, jehož středem je měření SOC jakožto klíčového elementu salutogenetického modelu zdraví;
- (3) jako průzkum salutogenetické orientace zaměřené na zdroje, které pro jedince vedou k pozitivním důsledkům, spíše než zaměření na nemoc a související rizikové faktory (Mittelmark & Bauer, 2016).

## **2.2. Pojetí stresorů – Generalised resistance resources (GRR)**

Pro oblast zdrojů, které jedinci pomáhají se zvládnutím přicházejících stresorů Antonovsky přišel s novým konceptem tzv. *generalised resistance resources (GRRs)*, někdy uváděných také jako *general resistance resources*. Jsou to biologické, materiální a psychosociální faktory, které lidem usnadňují vnímat svět jako konzistentní, strukturovaný a srozumitelný. Mezi typické GRRs patří například peníze, znalosti, zkušenosti, inteligence, sebeúcta, zdravý životní styl, sociální opora, kultura, tradice nebo optimistické vidění světa. Pokud má člověk v náročné situaci možnost těchto zdrojů využít, má větší šanci, že se mu lépe podaří danou výzvu překonat. Nicméně skutečnost, že tyto zdroje máme k dispozici, ještě nutně neznamená, že je dokážeme dobře využít – to, jakým způsobem se během života naučíme je využívat, představuje schopnost, kterou Antonovsky nazývá SOC (Lindström & Eriksson, 2006).

## **2.3. Sense of coherence (SOC)**

SOC je definován jako všeobecná orientace, dispozice nebo schopnost jedince vnímat, že se zvládne vypořádat s každou situací, která jej v životě potká, nehledě na okolnosti. Je to obecná tendence vidět svět a (zejména nepříjemné) události, které přináší, jako srozumitelné, smysluplné a zvládnutelné. Není proto obvyklé, že by člověk projevoval silný (nebo slabý) SOC v určité oblasti života a v jiné ne (Antonovsky, 1987). Příkladem může být situace partnerské krize – snáze se s ní vypořádají lidé, kteří rozumí tomu, co se děje (např. o vztah jsme málo pečovali, příliš jsme se věnovali práci a do vztahu jsme přestali investovat energii), mají pocit, že je zvládnutelná a je v jejich rukou situaci změnit (např. budeme se více věnovat hledání společných koníčků, trávit více času společně, půjdeme na párovou terapii) a vidí v ní určitý smysl nebo význam (např. díky této krizi jsem si uvědomil, co je pro mě opravdu důležité a budu rodinu méně zanedbávat).



Můžeme říci, že se jedná o jakýsi „šestý smysl“ pro přežití a zvládání náročných situací, který nám pomáhá zvyšovat schopnost udržet si zdraví (Lindström & Eriksson, 2006). SOC je flexibilní charakteristika, která nezahrnuje určitý soubor vyrovnávacích strategií, a tak se odlišuje od klasických coping strategií (Antonovsky, 1993).

Lidé potřebují porozumět svým životům a také potřebují, aby byli chápáni druhými. Je pro ně zásadní vnímat, že dokážou situaci zvládnout, a to nejdůležitější – musí mít pocit, že vynaložené úsilí pro překonání dané situace má smysl, aby získali motivaci dále pokračovat (Lindström & Eriksson, 2006). **Klíčovými komponentami SOC** proto jsou:

- (1) **srozumitelnost** (*comprehensibility*), *kognitivní složka*, v rámci které jedinec vnímá přicházející podněty jako strukturované, předvídatelné a vysvětlitelné;
- (2) **zvladatelnost** (*manageability*), *instrumentální nebo behaviorální složka*, díky které jedinec dostupné zdroje dokáže využít pro zvládnutí přicházejících podnětů;
- (3) **smysluplnost** (*meaningfulness*), *motivační složka*, která hodnotí, zdali přicházející podněty představují výzvu, která stojí za to překonat (Antonovsky, 1987).

Antonovsky se domníval, že SOC se vyvíjí především během prvních 30 let života a pouze opravdu zásadní životní události jej mohou dodatečně formovat (Lindström & Eriksson, 2006).

## 2.4. SOC a jeho role pro podporu zdraví

Dosavadní výzkum konceptu SOC potvrzuje hlavní hypotézu salutogeneze – že člověk se silným SOC bude lépe zvládat životní stresory než člověk s nízkým SOC (Eriksson & Lindström, 2005; Eriksson & Mittelmark, 2017). To, do jaké míry však SOC působí na naše zdraví není jednoduché kauzálně vyjádřit.

Různé zahraniční výzkumy ukázaly, že existuje vztah mezi silným SOC a tím, do jaké míry se lidé cítí zdraví. Čím silnější SOC lidé v rámci proběhlých studií vykazovali, tím méně často si stěžovali na subjektivní příznaky onemocnění (Eriksson & Lindström, 2006). Je zajímavé, že tato závislost se také může přenést do vztahu rodič-dítě. V norské studii bylo zjištěno, že čím nižší míru SOC a životní spokojenosti rodiče projevovali, tím častěji jejich děti prožívaly některé z psychosomatických obtíží (Grøholt et al., 2003). Pokud bychom se zaměřili přímo na SOC u dětí, tak např. ve studii, která se zabývala dětmi-astmatiky, se ukázalo, že vyšší míra SOC a sebeúcty snižovala množství jimi prožívaných fyzických projevů akutního astmatického záchvatu. Poukazovala tak na jejich vyšší psychickou odolnost a také měla značný pozitivní vliv na jejich kvalitu života (Vinson, 2002).

Ačkoli zmiňované studie mohou vyznívat pro SOC jakožto prediktor zdraví velmi pozitivně, jedná se často především o subjektivně prožívané projevy zdraví nebo nemoci. Autoři jsou v rámci potvrzení souvislosti s fyzickým zdravím spíše opatrní a poukazují na skutečnost, že vztah SOC s fyzickým zdravím je poměrně komplikovaný a rozhodně mnohem slabší než se zdravím mentálním (Eriksson & Lindström, 2006).

Pelcák (2008) nicméně uvádí, že díky tomu, že lidé s vyšší mírou SOC dokážou stresogenní situaci lépe kognitivně zpracovat a vyhodnotit vlastní možnosti situaci zvládnout, dochází u nich také k lepšímu emočnímu zpracování stresu, které by potenciálně mohlo spouštět patofyziologické reakce organismu. Snižuje se tak u nich negativní dopad stresu na jejich organismus a pravděpodobnost rozvoje některého onemocnění, např. kardiovaskulárních chorob. Tuto souvislost naznačují i některé zahraniční výzkumy. Dospělým se silným SOC byly v jedné ze studií naměřeny nižší hodnoty diastolického krevního tlaku, triglyceridů zodpovědných za kornatění tepen, klidového srdečního tepu a naopak vyšší kapacita okysličení organismu (Lundberg & Peck, 1994). Oproti tomu nízký SOC byl spojován s vyšší incidencí srdečních příhod. Je však nutno poznamenat, že salutogenetický faktor SOC se v těchto výzkumech nepotvrdil u tzv. „modrých límečků“, tedy manuálních pracovníků (Poppus et al., 1999). Jeho dopad na fyzické zdraví se nijak neprokázal ani v rámci jedné z prvních velkých epidemiologických studií týkajících se SOC mimo západní země, konkrétně v Thajsku. V souladu s mnoha celosvětovými výzkumy však i tato thajská studie poukázala na skutečnost, že ve vztahu k mentálnímu zdraví je role SOC naopak poměrně výrazná (Cederblad et al., 2003).

SOC byl napříč výzkumy silně vázán na faktory spojované s dobrým duševním zdravím jako např. optimismus, hardiness, self-efficacy či sociálními dovednosti, naopak silný negativní vztah byl zjištěn s projevy úzkosti, vzteku, syndromu vyhoření, hostility, beznaděje, posttraumatické stresové poruchy a deprese (Eriksson & Lindström, 2006). Pelcák (2008) k tomu dodává, že právě lepší zvládnání extrémních situací a nižšího emočního vyčerpání u nezdolných lidí může pozitivně ovlivnit také nižší pravděpodobnost rozvoje duševních poruch a onemocnění, která jsou v MKN-10 klasifikována jako *Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení*.

Studie dále naznačují, že SOC funguje jako mediátor chování, které podporuje zdraví. Pokud již dojde k rozvoji některého z onemocnění, u lidí s vyšším SOC existuje vyšší pravděpodobnost, že budou následovat doporučení odborníků a budou pracovat na zlepšení své životosprávy, jako např. omezení alkoholu a kouření nebo zkvalitnění jídelníčku (Silarova et al., 2014).

V českém prostředí se souvislostmi SOC a chování podporujícího zdraví zabývali např. Pelcák et al. (2015). V populaci žáků střední školy zjistili, že studenti, kteří vykazovali vyšší míru SOC, lépe psychicky zvládali prožívaný stres, volili vhodnější copingové strategie a měli větší tendenci dodržovat zdraví podporující návyky jako např. dostatečný spánek nebo pravidelnou pohybovou aktivitu.

Dosavadní závěry naznačují, že pozitivní souvislost fyzického zdraví a SOC zatím nebyla jednoznačně objasněna a vyžaduje další zkoumání. Silný vztah byl však prokázán v oblasti duševního zdraví a i přes určité spekulace je opodstatněné SOC vnímat jako důležitý faktor psychické odolnosti a udržení pozitivního duševního stavu. SOC tedy nelze považovat za synonymum zdraví, je však zásadním předpokladem pro jeho dosažení a udržení (Eriksson & Lindström, 2006).

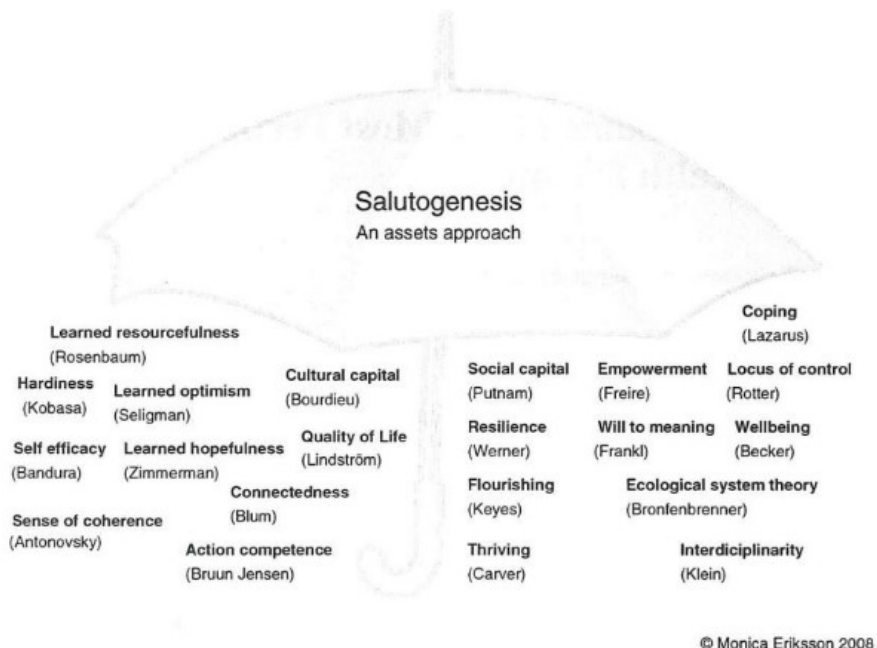
## 2.5. Srovnání SOC s podobnými koncepty

SOC je unikátním konceptem, nicméně lze najít určitou podobnost i s jinými psychologickými koncepty. Antonovsky je sám zmiňuje ve své druhé knize (Antonovsky, 1987) a mluví konkrétně o *nezdolnosti (hardiness)* (Kobasa, 1979), *smyslu pro stálost (sense of permanence)* (Boyce et al., 1985), *oblastech sociálního klimatu (domains of social climate)* (Moos, 1987), *resilienci* (Werner & Smith, 1982), *rodinné konstrukci reality (family's construction of reality)* (Reiss, 1987), *self-efficacy* (Bandura, 1977), *vůli ke smyslu (will to meaning)* (Frankl, 1988) a *umístění kontroly (locus of control)* (Rotter, 1966). Z novějších přístupů dále zmiňují autoři navazující na Antonovského příbuzné koncepty *flow* (Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 1988), *naučené zdroje síly (learned resourcefulness)* (Rosenbaum, 1990), *naučený optimismus (learned optimism)* (Seligman, 1998), *naučené zdroje naděje (learned hopefulness)* (Zimmerman, 1990), *kulturní kapitál (cultural capital)* (Bourdieu, 1986), *kvalita života (quality of life)* (Lindström, 1992), *propojenost (connectedness)* (Blum, 2005), *akční kompetence (action competence)* (Bruun Jensen & Schnack, 1997), *sociální kapitál (social capital)* (Putnam, 1993), *optimální prospívání (flourishing)* (Keyes, 2002), *prosperování (thriving)* (Carver, 2010), *zplnomocnění (empowerment)* (Freire, 1987), *zvládání (coping)* (Lazarus, 1966), *osobní pohoda (wellbeing)* (Becker, 1982), *teorie ekologického systému (ecological system theory)* (Bronfenbrenner, 1979) a konečně *interdisciplinarita (interdisciplinarity)* (Klein, 1990). Všechny tyto teorie se zaměřují na zdroje jedince, snaží se vysvětlit původ zdraví a kvality života člověka a je jim společné určité salutogenetické přemýšlení.

Je možné je proto vnímat jako možný salutogenetický rámec, který Monica Erikssonová nazývá „salutogenetickým deštníkem“, ve kterém je SOC pouze jedna ze součástí (Lindström & Eriksson, 2006; Eriksson & Lindström, 2010).

## Obrázek 1

*Salutogenetický deštník – vybrané teorie se salutogenetickým přístupem*



*Poznámka.* Převzato z “Bringing It All Together: The Salutogenic Response to Some of the Most Pertinent Public Health Dilemmas ” by M. Eriksson and B. Lindström, in A. Morgan, M. Davies, & E. Ziglio (Eds.), *Health assets in a global context: Theory, methods, action* (p. 340), 2010, New York, NY: Springer.

V následujícím textu jsou porovnány nejzásadnější z těchto konceptů.

### 2.5.1. SOC a resilience

Resilience jedince se projeví, pokud se setká s negativní životní událostí nebo překážkou a podaří se mu zmobilizovat své vnitřní i vnější obranné zdroje a situaci zvládnout. Antonovsky (1987) v této charakteristice viděl určité podobnosti se salutogenetickým konceptem. Wernerová i Antonovsky si kladli společnou otázku: *Proč někteří lidé i přes velké těžkosti dokážou zůstat zdraví a jiní ne?*

Oba koncepty shodně zdůrazňují zdroje jedince – zatímco pro salutogenetický přístup jsou to generalised resistance resources (GRRs), resilience hovoří o protektivních faktorech. Podobně

také uvažují o udržení a rozvoji zdraví jako o kontinuálním procesu. A v neposlední řadě, SOC i resilienci lze uplatnit na úrovni jedince, skupiny (např. rodiny) i společnosti. V čem se koncepty liší je pohled na proces přizpůsobení jedince. Resilience je vždy spojována s rizikovými faktory. Fenomén resilience vlastně vzniká v situaci, kdy jedinec v reakci na určitou slabost zapojuje ochranné procesy a díky nim dokáže dobře zareagovat na rizikovou situaci. Očima salutogeneze bychom mohli říci, že je určitou nárazníkovou charakteristikou, která pomáhá ochranné procesy lépe zapojit (Eriksson & Lindström, 2010).

### 2.5.2. SOC a hardiness

Také Suzanne Kobasová si kladla otázku, proč někteří lidé vystavení stresujícím situacím zvládají dobře a jiní ne. Její koncept *hardiness* užívá jiné termíny pro velmi podobné dimenze jako Antonovského SOC – *kontrola* (Antonovského zvladatelnost), *odevzdanost* či *ztotožnění* (smysluplnost) a *výzva* (srozumitelnost a smysluplnost). Antonovsky si tohoto překryvu byl vědom (Antonovsky, 1987), nicméně i přesto považuje *hardiness* a SOC za dvě samostatné teorie. Jejich podobnost byla dále výzkumně ověřována dalšími autory a byla u nich zjištěna signifikantní korelace, nicméně někteří autoři také díky faktorové analýze dokázali mezi těmito dvěma teoriemi najít konceptuální odlišnost (Kravetz et al., 1993; Rizeanu & Vasiliu, 2016).

### 2.5.3. SOC a self-efficacy

Antonovsky (1987) srovnává svůj koncept SOC také s Bandurovou (1977) *self-efficacy*. Uvádí, že ačkoli oba vycházejí ze zcela odlišných teoretických základů a teorie sociálního učení a kognitivně-behaviorální terapie nemají se salutogenezí příliš společného, *self-efficacy* se zaměřuje na vysvětlení chování jedince a lze do něj zahrnout i chování související se zdravím, tedy vyrovnávání se stresory. Ač tuto skutečnost označuje za „troufalou“, v Bandurových determinantách účinného chování vidí analogii ke třem komponentám SOC – přesvědčení, že zamýšlený výsledek chování má pro jedince hodnotu, může odkazovat na *smysluplnost*; přesvědčení, že učinění daného chování opravdu povede k tomuto výsledku, lze vnímat jako *srozumitelnost*; a konečně, přesvědčení, že jedinec toto chování úspěšně zvládne, může odkazovat na *zvladatelnost*.

Společnou charakteristikou těchto konceptů je také jejich uplatnitelnost na individuální i skupinové úrovni (Eriksson & Lindström, 2010) a určitou korelací těchto konceptů zjistili také Smith a Meyers (1997).

#### 2.5.4. SOC a locus of control

Posledním konceptem, na který se v práci zaměříme a je u něj možný konceptuální překryv s SOC, je Rotterův (1966) *locus of control*. Souvislostí jejich mechanismů se zabývali Amirkhan a Greaves (2003) ve svém výzkumu studentů. Jejich výsledky poukázaly na signifikantní odlišitelnost těchto konceptů. Jedinci s vysokým SOC navíc vnímali většinu životních událostí jako koherentní a v rámci adaptace využívali lepší vyrovnávací strategie. Interní locus of control se také ukázal jako prediktor silného SOC (Smith & Meyers, 1997).

#### 2.6. Nástroje měření SOC – Orientation to Life Questionnaire (OLQ)

Prvním krokem operacionalizace konceptu SOC byla Antonovského pilotní studie. Antonovsky oslovil 51 osob, které prožily těžké trauma se zásadními důsledky pro jejich život a byli vnímány svým okolím jako osoby, které zvládly adaptaci zpět do normálního života relativně dobře. Antonovského tým absolvoval s respondenty rozhovory, jejichž obsah pak hodnotil na 10bodové škále od slabého SOC po velmi silný. Mezi hodnotiteli se ukázala výrazná shoda a naznačila tak konsensuální validitu celého konceptu.

Kvalitativní analýza výpovědí respondentů pak napomohla k explicitnímu vyjádření tří komponentů konceptu SOC a formulaci jednotlivých položek vytvářeného dotazníku. Z původního počtu 81 položek pro každou z komponent dospěl autor kvantitativní analýzou k finálnímu počtu 29 položek celkem – 11 položek pro *srozumitelnost (comprehensibility)*, 10 položek pro *zvladatelnost (manageability)* a osm pro *smysluplnost (meaningfulness)*. Každá z položek je hodnocena na sedmibodové škále souhlasu/nesouhlasu (Antonovsky, 1987). V rámci psychometrických charakteristik autor uvádí standardní odchylku 0.1–0.2; reliabilitu měřenou Cronbachovým alfa 0.84–0.93 a konstruktovou validitu 0.64 (Antonovsky, 1987).

Nezávisle na Antonovském vznikly i další dotazníky pro měření SOC – *Rumbautův 22položkový dotazník* (Rumbaut et al., 1981, podle Dana et al., 1985) a *Payneův 40položkový dotazník* (Payne, 1982).

Rumbaut v roce 1983 provedl studii u 336 studentů, která zkoumala validitu a reliabilitu jeho 22položkové metody a původní Antonovského metody SOC-29. Korelace mezi těmito škálami byla 0.64 a pozitivní vztah potvrzují i studie dalších autorů (Antonovsky, 1987; Dana et al., 1985). V rámci Rumbautovy studie byla ověřována také konvergentní a diskriminační validita mezi koncepty SOC a Rotterovým locus of control, jelikož mezi výsledky lze předpokládat signifikantní pozitivní korelaci – člověk, který dosahuje vysokého skóre externího locus of control vnímá okolní

události tak, že je má ve svých rukou, spíše než že jsou dílem náhody nebo zapříčiněny působením vyšších autorit. Korelace mezi škálou pro měření Interního-Externího Locus of Control a SOC-29 byla 0.36, u 22položkového dotazníku dosáhla o něco vyšší hodnoty 0.46. Pozitivní korelaci konceptů SOC a locus of control potvrzují i další studie (Antonovsky, 1987; Dana et al., 1985; Flannery et al., 1994).

I přes existenci alternativních nástrojů pro měření konceptu SOC se Antonovského OLQ ukázal jako nejpřesnější (Dana et al., 1985).

Korelační studie dále ukázaly, že lidé, kteří mají vyšší skóre SOC prožívají v běžném životě méně stresu a mají méně projevů úzkosti a deprese (Flannery et al., 1994), a to u dětské (Margalit, 1985), adolescentní (Moksnes & Espnes, 2020), dospělé (Flannery & Flannery, 1990) i geriatrické populace (Zielińska-Więczkowska & Sas, 2020).

### **2.6.1. Nástroj Sense of Coherence (SOC-13)**

Pro měření SOC v rámci výzkumného projektu v této práci byla využita zkrácená 13položková verze OLQ (Antonovsky, 1987) Položky zjišťují, do jaké míry se u respondenta projevuje vnímání životních situací jako srozumitelných, zvládnutelných a smysluplných. Položky jsou hodnoceny na sedmibodové Likertově škále (1 = nikdy – 7 = vždy).

Erikssonová a Lindström (2005) ve své přehledové studii analyzovali validitu a reliabilitu různých verzí dotazníků SOC u více než 120 výzkumů. Vnitřní konzistence SOC-13 vyjádřena Cronbachovým alfa se v těchto studiích pohybovala mezi hodnotami 0.70 až 0.92. Test-retestová reliabilita v rámci ročního časového úseku dosahovala hodnot 0.69 až 0.72, u longitudinálních studií s delšími časovými intervaly (3 až 6 let) byly hodnoty korelací o něco nižší, 0.42 až 0.67. Průměrný celkový skór SOC se pohyboval mezi 35,39 ( $SD = 0.1$ ) a 77,60 ( $SD = 13.80$ ).

## **2.7. Budoucnost salutogeneze a její význam pro obor podpory zdraví**

Hlavním výzkumným proudem v oblasti salutogeneze je především měření SOC. Nemělo by to však zastínit další důležité oblasti zkoumání – např. to, jakým způsobem může salutogeneze napomáhat zlepšování zdraví (Mittelmark et al., 2016).

Mittelmark (2016) poznamenává, že pokud se nadšený kolega pustí do studia salutogeneze, není jednoduché ho rychle uvést do tématu. Jako zásadní literaturu proto uvádí texty Aarona Antonovského (1979, 1987) či jeho následný článek v *Health Promotion International*, kde postupy podpory zdraví zpochybňuje a navrhuje salutogenezi jako vhodné teoretické východisko

pro tento obor (Antonovsky, 1996). Nejzásadnějšími autory, kteří na Antonovského v následujících 20 letech navázali jsou Bengt Lindström a Monika Eriksson. Shrnutím posledních 40 let práce v oblasti salutogeneze je *The Handbook of Salutogenesis*, kniha, která vznikla díky *Global Working Group on Salutogenesis* (Globální pracovní skupině pro salutogenezi) v rámci *International Union of Health Promotion and Education* (dále *IUHPE*, Mezinárodní unie pro podporu a výchovu ke zdraví). Na knize se podílelo 87 autorů z celého světa (Mittelmark et al., 2016).

Hlavní kritika, na kterou se zatím nepodařilo salutogenezi odpovědět, je jednotná teorie, která by operacionalizovala obor podpory zdraví, jeho hodnoty a principy (Bauer et al., 2020).

Původní formální salutogenetický model zdraví se v rámci výzkumu ani praxe příliš neuchytil – částečně nejspíš kvůli své komplexnosti i obtížnému empirickému ověření. Z perspektivy podpory zdraví však tomuto modelu také chybí konkrétnější vysvětlení a naznačení cesty, jakým způsobem se zmíněné zdroje mohou v rozvoji zdraví uplatňovat (Bauer et al., 2020)

Antonovsky ve své poslední práci navrhoval využít salutogenezi jako teoretické východisko pro podporu zdraví. Konkrétně doporučil, aby se obor podpory zdraví zaměřil na (1) kontinuum zdraví-nemoci (spíše než dichotomickou klasifikaci), (2) podpůrné faktory (spíše než rizikové faktory), (3) člověka (nebo kolektiv) jako celek (spíše než na jeho onemocnění) a (4) rozvoj programů pro podporu zdraví, které budou posilovat SOC (Antonovsky, 1996).

Pozdější autoři tuto myšlenku podporují, nicméně reflektují některé nedostatky původních prací Antonovského. Bauer et al. (2020), členové Globální pracovní skupiny pro salutogenezi v rámci *IUHPE*, proto navrhli čtyři oblasti, ve kterých by se salutogeneze měla dále rozvinout, aby stála na silnějších vědeckých tvrzeních a mohla se tak stát pevnou základnou pro teorii podpory zdraví:

- (1) vylepšit celkový salutogenetický model zdraví,
- (2) vylepšit koncept SOC,
- (3) navrhnout komplexní systém salutogenetických intervencí a změnových procesů,
- (4) aplikovat salutogenezi i v dalších oblastech kromě zdraví – včetně oblasti meziskupinových vztahů.



### **(1) Vylepšit celkový salutogenetický model zdraví.**

Původní model má zásadní přínos v pohledu na faktory, které se podílejí na zdraví člověka. Ukazuje, jak různé psychologické, fyzické i biochemické stresory mohou být úspěšně zvládnuty díky řadě kulturních, psychosociálních, genetických i vrozených obecných zdrojů rezistence (general resistance resources, GRRs). Představuje SOC jako general orientation to life která podporuje schopnost mobilizovat GRRs a SRRs.

***Přidat pozitivní stranu kontinua zdraví.*** Antonovsky sice přinesl revoluční ideu kontinua zdraví-nemoc, nicméně zdraví v něm stále definoval negativně – jako *absenci* bolesti, funkčních limitů, akutní nebo chronické prognózy či nutnosti zdravotních zásahů. Tato definice se překrývá s definicí zdraví WHO z r. 1948, nicméně v něčem se liší – WHO popisuje zdraví v pozitivním smyslu jakožto stav kompletní fyzické, duševní i sociální pohody. Novější literatura, která se zaměřuje na pozitivní stránky zdraví, jde však ještě dál než k tématům wellbeingu a zdůrazňuje důležitost např. rozvoje vlastního potenciálu, pozitivního fungování, sebenaplnění, naplnění smyslu života či prospěšnosti společnosti. Autoři proto navrhnou Antonovského kontinuum rozšířit o dodatečné pozitivní spektrum zdraví a model tak učinit kompletním (Bauer et al., 2020).

***Cesta k pozitivnímu rozvoji zdraví.*** V otázce původu zdraví Antonovsky přináší myšlenku, že život je plný náročných výzev a lidské zdraví tak musí neustále odolávat všudypřítomným stresorům. Ottawská charta WHO z roku 1986 však říká, že oboru podpory zdraví nejde jen o lidské přežití – má za cíl umožnit lidem získat nad svým zdravím kontrolu. Zdraví je totiž klíčovým zdrojem, abychom v každodenním životě dokázali fungovat (WHO, 1986) – Charta tak, oproti Antonovskému, v pozitivním smyslu zdůrazňuje naši kapacitu odolávat stresorům, ne naši zranitelnost. Naše každodenní aktivity, lidé, se kterými se setkáváme, i prostředí, ve kterém žijeme, mohou přinášet velké množství stresu, ale jsou také zdrojem zážitků, které utváří naše vnitřní zdroje opory. Tyto zdroje nám pak každodenní stresy mohou pomoci zvládnout a také přispívat nejen k úspěšnému uzdravení, ale také napomáhat naší osobní pohodě a prospívání. Salutogenetický model by proto měl být rozšířen o jasně určenou cestu, která vede k pozitivnímu rozvoji zdraví, a ukázat jak se GRR a SRR na této cestě ke zdraví mohou přímo uplatnit (Bauer et al., 2020).

## **(2) Vylepšit koncept SOC.**

**Koncept SOC a jeho měření.** Antonovského 29položková škála OLQ se během let prokázala jako validní a reliabilní nástroj, který je poměrně snadno využitelný v rámci výzkumu SOC, a tak se stala základem pro měření SOC v rámci vědecké práce. Její četné využití tak vytvořilo přesvědčení, že konstrukt SOC je dobře měřitelný, nicméně Bauer et al. (2020) namítají, že koncept SOC jako takový by měl být více prozkoumán. Ačkoli se totiž SOC skládá ze tří komponent, nástroj OLQ má spíše jednofaktorový charakter, a jednotlivé komponenty v něm lze těžko zachytit. Bauer et al. dále uvádějí, že sám Antonovsky si tohoto byl vědom a doufal, že se do širšího zkoumání konceptu SOC a role jednotlivých komponent pustí i další autoři, s využitím jiných metodologických přístupů a nástrojů, než byly jeho vlastní. Revizi by si také zasloužila Antonovského originální kvalitativní data, na kterých svůj konstrukt založil, aby bylo možné prokázat, zdali je skutečně replikovatelný a byl by prokázán i skrze data jiných nezávislých výzkumníků (Bauer et al., 2020).

**Původ SOC: porozumění salutogenetickým procesům v raných fázích života.** Dle Antonovského se SOC vyvíjí skrze interakci vnějších a vnitřních faktorů, které v ideálním případě jedinci určí koherentní, zvladatelný a strukturovaný životní směr, kterého se zvládne držet i v případě negativních životních okolností. Působení vnějších i vnitřních vlivů a jejich dopad na prenatální i postnatální vývoj jedince je významným tématem napříč několika obory a Bauer et al. (2020) se domnívají, že raný vývoj salutogenetické orientace by toho měl být součástí. Uvádí proto, že pro další zkoumání je nevyhnutelné vytvořit multidisciplinární rámec, který se touto problematikou bude zabývat.

## **(3) Navrhnout komplexní systém salutogenetických intervencí a změnových procesů.**

Koncepce salutogeneze byla původně vytvořena s cílem studovat procesy týkající se zdraví, ne jako průvodce intervencí. Ve svém posledním textu nicméně Antonovsky (1996) poukazuje na potenciál salutogeneze jakožto teoretického rámce pro obor podpory zdraví. Aby však mohly být navrženy konkrétní intervence, je potřeba pro ně vytvořit dostatečný teoretický základ. Ten by se měl být postaven na klíčových salutogenetických pilířích, tedy posilovat vnitřní zdroje jedince – posilovat jeho SOC. SOC může být posílen skrze zážitky zahrnující konzistentnost (podpora *srozumitelnosti*), rovnováhu v zátěži kladené na člověka (podpora *zvladatelnosti*) a zapojení do rozhodování v rámci sociálních skupin (podpora *smysluplnosti*) (Bauer et al., 2020).

#### **(4) Aplikovat salutogenezi i v dalších oblastech kromě zdraví – včetně oblasti meziskupinových vztahů.**

Ačkoli se salutogenetický model zdraví zaměřoval primárně na schopnost jedince nakládat se stresory a udržet si zdraví, Antonovsky přišel také s myšlenkou, že podobný mechanismus se může uplatňovat i v rámci kolektivu a fungování skupiny. Skupinový SOC pak může být v situaci stresu určující pro zvládnání napětí jedince, který je této skupiny součástí (Antonovsky, 1987).

Sagy, Mana a další autoři, kteří na tuto ideu navázali, potvrzují, že jakákoli skupina může být hodnocena skrze totožné tři dimenze jako individuální SOC. Srozumitelnost skupiny se vztahuje k pocitu bezpečí a předvídatelnosti v této skupině. Její prostředí je jedinci známé a pochopitelné. Zvladatelnost v rámci skupiny se odkazuje k ochotě skupiny nabídnout pomoc svým členům a naplnit jejich potřeby. Smysluplnost skupiny pak dává jejím členům určitý význam a smysl. Jsou ochotni překonávat výzvy, které před ně skupina staví, a vnímají, že jejich energetická i emoční investice do skupiny za to stojí (Sagy & Mana, 2016).

Sociální vztahy představují klíčovou a neoddělitelnou součást našich životů, skupinový rozměr salutogeneze proto přináší nové hledisko pro zkoumání působení těchto interakcí. Bauer et al. (2020) shrnují, že dosavadní výzkumy v této oblasti již prokázaly, že SOC skupiny je provázán se zdravím a resiliencí jedinců, kteří jsou její součástí, a to jak na úrovni rodiny, tak i užší či širší komunity. Zmiňují např. práce Sagyho a kolegů, kteří zjistili, že silný SOC v rámci rodiny pomáhá zneužívaným dětem lépe se vyrovnat s jejich situací a být v pořádku (Sagy & Dotan, 2001), nebo poukázali na skutečnost, že to, jak se vyrovnáme s odchodem do důchodu a jestli zůstaneme zdraví mnohem více závisí na rodinném SOC než našem individuálním SOC (Sagy & Antonovsky, 1996). SOC na úrovni komunity se také projevil jako nápomocný při zvládnání zásadních stresových událostí, např. bombových útoků (Sagy & Braun-Lewensohn, 2009) nebo přírodních katastrof (Braun-Lewensohn, 2014). Výzkum ve válečných zónách a v rámci zvyšující se globální migrace a sociální a kulturní diverzity poukázal na mechanismy SOC u ještě větších skupin (Mana et al., 2016). Pomohl tak autorům formulovat nový koncept, tzv. *sense of national coherence* = „smysl pro národní soudržnost“, který bude podrobněji rozebrán v následující kapitole.

### 3. Sense of national coherence

*Sense of national coherence* (dále jen SONC), neboli *smysl pro národní koherenci* nebo *smysl pro národní soudržnost*, je nový koncept autorů Many, Sroura a Sagyho představený v roce 2019 (Mana et al., 2019), který přenáší Antonovského (1987) koncept SOC na národní úroveň.

#### 3.1. Vývoj pojmu SONC

SONC je autory definován jako „přetrvávající tendence vnímat svůj národ jako srozumitelný, ovladatelný a smysluplný“ (Mana et al., 2019, s. 226). Již Antonovsky (1991, in Mana et al., 2019b), dávno před vytvořením konceptu SONC, naznačoval, že SOC lze vztáhnout na skupinovou i národní úroveň a vnesl otázku, jak může být dále ovlivněn skupinovým efektem.

Sagy (1998) koncept SOC dále rozšířil na *sense of community coherence* (SOCC), který se vztahoval k určité komunitní skupině. SONC je pak rozšířením konceptu SOC na celý národ.

Mana et al. (2019) koncept SONC zkoumal na skupině izraelských Židů na pozadí izraelsko-palestinského konfliktu. Výzkum v oblastech konfliktu zatím ukazuje, že tamější národy, jejichž sociální realita je velmi stresující, mají tendenci vytvářet si určitou socio-psychologickou infrastrukturu, která jim umožňuje vnímat svět jako konzistentní, předvídatelný a smysluplný. Tato infrastruktura pak pro ně vytváří určité brýle, skrz které se lidé na svou okolní realitu dívají a jejichž prostřednictvím vstřebávají informace a interpretují své zkušenosti (Moscovici, 1988). SONC by měl dle mínění autorů být klíčovou součástí této infrastruktury a pomoci vysvětlit vztah mezi vnímáním svého národa a vnímání „těch druhých“ nebo „ostatních“ v situacích konfliktu. Přidanou hodnotou konceptu SONC je salutogenetické pojetí a integrace tří komponent SOC (Mana et al., 2019):

- (1) **Srozumitelnost** (*comprehensibility*) odkazuje především na kognitivní potřebu vnímat skupinu národa a jeho aktivity jako pochopitelné a logické. K tomu napomáhá tzv. kolektivní narativ společnosti, který představuje určitý sdílený příběh nebo pozadí národa a jeho významné události.
- (2) **Zvladatelnost** (*manageability*) se vztahuje k behaviorální složce SONC – tedy jak jedinci v rámci národa vnímají, že národ dokáže svým členům pomoci a zvládne naplnit jejich potřeby. To souvisí s mírou důvěry v národní instituce a systémy, spokojenosti s jejich fungováním (např. armáda, justice, politický a vzdělávací

system a další) a také s jejich kapacitou, efektivností a připraveností na náročné situace (Christensen & Lægheid, 2003; Mana et al., 2019).

(3) ***Smysluplnost (meaningfulness)*** tvoří emoční složku SONC a vytváří pocit, že národ má společný směr a vizi, díky kterým lidem stojí za to investovat do něj svou energii. Smysluplnost se tak nejvíce podílí na pocitu sounáležitosti, určitého „patriotismu“ a kolektivní identity (Mana et al., 2019).

Ukazuje se, že silný SONC je spojený se znevažováním kolektivních narativů ostatních národů, čímž by mohl stát v cestě potenciálnímu smíření (Mana et al., 2019). Cílem by naopak měla být legitimizace kolektivního narativu „těch druhých“, kterou Sagy (2017) definuje jako uznání sdíleného příběhu, který stojí za významnými událostmi daného národa a skrz který si je národ vysvětluje.

Téma válečného konfliktu jakožto pozadí formulace konceptu SONC se může zdát v českém kontextu nerelevantní, nicméně důležitým propojovacím prvkem je krizová situace, kterou takový konflikt přináší. Již Antonovsky (1987) se totiž domníval, že v situacích kolektivních stresorů může mít na zvládnání napětí jedince vliv spíše síla skupiny než míra individuálního SOC – a proto je téma soudržnosti našeho národa, důvěra v jeho instituce i vnímání kolektivní identity v situaci pandemie velmi aktuální.

### **3.2. Dotazník Sense of National Coherence**

Dotazník SONC je sebeposuzovací nástroj, který byl vytvořen v Izraeli autory Manou et al. (2019). Obsahuje osm položek, které vyplývají ze třech složek SOC: 1. srozumitelnost, 2. zvladatelnost a 3. smysluplnost. První složka je sycena dvěma položkami, druhou složku sytí také dvě položky a třetí složku sytí čtyři položky.

Původní studie autorů konceptu (Mana et al., 2019) identifikovala jeden faktor vysvětlující 43.25 % variance ( $\alpha = 0.80$ ) a průměrnou hodnotu SONC 4.4 ( $SD = 1.09$ ). V rámci šetření na českém vzorku (Šípová et al., in press) byla konfirmační faktorovou analýzou potvrzena jednofaktorová struktura modelu, nicméně model-fit nebyl ideální. Bylo dosaženo akceptovatelné hladiny Cronbachova alfa 0.69, které je však nižší než u původních autorů. Průměrný skóre SONC u českého vzorku byl 3.6 ( $SD = 0.82$ ).

#### 4. Pandemie COVID-19 a její vliv na duševní zdraví

Pandemie COVID-19 přinesla kromě zdravotních rizik také mnoho bezprecedentních změn ve fungování společnosti a nutnost neustálé adaptace každého z nás.

Paulík (2017) mezi nejdůležitější vnější vlivy, které působí na adaptační proces, řadí životní události (*life events*), drobné každodenní nepříjemnosti (*daily hassles*) a radosti (*daily uplifts*) a sociální opora (*social support*). Kromě těchto nepříjemností v oblasti sociálních vztahů mohou adaptaci také komplikovat další vlivy, které přinášejí objektivní míru pravděpodobného ohrožení organismu, hodnotového systému nebo potřeb osobnosti. Nejen velké životní události přináší člověku vyšší míru stresu a nesnázi, ale i nahromadění menších nepříjemností může v součtu vést k zásadní míře zátěže (Paulík, 2017). Tyto poznatky naznačují další z důvodů, proč je aktuální pandemie pro mnoho lidí psychicky náročná. Kombinace práce z domova nebo ztráty zaměstnání, zvýšených nároků na péči o děti i domácnost, zdravotního rizika i omezení sociálních kontaktů přináší větší množství zmiňovaných menších i větších nepříjemností, které v celkovém součtu a především v délce trvání celé situace mohou zapříčinit obrovskou míru tlaku a zátěže, která se pro mnoho lidí může stát neúnosnou.

Propuknutí pandemie COVID-19 s sebou nepřináší pouze zdravotní zátěž v důsledku samotné nákazy, ale také další zdravotní obtíže související s duševním zdravím, jako jsou například stres, úzkost, depresivní symptomy či nespavost. Celá situace způsobuje také silnější emoční prožívání a častější pocity zlosti nebo strachu, které se promítají do našeho každodenního chování. Je pochopitelné, že tyto emoce pak ovlivňují naši ekonomiku, strategii v boji s pandemií i rozhodování o preventivních opatřeních v rukou vládních institucí, což může způsobit jejich nižší efektivitu a tudíž vyšší úmrtnost a výskyt duševních problémů obyvatel (Torales et al., 2020).

Měření dopadu celé epidemie COVID-19 na mentální zdraví jedince je aktuálním předmětem zkoumání akademických institucí a může trvat několik let, než budeme schopni všechny důsledky vědecky popsat. Dosavadní výzkum minulých pandemií však naznačuje, že jejich negativní vliv na duševní zdraví nelze přehlédnout.

Sociální izolace, která byla jedním z převažujících způsobů zmírnění pandemie, se jako velmi negativní faktor pro duševní zdraví ukázala již v minulosti. Po propuknutí nákazy virem MERS-CoV v Koreji v roce 2015 byli pacienti léčeni hemodialýzou v izolovaném prostředí. Po dvou týdnech izolace jejich krev v porovnání s kontrolní skupinou vykazovala vyšší hodnoty volné cirkulující DNA, která je ukazatelem psychofyzického stresu v organismu (Kim et al., 2019).

Izolace byla také důsledkem bezpečnostních opatření po bombovém útoku při bostonském maratonu v roce 2013 a přinesla značné zvýšení incidence funkčních neurologických poruch (Guerriero et al., 2014).

Pandemie představuje také velkou zátěž pro zdravotnický personál. Během nákazy virem SARS-CoV v Singapuru v roce 2003 uvádělo 27% dotazovaných zdravotníků některý z psychiatrických symptomů a po MERS-CoV pandemii v Koreji v roce 2015 se u zdravotníků, kteří byli v přímém kontaktu s nakaženými pacienty, častěji vyskytovaly symptomy posttraumatické stresové poruchy (Lee et al., 2018).

Sociální izolace může být v době pandemie obzvláště náročná pro adolescenty, kteří mají tendenci vyhledávat emoční podporu především v rámci vrstevnických vztahů. Magson et al. (2021) uskutečnili longitudinální studii, ve které se zaměřili na skupinu adolescentů. Ti vykazovali signifikantní nárůst depresivních symptomů a úzkosti, zatímco jejich životní spokojenost naopak signifikantně klesala, a to především u dívek. Podrobnější analýza dále ukázala, že obavy spojené s COVID-19, potíže s online výukou i častější konflikty s rodiči zhoršovaly duševní zdraví respondentů, zatímco dodržování příkazů zůstat doma a pocit sociálního propojení během lockdownu fungovaly jako protektivní faktor vůči psychickým potížím. Současně výsledky naznačují, že více než obavou ze samotného onemocnění jsou mladí lidé více znepokojeni vládními restrikcemi. Nejen vládní restrikce, ale také mediální masáž a další faktory se ukazují jako významní činitelé pro duševní zdraví, na které dosavadní výzkum týkající se pandemie COVID-19 poukázal.

Rolí médií v době pandemie se zabývali také autoři studie z Národního ústavu duševního zdraví (dále NÚDZ). Uvádějí, že pro duševní zdraví je zásadním nejen důvěryhodnost zdrojů, ale také způsob, jakým lidé mediální obsah konzumují. Výraznější negativní dopad na duševní zdraví byl pozorován u lidí, kteří preferují především rychlou orientaci čtením titulků, oproti lidem, kteří čtou celé články, případně si k nim dohledávají další informace. Jako příčinu autoři uvádí charakter titulků, které jsou záměrně často nadnesené, zjednodušující a vyvolávají větší strach a obavy (NÚDZ, n.d.).

O negativním dopadu celé epidemie na duševní zdraví nejsou zřejmě pochyby, nicméně Národní ústav duševního zdraví toto podkládá také daty z proběhlých výzkumů a uvádí, že prevalence symptomů duševních onemocnění se v době COVID-19 značně zvýšila. V rámci své studie zjistil, že v souvislosti s pandemií a restriktivními opatřeními vzrostl v květnu 2020 výskyt

duševních onemocnění u české dospělé populace téměř o polovinu na 29.6 %, během druhé vlny na podzim to pak v listopadu 2020 bylo 32.9 % (NÚDZ, 2021). Podobné výsledky uvádějí také studie zahraniční. Dle průřezové studie Trimbos Institute for Mental Health (dále TIMH) v Nizozemsku jedna třetina obyvatel v době pandemie zažila některý z projevů duševního onemocnění, a to nejčastěji vysokou míru úzkostnosti, strach, nespavost a sebevražedné myšlenky. Polovina respondentů dále uvedla, že potřebovali pomoc a podporu, aby se se stresory vyvolanými pandemií dokázali vyrovnat (TIMH, 2020, podle Super et al., 2020).

Onemocnění COVID-19 přináší kromě zdravotních rizik také další důsledky pro duševní zdraví. Ve studii *Já a COVID* organizovanou NÚDZ a spolkem Queer Geography v dubnu 2020, tedy na úplném počátku pandemie v České republice, se ukázalo, že 11 % respondentů se setkala s nějakou formou diskriminace či jiným druhem nevhodného chování v důsledku nemoci COVID-19. Patřila mezi ně nejčastěji nadměrná ostražitost a udavačství ze strany okolí, nevráživost vůči určitým skupinám (např. chalupáři, pendleři, Pražané – skupiny, na které se vztahovaly výjimky z opatření, příp. byly považovány za šířitele nákazy), nenávisť na sociálních sítích nebo dokonce závažné případy odmítnutí nebo snížení dostupnosti zdravotní péče (Queer Geography, n.d.). Tato data vypovídají o prvních týdnech propuknutí pandemie, kdy k datu zahájení studie, tj. 3. 4. 2020 bylo potvrzených 4 198 případů, k datu ukončení studie, tj. 13. 4. 2020 to pak bylo 6153 případů (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, dále MZČR, n.d.) O rok později, kdy nemoc prodělalo již přes 1,5 milionu obyvatel (MZČR, n.d.) je možné, že se vnímání nemocných a jejich stigmatizace změnila a data již nemusí být aktuální. Již v dubnu 2020 však 11 % respondentů také zmiňovalo pocíťovanou nezodpovědnost ze strany druhých z důvodu nedodržování nařízených opatření, nošení ochranných pomůcek či dodržování rozestupů (Queer Geography, n.d.).

Výzkum o souvislosti SOC a zdraví v době předchozích pandemiích se autorce nepodařilo dopátrat, nicméně experimenty zkoumající přínos salutogeneze pro podporu zdraví v době krizových situací již byly zaznamenány. Jedním z příkladů může být tragická událost vykolejení vlaku s ropou v roce 2013 ve městě Lac-Mégantic v Kanadě, která odstartovala velký požár, zapříčinila demolici desítek budov, způsobila ekologickou katastrofu a zavinila smrt 47 osob. Institut pro veřejné zdraví v Kanadě okamžitě zareagoval se snahami předejít možným negativním zdravotním důsledkům spojenými s katastrofou a uchránit obyvatele od chemického i biologického nebezpečí. Po určité době se však na základě veřejné ankety ukázalo, že řada obyvatel stále trpí zdravotními komplikacemi a především problémy psychického rázu, jako např.



psychickou nepohodou, depresivními symptomy, příznaky posttraumatické stresové poruchy, úzkostností nebo nadměrným užíváním anxiolytik a alkoholu. Institut proto začal se snahami o podporu zdraví a odstartoval sérii salutogenezí inspirovaných aktivit, které si kladly za cíl podpořit duševní zdraví a well-being obyvatel. Hlavní pilíře těchto aktivit bylo zajištění psychosociální podpory, zapojení obyvatel do komunity a společných aktivit. Účinnost těchto intervencí byla zkoumána i v rámci psychologické studie. Po třech letech od začátku salutogenních aktivit se významně snížil počet obyvatel, kteří své zdraví vnímali jako nepříliš dobré, většinu dní pro ně byla stresující a prožívali neustálou psychickou nepohodu. Také se snížil počet jejich alkoholových epizod a v neposlední řadě se zmenšil počet osob s diagnostikovanými úzkostnými poruchami a poruchami nálad (Généreux et al., 2020).

## 5. Východiska a cíle výzkumu

### 5.1. Teoretická východiska výzkumu

V teoretické části této práce byl představen salutogenetický model zdraví, resp. jeho ústřední koncept SOC, jako četnými výzkumy prokázaný prediktor duševního zdraví a faktor hrající důležitou roli pro budování psychické odolnosti člověka v náročných situacích (Eriksson & Lindström, 2006; Flensburg-Madsen et al., 2005; Schäfer et al., 2019).

Tyto poznatky napovídají, že i v době pandemie COVID-19 by SOC mohl být důležitým vnitřním zdrojem pro zachování duševní pohody a zdraví v emoční, sociální i psychologické oblasti. Nejen osobní zdroje jsou však klíčovým faktorem pro optimální duševní zdraví – Super et al. (2020) naznačují, že zásadní roli by v této situaci mohla hrát také to, jak lidé vnímají soudržnost svého národa i opatření, která jsou zástupci jejich země nastavována. Tento úhel pohledu je zahrnut v konceptu SONC, který se ve výzkumu Many et al. (2019) prokázal jako významný faktor skupinové resilience především v oblastech válečného konfliktu, a mohl by proto také mít potenciálně pozitivní vliv na duševní zdraví jedince.

Celý výzkumný design byl navržen Society for Theory and Research on Salutogenesis (STARS). Jeho cílem bylo zjistit, do jaké míry se na duševním zdraví v době pandemie podílí faktory osobního (SOC), sociálního (sociální opora, důvěra v instituce) a národního (SONC) charakteru. Průřezová studie, jejíž část je zpracována v této práci, proto navázala na obdobné studie, které doposud proběhly v Holandsku, Izraeli, Itálii a Španělsku (Mana et al., 2021). Přidává tak možnost mezinárodního srovnání individuálních, sociálních i národních charakteristik a strategií vyrovnávání se s komplexní zátěžovou situací, kterou koronavirová pandemie přinesla.

V původním výzkumu se pracuje s řadou proměnných:

1. Závislé (predikované) proměnné
  - *Well-being*, měřený nástrojem *Mental Health Continuum (MHC)*
  - *Stres*, měřený nástroji *General Anxiety Disorder (GAD)* a *Psychosomatic Symptoms (PS)*
2. Nezávislé (prediktivní) proměnné
  - *Sense of coherence (SOC-13)*
  - *Sense of national coherence (SONC)*

- *COVID: Vnímání koronavirové krize*
- *Důvěra v instituce*
- *Sociální opora*

V této práci jsou z uvedených proměnných zpracovány tyto proměnné: well-being, měřený metodou MHC jakožto ukazatel duševního zdraví, SOC a SONC.

## **5.2. Cíle výzkumu**

Primárním účelem sběru dat byla komparativní studie sledující faktory duševního zdraví v kontextu pandemie COVID-19 v různých státech světa. Tato práce se zaměřuje konkrétně na dva z těchto faktorů – SOC a SONC. Výzkum si klade za cíl identifikovat, do jaké míry se tyto faktory podílejí na duševním zdraví v době pandemie u české populace, a předložit tak ověřené poznatky, které by mohly být podkladem pro návrhy vhodných salutogenetických intervencí, které by v rámci budoucích krizových situací mohly pomoci posilovat zdroje jedinců a podpořit tak jejich duševní zdraví a pohodu.

## **5.3. Výzkumné otázky a hypotézy**

Na základě uvedených záměrů jsme si kladli otázku, jaká bude prediktivní hodnota faktorů SOC a SONC pro duševní zdraví české populace v době pandemie COVID-19.

Vzhledem ke skutečnosti, že naše studie vychází z dosavadních realizovaných studií totožného výzkumného designu, které proběhly v jiných zemích, v souladu s poznatky jejich autorů (Mana et al., 2021) byly proto pro tento výzkumný projekt formulovány následující **hypotézy**:

H1. SOC je statisticky signifikantním prediktorem duševního zdraví v české populaci v době pandemie za předpokladu, že je kontrolováno pro věk, pohlaví a vzdělání.

H2. SONC je statisticky signifikantním prediktorem duševního zdraví v české populaci v době pandemie za předpokladu, že je kontrolováno pro věk, pohlaví a vzdělání.

## **6. Metody**

### **6.1. Výzkumný design**

Design výzkumu vznikl v reakci na koronavirovou pandemii, během které se projevovaly velké rozdíly ve zvládnání pandemie mezi různými státy. Vzhledem k dynamičnosti této události a rapidním změnám ve vývoji situace tak bylo nutné, aby byl výzkum připraven poměrně rychle a nasbíraná data byla stále dostatečně aktuální.

S ohledem na zvolené výzkumné předpoklady a možnost mezinárodního srovnání byl v našem výzkumném projektu v souladu se zahraničními výzkumy zvolen kvantitativní typ výzkumu. Jedná se o průřezovou studii, která byla provedena na běžné dospělé české populaci. Tato forma se jevila také jako nejvhodnější vzhledem k snadné dostupnosti respondentů a možnosti získání většího vzorku v krátkém čase. Pro samotný sběr dat bylo využito online dotazníkového šetření, které sestávalo z několika dále popsaných metod.

### **6.2. Výzkumný vzorek**

Dotazník byl distribuován skrze sociální média a osobní síť výzkumného týmu. Respondenti byli do vzorku vybráni nenáhodně v rámci příležitostného výběru a metodou sněhové koule. Do výzkumu se mohl zapojit kdokoli starší 18 let žijící v době pandemie na území České republiky.

### **6.3. Proces sběru dat**

Sběr dat v české populaci probíhal v období prosince 2020 až ledna 2021. Data byla sbírána prostřednictvím online dotazníku skrze platformu Survey Monkey.

V době sběru dat Česká republika patřila mezi země, které pandemickou situaci zvládaly nejhůře. V polovině ledna 2021 se pak s více než 1200 případy na milion obyvatel stala úplně nejhorší zemí na světě v počtu nově nakažených (Global Change Data Lab, n.d.). Počet hospitalizovaných v nemocnicích v těchto dnech dosáhl hranice 7500 nemocných a z toho více než 1100 ve vážném stavu, což bylo třetí nejvyšší číslo za celou pandemii (MZČR, n.d.). Nemocnice se potýkaly s přeplněnými kapacitami a počet volných lůžek na jednotkách intenzivní péče se v tomto období pohyboval kolem 5 % (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, n.d.).

Vnímání přítomné situace bylo pravděpodobně ovlivněno také aktuálními epidemiologickými opatřeními. Po krátkém rozvolnění a otevření obchodů a restaurací v období před Vánoci se Česká republika vrátila opět do přísného lockdownu. Jedním z hlavních opatření byl zákaz volného pohybu osob, resp. zákaz vycházení v době mezi 21. hodinou večerní a 5. hodinou ranní s výjimkami, jako je např. cesta do práce. Přes den byl umožněný pohyb rozšířen na vycházky na úřad, nákup nebo do přírody. Výuka byla obnovena zatím pouze u 1. a 2. třídy základních škol a u mateřských škol. Opět platil zákaz maloobchodu a služeb a také omezení provozu restauračních zařízení, která mohla fungovat pouze přes tzv. výdejní okénka (Vláda České republiky, n.d.). Všechna tato opatření měla za důsledek snížení finančních příjmů velkého množství obyvatel a znamenala velký zásah do ekonomické situace mnoha subjektů. Náladu ve společnosti a důvěru ve státní instituce také mohla značně ovlivňovat skutečnost, že od začátku pandemie byl jmenován již třetí ministr zdravotnictví.

#### **6.4. Etika výzkumu**

Vzhledem ke zmiňované nutnosti rychlé přípravy a realizace výzkumu nebylo před započtím sběru dat žádáno o schválení etickou komisí, předpokládali jsme však, že vzhledem k mapujícímu charakteru výzkumu by zde nemělo dojít k zásadnímu etickému pochybení.

S cílem zajistit etické jednání v rámci celého výzkumného projektu byl kladen důraz na zásadu nonmaleficence a beneficence. Respondenti byli v úvodu dotazníku informováni o účelu výzkumu a skutečnosti, že vyplněním a odesláním dotazníku dávají souhlas se zpracováním jejich dat pro účely výzkumu. Byli také informováni, že jejich data jsou získávána anonymně, účast ve výzkumu je dobrovolná a kdykoli v průběhu vyplňování dotazníku ji mohou ukončit. Od respondentů byly vyžádány pouze základní demografické údaje, skrze které není možné konkrétního jedince identifikovat. Přístup k hrubým datům měli po celou dobu výzkumu pouze členové výzkumného týmu. V dotazníku byl také uveden kontakt na garanta výzkumu, Mgr. Ivanu Šípovou Ph.D., pro případ jakýchkoli dotazů, které by účastníci chtěli zodpovědět.

Výzkum byl vytvářen a prováděn se záměrem získat data o způsobech zvládnání náročné situace pandemie a přispět tak poznatky pro vytváření efektivních strategií a intervencí pro budování duševního zdraví a pohody jedince.

## **6.5. Prediktory (SOC, SONC) a predikované proměnné (MHC)**

Komplexní dotazník použitý v rámci studie byl tvořen několika inventáři a položkami, které zjišťovaly demografické údaje respondentů. Zmiňované metody byly podrobněji představeny v teoretické části. Dotazníku MHC je věnována podkapitola 1.3.2., dotazníku SOC-13 podkapitola 2.6.1. a dotazník SONC je popsán v podkapitole 2.6. Uvádíme proto pouze informace o jejich konkrétní podobě.

### **6.5.1. Dotazník Mental Health Continuum (MHC)**

Pro zjištění úrovně pozitivních aspektů mentálního zdraví byl použit dotazník Mental Health Continuum (Keyes, 2002). Česká verze dotazníku byla vytvořena porovnáním a následným sjednocením dvou nezávislých překladů. Její finální znění je k nahlédnutí v Příloze 1.

Dotazník obsahuje 14 položek, které jsou postaveny na třech složkách well-beingu – emoční (3 položky), sociální (5 položek) a psychologické (6 položek). Tyto položky obsahují popis pozitivních zážitků a pocitů, jako např. zdali jsou respondenti šťastní nebo jestli mají pocit, že jejich život má určitý smysl či směr. Položky byly adaptovány, aby odpovídaly aktuální situaci. Úkolem respondentů bylo vyjádřit, jak často tyto pocity a zážitky zaznamenali během posledního měsíce. Míru výskytu hodnotili na šestibodové škále (1 = nikdy – 6 = každý den). Na základě odpovědí bylo vypočítáno průměrné skóre MHC.

### **6.5.2. Dotazník Sense of Coherence (SOC-13)**

Pro měření úrovně SOC v rámci výzkumného projektu v této práci byla využita zkrácená 13položková verze Orientation to Life Questionnaire. Česká verze dotazníku byla vytvořena porovnáním a následujícím sjednocením dvou nezávislých překladů. Její finální znění je k nahlédnutí v Příloze 2.

Položky zjišťují, do jaké míry se u respondenta projevuje vnímání životních situací jako srozumitelných, zvládnutelných a smysluplných. Položky jsou hodnoceny na sedmibodové Likertově škále (1 = nikdy – 7 = vždy). Na základě odpovědí bylo vypočítáno průměrné skóre SOC.

### **6.5.3. Dotazník Sense of National Coherence (SONC)**

Pro zjištění skóre SONC byla použita škála SONC vytvořená autory Manou et al. (2019). Šípová et al. (in press) pro tuto studii vytvořili českou adaptaci původního SONC dotazníku a její finální znění je k nahlédnutí v Příloze 3.

Obsahuje celkem 8 položek, které byly odvozeny od třech složek SOC – srozumitelnost (2 položky), zvladatelnost (2 položky) a smysluplnost (4 položky). Položky jsou hodnoceny na sedmibodové škále dle míry souhlasu. Na základě odpovědí bylo vypočítáno průměrné skóre SONC.

#### **6.5.4. Demografické údaje**

Respondenti byli dotázáni také na doplňující sociodemografické údaje. Pro účely této práce budou analyzována data pro pohlaví, věk a vzdělání.

## 7. Výsledky

### 7.1. Zpracování a analýza dat

Všechna data byla nejprve upravena v programu Microsoft Excel do podoby, ve které je bylo možné analyzovat. Následné analýzy probíhaly ve statistickém programu Jamovi (The jamovi project, 2021).

Pro ověření vnitřní konzistence metod bylo využito Cronbachova koeficientu alfa. Korelace mezi sledovanými proměnnými byly zjištěny pomocí Pearsonova koeficientu korelace. Pro zjištění prediktivní hodnoty sledovaných proměnných byla provedena vícečetná lineární regresní analýza.

### 7.2. Demografické charakteristiky

Do výzkumného vzorku byli zahrnuti pouze respondenti, kteří vyplnili kompletní dotazník. Vzorek tvořilo celkem 476 osob, z toho 288 žen (60.5 %) a 188 mužů (39.5 %). Věk respondentů byl v rozmezí 19 až 80 let, průměrný věk respondentů byl 38,9 let ( $SD = 13.1$ ).

Z hlediska zastoupení vzdělání bylo nejčastější vysokoškolské vzdělání magisterského stupně ( $N = 208$ , 43.7 %), druhé nejčastější bylo středoškolské s maturitou ( $N = 124$ , 26.1 %). Respondenti s vysokoškolským vzděláním ( $N = 327$ ) tvořili 68,7 % výzkumného vzorku, zatímco osob se základním vzděláním ( $N = 2$ , 0.4 %) nebo výučním listem ( $N = 18$ , 3.8 %) bylo pouze 4.2 %. Z výše uvedených důvodů vzorek nelze považovat za reprezentativní. Podrobnější údaje o demografických charakteristikách jsou uvedeny v Tabulce 1.



## Tabulka 1

### Demografické charakteristiky

	N	%
Pohlaví		
Muž	188	39.5 %
Žena	288	60.5 %
Vzdělání		
Základní	2	0.4 %
Výuční list	18	3.8 %
Středoškolské	124	26.1 %
VŠ – bakalářské	83	17.4 %
VŠ – magisterské	208	43.7 %
VŠ – doktorské	36	7.6 %
Jiné	4	0.8 %
Neuvedeno	1	0.2 %
Celkem	476	100 %

### 7.3. Deskriptivní statistika

V rámci dotazníku MHC respondenti dosahovali průměrného skóre 3.99 ( $SD = 0.91$ ). Bylo dosaženo velmi dobré vnitřní konzistence vyjádřené Cronbachovým koeficientem alfa s hodnotou 0.91. Pro srovnání s původní verzí dotazníku, Keyes (2009) uvádí hodnotu Cronbachova alfa  $> 0.80$ .

V rámci námi zkoumaných prediktivních faktorů bylo u SOC dosaženo průměrného skóre 4.85 ( $SD = 0.91$ ). Dosažená hodnota vnitřní konzistence vyjádřená Cronbachovým alfa byla 0.85, přičemž dosavadní studie uvádějí hodnoty 0.70 až 0.92 (Eriksson & Lindström, 2005).

Průměrné skóre u škály SONC bylo 3.59 ( $SD = 0.81$ ), které bylo o 0.8 nižší než průměrné skóre původní verze. Dosažená hodnota vnitřní konzistence vyjádřená Cronbachovým alfa byla 0.69, což je nižší hodnota než u původní verze, kde Mana et al. (2019) uvádí hodnotu 0.80. Deskriptivní statistiky zkoumaných proměnných jsou podrobněji uvedeny v Tabulce 2.

## Tabulka 2

### Deskriptivní charakteristiky

Nástroje	N	Průměr	Medián	SD	Minimum	Maximum
SOC	476	4.85	4.92	0.91	1.69	6.69
SONC	476	3.59	3.63	0.81	1.13	5.88
MHC	476	3.99	4.07	0.91	1.00	6.00

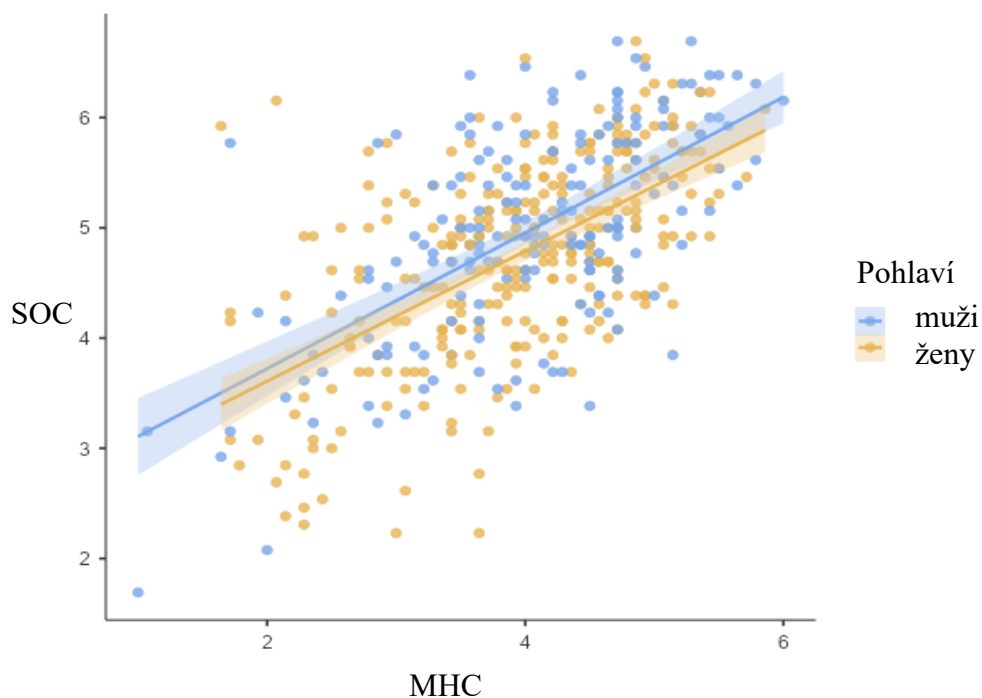
## 7.4. Testová statistika

### 7.4.1. Korelace proměnných

Výpočet Pearsonova koeficientu korelace ukázal, že vztah skóre duševního zdraví a skóre SOC je statisticky signifikantní ( $r = 0.626$ ,  $p = <.001$ ). To znamená, že vyššímu skóre SOC odpovídají vyšší hodnoty duševního zdraví a mezi těmito proměnnými je pozitivní vztah. Korelace jsou graficky znázorněny v Grafu 1.

### Graf 1

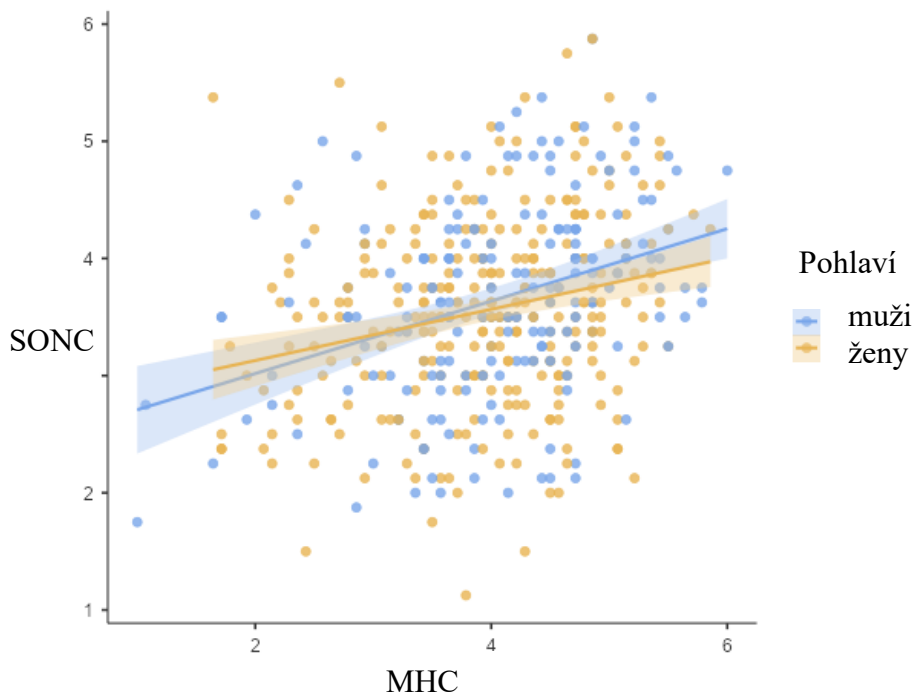
#### Korelační analýza MHC a SOC



Co se týče vztahu mezi duševním zdravím a hodnotami SONC, Pearsonova analýza zde poukázala na statisticky signifikantní vztah ( $r = 0.326$ ,  $p = <.001$ ), naznačující, že s rostoucím skóre SONC se zvyšuje také míra duševního zdraví. Korelace jsou graficky znázorněny v Grafu 2.

## Graf 2

*Korelační analýza MHC a SONC*



Podrobnější výsledky korelační analýzy zkoumaných proměnných lze najít v Tabulce 3.

## Tabulka 3

*Korelační analýza*

	MHC	SOC	SONC	Věk
MHC	—			
SOC	0.626 ***	—		
SONC	0.326 ***	0.329 ***	—	
Věk	0.182 ***	0.332 ***	0.317 ***	—

*Poznámka.* Všechny korelace byly vypočteny pomocí Pearsonova korelačního koeficientu.

\*\*\*  $p <.001$

### 7.4.2. Regresní analýza

V rámci regresní analýzy pro duševní zdraví byla ověřována platnost celého modelu proměnných, tedy faktorů individuálních (SOC), sociálních (sociální opora, důvěra v instituce) i národních (SONC). Výsledky ukazují, že bylo dosaženo hodnoty  $R^2 = 0.426$ ,  $F(8, 467) = 43.3$ ,  $p < .001$ , z čehož vyplývá, že tento model vysvětluje 42.6 % variance a je signifikantním prediktorem duševního zdraví.

Námi sledovaný faktor SOC se v rámci modelu prokázal jako nejvyšší signifikantní prediktor pro skóre duševního zdraví ( $\beta = 0.56$ ,  $t = 14.10$ ,  $p < .001$ ). Vzhledem k této skutečnosti lze podpořit první hypotézu o vztahu mezi SOC a duševním zdravím.

Prediktivní hodnota SONC se však v této studii jako statisticky signifikantní neprokázala ( $\beta = 0.05$ ,  $t = 1.34$ ,  $p = 0.18$ ), a předložená data tedy nepodpořila platnost druhé hypotézy o vztahu mezi SONC a duševním zdravím. Podrobnější výsledky regresní analýzy se nachází v Tabulce 4.

**Tabulka 4**

*Regresní analýza*

Prediktor	b	SE	t	p	$\beta$
SOC	0.56	0.04	14.10	<.001	0.56
SONC	0.06	0.05	1.34	0.18	0.05

## 8. Diskuze

Cílem předložené studie bylo zjistit, zdali osobní (SOC) a národní (SONC) zdroje jedince mohou být signifikantním prediktorem duševního zdraví v české populaci v době koronavirové pandemie. Tyto hypotézy byly zkoumány na základě korelační a vícečetné regresní analýzy sledovaných proměnných. Regresní analýzou jsme testovali, zdali SOC a SONC budou skóre duševního zdraví predikovat a kolik procent variance této námi sledované proměnné bude náš model zdrojů jedince vysvětlovat. Vysvětlená variance, která dosáhla hodnoty 42.6 %, byla vypočítána pro celkový model zdrojů jedince, který obsahoval proměnné jak osobního, národního, tak i sociálního charakteru. Pro SOC a SONC, proměnné relevantní pro tuto práci, proto uvádíme její dílčí hodnoty. Informace o platnosti celého modelu včetně sociálních faktorů budou součástí budoucí publikace.

Výsledky zjištěné v této studii budou srovnávány s daty ze studií totožného výzkumného designu, které proběhly v Izraeli, Nizozemsku, Španělsku a Itálii (Mana et al., 2021).

### 8.1. Interpretace a shrnutí výsledků

V oblasti **duševního zdraví**, měřeného dotazníkem **MHC**, dosáhli respondenti u českého vzorku skóre duševního zdraví  $M = 3.99$ . Tato hodnota byla nižší oproti ostatním zapojeným zemím, konkrétně Itálii ( $M = 4.04$ ), Španělsku ( $M = 4.18$ ) a Nizozemsku ( $M = 4.40$ ). Nižší hodnota oproti České republice byla naměřena pouze v Izraeli ( $M = 3.95$ ). Mana et al. (2021) v této souvislosti uvádějí, že tyto hodnoty mohou být očekávané vzhledem k různé závažnosti pandemické situace v jednotlivých zemích. To by vysvětlovalo výsledky Nizozemí, kde byla situace oproti Itálii a Španělsku optimističtější. Do tohoto schématu by zapadaly i výsledky České republiky. Avšak vzhledem ke skutečnosti, že hodnoty v rámci Izraele byly nižší i přesto, že pandemická situace byla relativně dobrá, je pravděpodobné, že roli mohly hrát také další faktory, jako např. stabilita politického a ekonomického systému, která se v případě Izraele a Nizozemí značně liší (Mana et al. 2021). V souladu s dalšími studiemi se také potvrdilo, že nejen skutečná epidemiologická situace, ale také mediální komunikace a strach, který v lidech vytváří, může mít vliv na vnímání celé situace (Kinsman, 2012; Ren et al., 2020). V této práci jsme jako predikovanou proměnnou analyzovali pouze výsledky dotazníku MHC, tedy projevy duševního zdraví a well-beingu v pojetí Keyese (2002). Z dostupných studií však víme, že pandemie s sebou přinesla také řadu negativních projevů v oblasti duševního zdraví, jako např. zvýšenou míru

úzkosti, depresivity, potíží se spánkem, konzumace alkoholu či sebevražděných myšlenek (Mucci et al., 2020; Winkler et al., 2020). Bylo by proto zajímavé zaměřit se také na analýzu těchto duševních obtíží a prozkoumat jejich vztahy s dalšími proměnnými. V rámci souhrnné studie, ze které naše práce vychází, byla míra stresu a psychických obtíží u respondentů zjišťována metodami General Anxiety Disorder (GAD-7, Spitzer et al., 2006), nicméně z důvodu omezeného rozsahu není analýza výsledků tohoto nástroje v této práci zahrnuta. Můžeme ji však očekávat v rámci budoucích publikací.

Výsledky v souladu s očekáváními odhalily, že **SOC** se v našem výzkumu prokázal jako významný prediktor duševního zdraví pro českou populaci v době koronavirové pandemie, a to jako faktor s nejvyšší prediktivní hodnotou v rámci celého modelu. Tyto závěry byly v souladu s výsledky ve všech zapojených státech (Mana et al., 2021) a také s výsledky předchozích studií poukazujících na vztah pozitivního duševního zdraví.

Jak bylo zmíněno výše, náš výzkum se zaměřoval pouze na souvislost SOC s pozitivními projevy duševního zdraví, které lze dle Keyese (2002) charakterizovat jako projevy well-beingu, tedy duševní pohody. To je v souladu s Antonovského (1979) salutogenetickým pojetím zdraví, které se zaměřuje právě spíše na pozitivní aspekty, které je jedinec schopný ve svém životě zachovat i přes náročnou situaci, ve které se nachází. Podrobněji o tomto tématu píšeme v teoretické části práce v kapitole 2.1. Duševní zdraví však dle tohoto konceptu nelze vnímat pouze dichotomicky jako zdraví nebo nemoc, jelikož tyto skutečnosti se mohou objevit společně (Antonovsky, 1979). Vzhledem k této skutečnosti by proto bylo zajímavé také prozkoumat, jakým způsobem se SOC podílí na výskytu negativních projevů spojených s duševním zdravím, tedy různými projevy psychických obtíží. Jak naznačuje analýza v rámci studie Many et al. (2021), i v této oblasti se SOC uplatňuje jako faktor duševního zdraví a byl statisticky významným prediktorem nižší míry úzkostnosti ve všech zapojených zemích.

Výsledky našeho výzkumu i mezinárodní studie Many et al. (2021) potvrzují, že schopnost jedince vnímat svět a jeho události jako srozumitelné, zvládnutelné a smysluplné, je klíčovým mechanismem pro zvládnání náročné situace a chaotické reality v různých sociálních i národních kontextech. Tyto výsledky tak navazují na řadu předchozích výzkumů, které se zabývaly rolí SOC pro duševní zdraví v různých situacích i mimo pandemii a potvrzují jejich závěry (del-Pino-Casado et al., 2019; Eriksson & Lindström, 2006; Mantas Jiménez et al., 2019). Jsou specifické v tom, že tématu důležitosti SOC pro podporu duševního zdraví přidávají i národní perspektivu, která

v dosavadních výzkumech není tak obvyklá. Velké množství dostupných studií se totiž zaměřilo především na určité skupiny obyvatel, které mohou být zranitelnější, a téma duševního zdraví je proto v jejich kontextu častěji přítomné. Jednou z takových skupin jsou zdravotničtí pracovníci, kteří se dlouhodobě pohybují ve velmi fyzicky i psychicky náročném prostředí. Právě oni patřili mezi psychickými obtížemi velmi zasaženou skupinu také v období pandemie COVID-19 (Pappa et al., 2020). Souvislostí mezi SOC a duševním zdravím u této ohrožené skupiny v době pandemie se zabývali Gómez-Salgado et al. (2020), kteří zjistili, že 80.6 % zdravotnických pracovníků trpělo psychickými obtížemi, ale SOC byl jejich signifikantním negativním prediktorem. To je v souladu s poznatky dalších studií, které poukázaly na signifikantní souvislost SOC s duševním zdravím a naznačily tak směr, kterým by se mohla vyvíjet podpora duševního zdraví a prevence vyhoření této ohrožené skupiny, která je pro zvládnutí epidemie zcela klíčová (Hiebler-Ragger et al., 2021; Levert et al., 2000; Masanotti et al., 2020).

Druhou skupinou, která byla pandemií velmi zasažena, jsou senioři. Ti se stali hlavní rizikovou skupinou z hlediska těžkého průběhu onemocnění i rizika úmrtí. Sociální izolace, které byli vystaveni ve snaze je co nejvíce ochránit, je tak zasáhla ještě závažněji než kohokoli jiného. Nejen strach z nákazy, ale také osamělost a velké množství informací, ve kterých je obtížné se zorientovat, u nich zvyšovaly výskyt depresivních symptomů, úzkostnosti a sebevražedných myšlenek (Banerjee, 2020; Li & Huynh, 2020; Skoog, 2020). Tato skupina respondentů nebyla v našem vzorku zastoupena natolik, abychom o ní mohli dělat jakékoli závěry, nicméně důležitost SOC pro udržení duševního zdraví i užitečnost salutogenetických intervencí se ukázaly jako signifikantní i v rámci populace seniorů již v rámci dřívějších studií. Ninomiya et al. (2019) uvádějí, že vnímání smyslupnosti, jedné ze zásadních složek konceptu SOC, bylo u populace osob starších 65 let spojeno s projevy lepšího mentálního zdraví a intervence zaměřené na podporu SOC přinesly lepší výsledky v rámci jejich subjektivně vnímané psychické pohody (Murayama et al., 2015; Sundsli et al., 2014).

Jak bylo zmíněno ve kapitole 4. v teoretické části, třetí skupina, kterou lze považovat v době koronavirové pandemie z hlediska duševního zdraví za rizikovou, jsou adolescenti. Dle studie Magsonové et al. (2021) pro ně nařízená opatření a sociální izolace znamenala nárůst depresivních symptomů a úzkostí i celkové nespokojenosti. Adolescenti nebyli zahrnuti do našeho vzorku, nicméně bylo by velmi zajímavé naše data o tuto skupinu rozšířit. Na základě poznatků řady výzkumů byl právě nízký SOC spojen s častějším výskytem úzkostných stavů a depresivity (Blom

et al., 2010; Carlén et al., 2020; Moksnes & Espnes, 2020). Naopak vyšší hodnoty SOC znamenaly pro dospívající určitou výhodu, která jim pomáhala předejít přeměně psychického napětí ve stresovou reakci (Sagy & Braun-Lewensohn, 2009), a to i v delším časovém odstupu od prožité krizové události (Braun-Lewensohn, 2014).

Respondenti v české populaci dosáhli v našem výzkumu průměrného skóre SOC  $M = 4.85$ . Vyššího skóre v ostatních zemích dosáhlo pouze Nizozemsko ( $M = 4.97$ ), o něco nižší hodnoty mělo Španělsko ( $M = 4.80$ ), Izrael ( $M = 4.54$ ) a Itálie ( $M = 4.41$ ). Silné SOC je dle Antonovského (1979) spjato s materiálními a psychosociálními faktory (GRR, viz kapitola 2.2), kterými jsou např. peníze, znalosti a zkušenosti, sociální opora, kulturní kapitál, tradice či inteligence (Lindström & Eriksson, 2006). Sagy & Antonovsky (2000) mezi důležité faktory uvádí také vzdělání. Vzhledem k četnému zastoupení vysokoškolsky vzdělaných respondentů v našem vzorku (68.7 %) a také ve vzorku v Nizozemí (41 %) by právě tato skutečnost mohla být jedním z faktorů takto vysokého skóre, nicméně naše data nejsou dostatečně reprezentativní, abychom tento vztah mohli ověřit. Bylo by proto užitečné se v návazných studiích zaměřit na komplexnější analýzy, které by faktory utvářející SOC mohly dále objasnit.

Národní soudržnost vyjádřená **SONC** pro náš soubor dat nebyla statisticky prokázána jako signifikantní prediktor duševního zdraví. Tento výsledek byl v souladu se závěry španělské studie, ale lišil se od výsledků v Izraeli, Nizozemsku a Itálii, kde byla jeho signifikance potvrzena (Mana et al., 2021).

Průměrné skóre SONC u respondentů v české populaci ( $M = 3.59$ ) bylo nižší než průměrné skóre původní verze dotazníku ( $M = 4.40$ ) a patřilo také mezi nižší hodnoty v rámci ostatních zapojených zemí. Nejvyšší hodnoty SONC dosáhlo Nizozemsko ( $M = 4.61$ ), o něco nižší hodnoty měl Izrael ( $M = 4.08$ ), Itálie ( $M = 3.55$ ) a Španělsko ( $M = 3.22$ ). Vzhledem ke skutečnosti, že nízké skóre bylo naměřeno v zemích, kde v době sběru dat byla míra závažnosti pandemie výrazně vyšší (Global Change Data Lab, n.d.), je možné, že i tato skutečnost se podílela na rozdílných hodnotách, podobně jako v případě skóre duševního zdraví.

Data pro srovnání SONC jednotlivých zemí máme k dispozici bohužel pouze v kontextu pandemie, která může další možnosti vysvětlení dosažených hodnot značně limitovat. Pokud bychom však měli uvažovat o dalších možných faktorech, které by se mohly podílet na vysvětlení nižší národní soudržnosti u české populace, dalším z nich je charakter kultury. Zatímco studie u původního dotazníku Many et al. (2019) byla provedena na vzorku izraelských Židů, kteří



vykazovali vyšší národní soudržnost a jejich kulturu lze považovat za spíše kolektivistickou, česká kultura je oproti tomu dle Hofstedeho kulturního modelu spíše individualistická (Hofstede et al., 2010). V takovém typu kultury se jedinec stará primárně o vlastní potřeby a potřeby své rodiny a děti jsou odmala vedeny k tomu, aby byly samostatné a nezávislé. Loajalita jedinců vůči národu tak může být nižší než u zemí kolektivistických. Tento trend je viditelný především u většiny západních zemí, nicméně v žebříčku 76 zemí světa Česká republika na stupnici 1–100 získala index 28 a zařadila se tak těsně za země západní Evropy a USA jako jedna z nejindividualističtějších postkomunistických zemí po Maďarsku a Polsku (Hofstede et al., 2010). To může být způsobeno jednak relativní blízkostí k západu, ale také historickou spojitostí s Rakouskem-Uherskem a zkušeností s demokratickým zřízením státu v době první republiky. Je však nutno poznamenat, že náš předpoklad, ve kterém by míra individualismu sledované země mohla mít negativní vztah s hodnotou SONC, není zcela v souladu s naměřenými hodnotami SONC v době pandemie u námi zmiňovaných zemí. Nizozemsko, které vykazovalo nejvyšší hodnotu SONC ( $M = 4.40$ ), dosáhlo v Hofstedeho žebříčku individualismu indexu 4–6, zatímco Itálie, která má index 9, měla mezi námi srovnávanými zeměmi skóre SONC druhé nejnižší ( $M = 3.55$ ) (Mana et al., 2021; Hofstede et al., 2010). Tuto hypotézu je proto nutné podrobit dalšímu zkoumání, které by nebylo zatíženo výjimečností pandemické krize.

Ačkoli jsme zmínili, že česká kultura je spíše individualistického charakteru, neznamená to, že by nebylo možné v ní najít také určité prvky kolektivismu. Otázkou národní identity a hrdosti se ve své práci zabývala Dudíková (2016), která zmiňuje, že česká národní hrdost má specifický charakter. Pokud se českému národu daří, držíme pospolu a naši zemi vyzdvihujeme, např. při sportovních událostech. V situaci neúspěchu či jiné nepříznivé události však obrátíme a náš národ spíše haníme. Tuto skutečnost bylo možné částečně pozorovat na začátku pandemie na jaře 2020, kdy Česká republika patřila mezi země, které situace zvládaly nejlépe (Global Change Data Lab, n.d.). Velké množství Čechů dobrovolně šilo roušky, kterých byl v zemi nedostatek, a projevilo tak velkou solidaritu a soudržnost v souladu s nastavením vyspělé demokratické společnosti (Akademie věd České republiky, 2020). Naopak na podzim došlo k zásadnímu obrátu a propuknutí další vlny pandemie, která byla mnohem závažnější než ta první, a začalo docházet k naplnění kapacit nemocnic a růstu počtu úmrtí způsobených koronavirem (MZČR, n.d.). Je proto možné, že na přelomu roku, kdy byla sbírána data pro naši studii, to byla již přes půl roku trvající omezení,

negativní zkušenost s nastavováním vládních opatření a dlouhodobý stres, které mohly pocit národní soudržnosti opět snížit a výsledky naší studie ovlivnit.

Jak bylo zmíněno v kapitole 3.1. v teoretické části této práce, Mana et al. (2019) uvádí, že jedna ze tří složek SONC, zvladatelnost, je úzce spojena s tím, jak jedinci v rámci národa vnímají, že národ dokáže svým členům pomoci. Také souvisí s mírou důvěry v národní instituce a spokojeností s jejich kapacitou, efektivností a připraveností na náročné situace. Nejen na základě vývoje pandemie a vládních opatření jsme proto předpokládali, že náš vzorek bude vůči našemu aktuálnímu vedení státu a vládě velmi kritický. Tato skutečnost je v souladu i s výzkumy posledních let, které ukazují, že obecně podpora demokracie a jejích systémů v České republice klesá. To je způsobeno jednak nostalgií zejména starších generací směrem k bývalému komunistickému režimu, ale především nedůvěrou k politickým stranám, korupčními kauzami a nedůvěryhodností politiků (Linek et al., 2017). Vzhledem ke komunistické minulosti jsou Češi navíc citliví na jakákoli omezení, je pro ně běžné obcházet normy a předpisy a ve společnosti je tato schopnost považována i za určitý projev inteligence (Nový & Schroll-Machl, 2015).

## **8.2. Limity předloženého výzkumu**

Je nutné zmínit, že námi předkládaný výzkum měl řadu limitů. Jedním ze zásadních nedostatků předloženého výzkumu je nedostatečná reprezentativnost výzkumného souboru. Jak již bylo zmíněno, byl tvořen především osobami s vyšším vzděláním, nevyrovnaným poměrem mužů a žen i málo pestrými věkovými skupinami. To bylo mimo jiné způsobeno zvolenou metodou sběru dat – vzhledem k primárnímu využití sociálních sítí výzkumného týmu pro distribuci dotazníku byly pouze omezené možnosti zásahu potenciálních respondentů mimo jejich sociální bublinu, a to i přes snahu o sdílení dotazníku do specifických zájmových skupin, jejichž členové by sociální pestrost mohli rozšířit. V září 2021 však očekáváme opakovaný sběr dat, a to na vzorku, který bude lépe reprezentativní.

Důležitým faktorem, který omezil možnosti zajištění dostatečně reprezentativního vzorku byla také rychlost, s jakou byla studie realizována. Jak již bylo zmíněno v úvodu výzkumné části, výzkumný design byl vytvořen v poměrně krátkém časovém úseku s důrazem na co nejrychlejší sběr dat, aby byla situace stále aktuální a data sebraná v rámci vytyčeného období byla mezi sebou porovnatelná.

Riziko možné snížené metodologické kvality spojené s krátkým časem na přípravu studie nebylo potenciálním problémem pouze naší studie. Výjimečná situace pandemie, která přinesla

mnoho nových neprozkoumaných situací a souvislostí, znamenala pro vědu obrovský nárůst vědeckých článků a také velký tlak na jejich, oproti běžným standardům, výrazně rychlejší publikaci (Else, 2020). Vzhledem k vysoké poptávce po výzkumných datech, kterými by bylo možné podložit klinická, sociální i ekonomická rozhodnutí, tak často docházelo k tomu, že mnoho článků bylo zveřejněno ve zrychleném procesu a s pouze omezenou kontrolou, což mělo v meziročním srovnání za následek všeobecný trend snížené metodologické kvality, častější chybovosti a nesprávných závěrů. Z těchto důvodů se také objevila zvýšená nutnost některé již publikované články stáhnout (Bramstedt, 2020; Else, 2020; Jung et al., 2021). Zmíněná problematičnost pandemických studií se týká především oblasti klinického výzkumu, nicméně přináší apel na větší důraz na kvalitu a opatrnost také pro všechny další vědní obory, včetně psychologie.

Možné limity s sebou přináší také námi využitá dotazníková metoda sběru dat. Tento způsob lze považovat za velmi efektivní, jelikož umožňuje získat velké množství respondentů v krátkém čase, nicméně skýtá také jistá úskalí. Jedním z nich je skutečnost, že nejsme schopni zjistit, kdo dotazník vyplňoval a také zdali se nezúčastnil vícekrát. Výstup z dotazníku je také závislý na subjektivním hodnocení daného respondenta, které může být zatíženo zkresleným vnímáním reálného stavu a zapříčinit tak nevyhovující data. Dalším rizikem je písemná forma otázek, ve které nejsme schopni ověřit, zdali jim respondent správně porozuměl. To mohlo být určitým faktorem také v rámci námi použitých metod, u kterých byly některé z položek formulovány poměrně složitě a abstraktně, což mohlo správné pochopení u některých respondentů komplikovat. V neposlední řadě lze zmínit také riziko sociální desirability, kvůli které má respondent tendenci odpovídat tak, jak se domnívá, že se od něj očekává (Paulhus, 1984). Na toto riziko konkrétně spojené s vysokým skóre v dotazníku SOC upozorňují Lajunen a Gaygısız (2019).

Související komplikací mohla být také samotná podoba dotazníku, který byl relativně dlouhý, což mohlo některé respondenty od vyplnění odradit.

Dalším limitem, které je v souvislosti s použitými metodami nutné zmínit, je fakt, že se jedná o nestandardizované nástroje, které mají chybějící normy pro českou populaci. Pro správnou interpretaci dat by tak bylo žádoucí v budoucnu uskutečnit rozsáhlejší šetření u reprezentativního vzorku respondentů, které by přineslo informace o validitě, reliabilitě a dalších psychometrických charakteristikách těchto metod pro českou populaci.

Velkým specifikem našeho výzkumu byl již zmiňovaný kontext, na jehož pozadí se odehrával. Pandemie se vyvíjí velmi dynamicky a jakákoli data byla v době sběru pravděpodobně ovlivněna aktuální epidemiologickou situací. Z toho důvodu je nutné myslet na to, že je obtížné činit jakékoli závěry či interpretace, které by byly uplatnitelné i v obecné rovině mimo pandemii. Na druhou stranu se však jedná o data, která byla sesbírána v rámci zcela výjimečné příležitosti a za zcela specifických podmínek ovlivňujících naše prožívání. Díky této situaci jsme tak získali mnoho zajímavých podnětů pro psychologické zkoumání.

### **8.3. Přínosy výzkumu a návrhy pro další směřování**

V rámci předloženého výzkumu byl potvrzen signifikantní vztah mezi SOC a pozitivními projevy duševního zdraví. Tyto poznatky naznačují, že salutogenetický pohled na zdraví a příslušné intervence v situacích krize by mohly být užitečným nástrojem pro podporu pozitivních aspektů duševního zdraví a pohody člověka.

Výzkum naznačuje vztahy mezi proměnnými, resp. jejich prediktivní hodnotu pro duševní zdraví. Hodnoty duševního zdraví jsou však spíše screeningového charakteru, jelikož nám schází srovnání s dobou před pandemií i v jejích různých stádiích. I přesto, že jiné výzkumy zvýšenou incidenci duševních obtíží naznačují (NÚDZ, 2021), v tomto výzkumu nemohla být prokázána. Bylo by proto velmi užitečné provést opakované měření, abychom si udělali komplexní obrázek o vývoji mentálního zdraví v době pandemie. V rámci longitudinální studie bychom také mohli zjistit, zdali se vztahy, které byly v rámci tohoto výzkumu statisticky významně potvrzeny, uplatňují podobným způsobem i v situaci, kterou sice nelze považovat za „normální“, nicméně oproti období, ve kterém byl náš výzkum uskutečněn, je jistě méně kritická.

Náš výzkum byl jedním z prvních, který pro sběr dat využil nástroje SONC (Mana et al., 2019). Vědecké zkoumání tohoto konceptu je spíše v začátcích, a tak by bylo velmi užitečné sbírat data o národní soudržnosti také v dalších zemích a kontextech a zjistit tak, jak se jednotlivé země mezi sebou liší, které faktory SONC ovlivňují i jaké vztahy jsou v jeho souvislosti uplatňovány. Jeho statistická signifikance pro duševní zdraví se u českého vzorku nepotvrdila, u vzorků z dalších zapojených studií však ano (Mana et al., 2021). Pokud by se tedy i v dalších studiích ukázal jako důležitý faktor kolektivní resilience, bylo by cenné prozkoumat, které faktory se na jeho posilování podílí a jak případně tyto faktory ovlivnit, abychom dokázali být na krizové situace jako národ či země lépe připraveni a byli vůči nim odolnější.

## Závěr

Smyslem této práce bylo objasnit zdroje, které pomáhají jedincům vyrovnávat se se zátěžovými situacemi a předcházet tak jejich negativnímu dopadu na duševní zdraví. Právě koronavirová pandemie, která zasáhla svět na začátku roku 2020, takovou výjimečně zátěžovou situaci přinesla.

Duševní zdraví, jak bylo představeno v literárně-přehledové části, díky WHO (2006) neznamená pouze absenci duševního onemocnění, ale také stav, kdy se člověk cítí dobře, a to po stránce tělesné, duševní i sociální. Právě hledisko osobní pohody, tj. well-beingu, bylo zmíněno jako ústřední koncept pozitivní psychologie a Keyesova (2005) pojetí duševního zdraví, které se stalo výchozím pro výzkumný projekt této práce. Tento úhel pohledu je v souladu se salutogenetickým pojetím zdraví A. Antonovského (1979), které bylo druhým klíčovým pilířem teoretické části práce. Zatímco tradiční pojetí zdraví se vždy zaměřovalo především na nemoc a její původce, koncept salutogeneze je orientován spíše na pozitivní aspekty lidského zdraví a faktory, které jedincům pomáhají si jej udržet. A to jak v rovině fyzické, tak i duševní.

Centrální pojem tohoto konceptu, SOC (Antonovsky, 1979, 1987), který jsme v teoretické části představili, se na základě řady studií prokázal jako důležitý faktor psychické odolnosti člověka, a to jak na úrovni individuální (del-Pino-Casado et al., 2019; Eriksson & Lindström, 2006; Mantas Jiménez et al., 2019), tak skupinové (Mana et al., 2019). Naším cílem v rámci výzkumného projektu proto bylo prozkoumat salutogenetický model zdraví také v kontextu aktuální pandemie COVID-19 a zjistit, do jaké míry se koncepty SOC (Antonovsky, 1979, 1987) a SONC (Mana et al., 2019) mohou podílet na duševním zdraví české populace v době pandemie.

Prediktivní hodnota faktorů SOC a SONC pro duševní zdraví byla zjišťována u výzkumného vzorku 476 respondentů. Vícečetná regresní analýza ukázala, že SOC se prokázal jako signifikantní a významný prediktor duševního zdraví. Tyto výsledky zařadily náš výzkum nejen mezi podobné studie zaměřené na důležitost SOC v době pandemie COVID-19, ale také k více než 30letému salutogenetickému výzkumu, který potvrzuje hypotézu, že silný SOC pomáhá v náročných situacích volit vhodné zvládací strategie, díky čemuž přináší méně projevů úzkosti a lepší duševní zdraví (Mittelmark et al., 2016).

V našem výzkumu se nepotvrdila hypotéza, že by byl důležitým prediktorem také SONC, a přednesla tak řadu otázek, co by nižší národní soudržnost Čechů mohlo způsobovat, i jakým způsobem by bylo možné ji podpořit.

Poznatky, které byly zjištěny na základě této práce, napomohly identifikaci klíčových faktorů pro duševní zdraví v době pandemie. Zdá se, že pro vyrovnávání se se zátěžovými situacemi je důležitá naše schopnost vnímat okolní události jako srozumitelné, zvládnutelné a smysluplné. Ačkoli konceptu SOC se v minulosti věnovala řada autorů, náš výzkum přinesl zajímavý pohled i v národním kontextu, jelikož právě pandemie COVID-19 přinesla nutnost pečovat o duševní zdraví v celosvětovém měřítku. Přidanou hodnotou této práce je také český překlad použitých nástrojů, které jsou uvedeny v Příloze. Věříme, že tyto přínosy mohou v budoucnu napomoci nejen dalšímu vědeckému zkoumání, ale především vytvořit základ pro vytvoření efektivních preventivních a intervenčních programů, které pomohou minimalizovat negativní dopady pandemické krize na duševní zdraví.

## Seznam použitých zdrojů

- Akademie věd České republiky. (2020, 22. června). *Roušky jsou symbolem étosu doby, v níž jsme obstáli, zjistil průzkum*. <https://www.avcr.cz/cs/veda-a-vyzkum/socialne-ekonomicke-vedy/Rousky-jsou-symbolem-etosu-doby-v-niz-jsme-obstali-zjistil-pruzkum/>
- American Psychological Association. (2019). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th Editio).
- Amirkhan, J. H., & Greaves, H. (2003). Sense of coherence and stress: The mechanics of a healthy disposition. *Psychology and Health, 18*(1), 31–62.  
<https://doi.org/10.1080/0887044021000044233>
- Anjum, S., Ullah, R., Rana, M. S., Khan, H. A., Memon, F. S., Ahmed, Y., Jabeen, S., & Faryal, R. (2020). COVID-19 pandemic: a serious threat for public mental health globally. *Psychiatria Danubina, 32*(2), 245–250. <https://doi.org/10.24869/PSYD.2020.245>
- Antonovsky, Aaron. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay healthy*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine, 37*(8), 969–974. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90427-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90427-6)
- Antonovsky, Aaron. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, 11*(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, Avishai, & Sagy, S. (2016). Aaron Antonovsky, the scholar and the man behind salutogenesis. In *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 15–23). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_3)
- Arora, T., Grey, I., Östlundh, L., Lam, K. B. H., Omar, O. M., & Arnone, D. (2020). The

- prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Health Psychology*, 135910532096663. <https://doi.org/10.1177/1359105320966639>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In *Psychological Review* (Vol. 84, Issue 2).
- Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L., Mefford, I. N., & Barchas, J. D. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(3), 406–414. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.3.406>
- Banerjee, D. (2020). The impact of covid-19 pandemic on elderly mental health. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), 1466–1467. <https://doi.org/10.1002/GPS.5320>
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie* (Vyd. 1.). Portál.
- Bauer, G. F., Roy, M., Bakibinga, P., Contu, P., Downe, S., Eriksson, M., Espnes, G. A., Jensen, B. B., Canal, D. J., 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>
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 1. Theorien, Modelle, Diagnostik*. Hogrefe Verlag.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6(1), 5–30. <https://doi.org/10.1017/S095457940000585X>
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of



- behavior. In W. A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect and social relations: The Minnesota symposia on child psychology* (pp. 39–101). Erlbaum.
- Blom, E. C. H., Serlachius, E., Larsson, J.-O., Theorell, T., & Ingvar, M. (2010). Low Sense of Coherence (SOC) is a mirror of general anxiety and persistent depressive symptoms in adolescent girls - a cross-sectional study of a clinical and a non-clinical cohort. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 58. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-58>
- Blum, R. W. (2005). A case for school connectedness. *The Adolescent Learner*, 62(7), 16–20.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–258). Greenwood Press.
- Bower, R. (2017). *Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) with adolescents living in the west of Scotland and clinical research portfolio* [Disertační práce]. University of Glasgow. <http://theses.gla.ac.uk/8438/>
- Boyce, W. T., Schaefer, C., & Uitti, C. (1985). Permanence and change: Psychosocial factors in the outcome of adolescent pregnancy. *Social Science and Medicine*, 21(11), 1279–1287. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(85\)90278-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90278-3)
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Aldine.
- Bramstedt, K. A. (2020). The carnage of substandard research during the COVID-19 pandemic: a call for quality. *Journal of Medical Ethics*, 46(12), 803 LP – 807. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106494>
- Braun-Lewensohn, O. (2014). Coping resources and stress reactions among three cultural groups one year after a natural disaster. *Clinical Social Work Journal*, 42, 366–374. <https://doi.org/10.1007/s10615-013-0463-0>
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American*

- Psychologist*, 34(10), 844–850. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.844>
- Bruun Jensen, B., & Schnack, K. (1997). The action competence approach in environmental education. *Environmental Education Research*, 3(2), 163–178.  
<https://doi.org/10.1080/1350462970030205>
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Carlén, K., Suominen, S., Lindmark, U., Saarinen, M. M., Aromaa, M., Rautava, P., & Sillanpää, M. (2020). Sense of coherence predicts adolescent mental health. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1206–1210. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.04.023>
- Carver, C. S. (2010). Resilience and thriving: issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245–266. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01217.x>
- Cederblad, M., Ruksachatkunakorn, P., Boripunkul, T., Intraprasert, S., & Höök, B. (2003). Sense of coherence in a Thai sample. *Transcultural Psychiatry*, 40(4), 585–600.  
<https://doi.org/10.1177/1363461503404007>
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2003). Administrative reform policy: The challenges of turning symbols into practice. *Public Organization Review*, 3(1), 3–27.  
<https://doi.org/10.1023/A:1023002810428>
- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I. S. (1988). Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness. In *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness*. Cambridge University Press.
- Dana, R., Hoffman, T., Armstrong, B., & Wilson, J. (1985, April). *Sense of coherence: Examination of the construct* [Conference paper]. Annual meeting of the Southeastern Psychological Association, Austin, Texas.
- del-Pino-Casado, R., Espinosa-Medina, A., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2019). Sense of

- coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 242, 14–21. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.08.002>
- Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., Wissing, M. P., Fave, A. D., Brdar, I., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, 100, 185–207. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 1–34. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Dudíková, M. (2016). *Koncepce národní identity v současné české politice* [Diplomová práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dutheil, F., Mondillon, L., & Navel, V. (2020). PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic. *Psychological Medicine*, 1. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001336>
- Else, H. (2020). How a torrent of COVID science changed research publishing - in seven charts. *Nature*, 588(7839), 553. <https://doi.org/10.1038/D41586-020-03564-Y>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460–466. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2010). Bringing it all together: The salutogenic response to some

- of the most pertinent public health dilemmas. In A. Morgan, M. Davies, & E. Ziglio (Eds.), *Health assets in a global context: Theory, methods, action* (pp. 339–351). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5921-8\\_18](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5921-8_18)
- Eriksson, M., & Mittelmark, M. B. (2017). The sense of coherence and its measurement. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The handbook of salutogenesis* (pp. 97–106). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_12)
- Flannery, R. B., & Flannery, G. J. (1990). Sense of coherence, life stress, and psychological distress: A prospective methodological inquiry. In *Journal of Clinical Psychology* (Vol. 46, Issue 4, pp. 415–420). [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199007\)46:4<415::AID-JCLP2270460407>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199007)46:4<415::AID-JCLP2270460407>3.0.CO;2-A)
- Flannery, R. B., Perry, J. C., Penk, W. E., & Flannery, G. J. (1994). Validating Antonovsky's sense of Coherence scale. *Journal of Clinical Psychology, 50*(4), 575–577.  
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199407\)50:4<575::AID-JCLP2270500412>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199407)50:4<575::AID-JCLP2270500412>3.0.CO;2-8)
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S., & Merrick, J. (2005). Sense of coherence and physical health. A review of previous findings. *The Scientific World Journal, 5*, 665–673.  
<https://doi.org/10.1100/tsw.2005.85>
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist, 18*(1), 12–23.  
<https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Frankl, V. (1988). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. Penguin.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218–226.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>

Freire, P. (1987). *Pedagogy of the oppressed*. The Continuum Publishing Corporation.

Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, *34*(4), 416–430.

<https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>

Généreux, M., Roy, M., O’Sullivan, T., & Maltais, D. (2020). A salutogenic approach to disaster recovery: The case of the lac-mégantic rail disaster. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051463>

Global Change Data Lab. (n.d.). *Coronavirus (COVID-19) cases*. Retrieved July 21, 2021, from <https://ourworldindata.org/covid-cases>

Gómez-Salgado, J., Domínguez-Salas, S., Romero-Martín, M., Ortega-Moreno, M., García-Iglesias, J. J., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Sense of coherence and psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Sustainability (Switzerland)*, *12*(17). <https://doi.org/10.3390/SU12176855>

Grøholt, E. K., Stigum, H., Nordhagen, R., & Köhler, L. (2003). Is parental sense of coherence associated with child health? *European Journal of Public Health*, *13*(3), 195–201. <https://doi.org/10.1093/eurpub/13.3.195>

Guerriero, R. M., Pier, D. B., De Gusmão, C. M., Bernson-Leung, M. E., Maski, K. P., Urion, D. K., & Waugh, J. L. (2014). Increased pediatric functional neurological symptom disorders after the boston marathon bombings: A case series. *Pediatric Neurology*, *51*(5), 619–623. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2014.07.011>

Hiebler-Ragger, M., Nausner, L., Blaha, A., Grimmer, K., Korlath, S., Mernyi, M., & Unterrainer, H. F. (2021). The supervisory relationship from an attachment perspective:

- Connections to burnout and sense of coherence in health professionals. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 124–136. <https://doi.org/10.1002/PPP.2494>
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: Software of the mind*. McGraw-Hill. <https://doi.org/10.1080/00208825.1980.11656300>
- Huber, M., André Knottnerus, J., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van Der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Online)*, 343(7817). <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Jung, R. G., Santo, P. Di, Clifford, C., Prosperi-Porta, G., Skanes, S., Hung, A., Parlow, S., Visintini, S., Ramirez, F. D., Simard, T., & Hibbert, B. (2021). Methodological quality of COVID-19 clinical research. *Nature Communications* 2021 12:1, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-21220-5>
- Kaufman, J., Cook, A., Arny, L., Jones, B., & Pittinsky, T. (1994). Problems defining resiliency : Illustrations from the study of maltreated children. *Development and Psychopathology*, 6, 215–229. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005964>
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Academia.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá Psychologie*, 52(1), 1–19. <http://www.digitalniknihovna.cz/knav/uuid/uuid:304352f4-fe45-4036-aef7-d11883fd5af1>
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2015). Resilience: Některé novější koncepce. *Československá Psychologie*, 59(5), 444–452.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–137. <https://doi.org/10.2307/2787065>

- 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. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America’s youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395–402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- 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)*. <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181–192. <https://doi.org/10.1002/PPP.572>
- Kim, Y. G., Moon, H., Kim, S. Y., Lee, Y. H., Jeong, D. W., Kim, K., Moon, J. Y., Lee, Y. K., Cho, A., Lee, H. S., Park, H. C., & Lee, S. H. (2019). Inevitable isolation and the change of stress markers in hemodialysis patients during the 2015 MERS-CoV outbreak in Korea. *Scientific Reports*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-41964-x>
- Kinsman, J. (2012). “A time of fear”: local, national, and international responses to a large Ebola outbreak in Uganda. *Globalization and Health* 2012 8:1, 8(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-8-15>

- Klein, J. T. (1990). *Interdisciplinarity: History, Theory, and Practice*. Wayne State University Press.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
- Kratochvíl, S. (1998). *Základy psychoterapie*. Portál.
- Kravetz, S., Drory, Y., & Florian, V. (1993). Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. *European Journal of Personality*, 7(4), 233–244. <https://doi.org/10.1002/per.2410070404>
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví* (Vyd. 1.). Portál.
- Lajunen, & Gaygısız. (2019). Can we rely on self-assessments of sense of coherence? The effects of socially desirable responding on the Orientation to Life Questionnaire (OLQ) responses. *Social Sciences*, 8(10), 278. <https://doi.org/10.3390/socsci8100278>
- 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. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>
- Levert, T., Lucas, M., & Ortlepp, K. (2000). Burnout in psychiatric nurses: Contributions of the work environment and a Sense of Coherence. *South African Journal of Psychology*, 30(2),



36–43. <https://doi.org/10.1177/008124630003000205>

Li, H. O.-Y., & Huynh, D. (2020). Long-term social distancing during COVID-19: A social isolation crisis among seniors? *CMAJ*, *192*(21), E588–E588.

<https://doi.org/10.1503/CMAJ.75428>

Lindström, B. (1992). Quality of life: A model for evaluating Health for all. Conceptual considerations and policy implications. *Sozial- Und Präventivmedizin SPM*, *37*(6), 301–306. <https://doi.org/10.1007/BF01299136>

Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, *21*(3), 238–244.

<https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>

Linek, L., Císař, O., Petrúšek, I., & Vráblíková, K. (2017). *Občanství a politická participace v České republice*. Sociologické nakladatelství (SLON) / Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.

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>

Lundberg, O., & Peck, M. N. (1994). Sense of coherence, social structure and health: Evidence from a population survey in sweden. *European Journal of Public Health*, *4*(4), 252–257.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/4.4.252>

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

<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

Luthar, S. S., & Goldstein, A. (2004). Children's exposure to community violence: Implications for understanding risk and resilience. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*,

33(3), 499–505. <https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303>

Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J.

(2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, *50*(1), 44–57.

<https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>

Mana, A., Sagy, S., & Srour, A. (2016). Sense of community coherence and inter-religious relations. *Journal of Social Psychology*, *156*(5), 469–482.

<https://doi.org/10.1080/00224545.2015.1129302>

Mana, A., Srour, A., & Sagy, S. (2019). A sense of national coherence and openness to the “other’s” collective narrative: The case of the Israeli-Palestinian conflict. *Peace and Conflict*, *25*(3), 226–233. <https://doi.org/10.1037/pac0000391>

Mana, A., Super, S., Sardu, C., Canal, D. J., Moran, N., & Sagy, S. (2021). 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*, *0*(0), 1–10.

<https://doi.org/10.1177/1757975921992957>

Mantas Jiménez, S., Juvinyà Canal, D., Bertran i Noguer, C., Roldán Merino, J. F., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. T. (2019). *Evaluation of positive mental health and sense of coherence in mental health professionals*. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/144634#.YPrX-doOBms.mendeley>

Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K.

(2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, *5*, 1–11.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014>

Margalit, M. (1985). Perception of parents' behavior, familial satisfaction, and sense of coherence in hyperactive children. *Journal of School Psychology, 23*(4), 355–364.

[https://doi.org/10.1016/0022-4405\(85\)90048-2](https://doi.org/10.1016/0022-4405(85)90048-2)

Masanotti, G. M., Paolucci, S., Abbafati, E., Serratore, C., & Caricato, M. (2020). Sense of coherence in nurses: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(6). <https://doi.org/10.3390/IJERPH17061861>

Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation*. (pp. 715–752). John Wiley & Sons.

Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). *Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology* (pp. 1–52). Plenum Press.

<https://experts.umn.edu/en/publications/risk-vulnerability-and-protective-factors-in-developmental-psycho>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (n.d.). *COVID-19: Přehled aktuální situace v ČR*. Retrieved April 10, 2021, from <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>

Mittelmark, M. B. (2016). Introduction to the handbook of salutogenesis. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 3–5). Springer International Publishing.

[https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_1)

Mittelmark, M. B., & Bauer, G. F. (2016). The meanings of salutogenesis. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The handbook of salutogenesis* (pp. 7–13). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_2)

- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (2016). The handbook of salutogenesis. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The handbook of salutogenesis*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2020). Sense of coherence in association with stress experience and health in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093003>
- Moos, R. H. (1987). Person-environment congruence in work, school, and health care settings. *Journal of Vocational Behavior*, *31*(3), 231–247. [https://doi.org/10.1016/0001-8791\(87\)90041-8](https://doi.org/10.1016/0001-8791(87)90041-8)
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, *18*(3), 211–250. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180303>
- Mucci, F., Mucci, N., & Diolaiuti, F. (2020). Lockdown and isolation: Psychological aspects of covid-19 pandemic in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*, *17*(2), 63–64. <https://doi.org/10.36131/CN20200205>
- Murayama, Y., Ohba, H., Yasunaga, M., K., N., Takeuchi, R., Nishi, M., Sakuma, N., Uchida, H., Shinkai, S., & Fujiwara, Y. (2015). The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Aging & Mental Health*, *19*(4), 306–314. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.933309>
- Národní ústav duševního zdraví. (2020, 22. června). *Volební preference a způsob sledování médií mají vliv na duševní zdraví během pandemie COVID-19, naznačují první výsledky studie*. <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-volebni-preference-zpusob-sledovani-medii-covid-19.pdf>

- Národní ústav duševního zdraví. (2021, 15. února). *V důsledku pandemie covid-19 se s duševním onemocněním potýká téměř každý třetí dospělý. Podporu nabídne nový web.*  
<https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-opatruj-se.pdf>
- Ninomiya, S., Tabuchi, K., Rahman, M. M., & Kobayashi, T. (2019). Factors associated with mental health status among older primary caregivers in Japan: *Journal of Health Care Organization, Prvision, and Financing*, 56, 1–8.  
<https://doi.org/10.1177/0046958019859810>
- Nový, I., & Schroll-Machl, S. (2015). *Interkulturní komunikace v řízení a podnikání: česko-německá* (2. vydání). Management Press.
- O'Dougherty-Wright, M., Masten, A. S., Northwood, A., & Hubbard, J. J. (1997). *Long-term effects of massive trauma: Developmental and psychobiological perspectives: The effects of trauma on the developmental process* (pp. 181–225). University of Rochester Press.  
<https://experts.umn.edu/en/publications/long-term-effects-of-massive-trauma-developmental-and-psychobiolo>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 598–609. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.3.598>
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2. doplněné vydání). Grada Publishing, a.s.
- Payne, L. (1982). Sense of Coherence: A measure of health status. In *School of Nursing*.

University of Alberta.

- Pelcák, S. (2008). *Smysl pro soudržnost A. Antonovského v prevenci, léčbě a podpoře zdraví* [Disertační práce]. Masarykova univerzita. <https://is.muni.cz/th/rfdbg/>
- Pelcák, S., Hoferková, S., & Bělík, V. (2015). Smysl pro soudržnost a adherence ke zdravému životnímu stylu u adolescentů. *Lifelong Learning - Celoživotní Vzdělávání*, 5(2), 98–108. <https://doi.org/10.11118/lifele2015050298>
- Pine, D. S., Costello, J., & Masten, A. (2005). Trauma, proximity, and developmental psychopathology: The effects of war and terrorism on children. *Neuropsychopharmacology*, 30(10), 1781–1792. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300814>
- Poppius, E., Tenkanen, L., Kalimo, R., & Heinsalmi, P. (1999). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social Science and Medicine*, 49(1), 109–120. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00105-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00105-7)
- Public Health Agency of Canada. (2006). The human face of mental health and mental illness in Canada 2006. In *Minister of Public Works and Government Services Canada*. Minister of Public Works and Government Services Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index-eng.php>
- Putnam, R. D. (1993). The prosperous community. *The American Prospect*, 4(13), 35–42.
- Queer Geography. (n.d.). *Já a COVID-19 výsledky ze studie*. Retrieved April 10, 2021, from <https://www.queergeography.cz/ja-a-covid-19-vysledky/>
- Reiss, D. (1987). *The Family's Construction of Reality*. Harvard University Press.
- 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>

- Rizeanu, S., & Vasiliu, D. (2016). Correlation between hardiness and the sense of coherence. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, 7(4), 9–15.  
<https://doi.org/10.15303/rjeap.2016.v7i4.a2>
- Rodin, J., & Langer, E. J. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(12), 897–902.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.12.897>
- Rosenbaum, M. (1990). *Learned resourcefulness. On coping skills, self-control, and adaptive behavior*. Springer Publishing Company.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In *Psychological Monographs: General and Applied* (Vol. 80, Issue 1, pp. 1–28). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119–144. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- 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>
- Sagy, S. (1998). Effects of personal, family, and community characteristics on emotional reactions in a stress situation. *Youth & Society*, 29(3), 311–329.  
<https://doi.org/10.1177/0044118X98029003003>
- Sagy, S. (2017). Can we empathize with the narrative of our enemy? A personal odyssey in

studying peace education. *Intercultural Education*, 28(6), 485–495.

<https://doi.org/10.1080/14675986.2017.1390889>

Sagy, S., & Antonovsky, H. (1996). Structural sources of the sense of coherence - Two life stories of holocaust survivors in Israel. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32(3–4), 200–205. <http://europepmc.org/article/med/8606135>

Sagy, S., & Antonovsky, H. (2000). The development of the sense of coherence: A retrospective study of early life experiences in the family. *Journal of Aging and Human Development*, 51(2), 155–166.

Sagy, S., & Braun-Lewensohn, O. (2009). Adolescents under rocket fire: When are coping resources significant in reducing emotional distress? *Global Health Promotion*, 16(4), 5–15. <https://doi.org/10.1177/1757975909348125>

Sagy, S., & Dotan, N. (2001). Coping resources of maltreated children in the family: A salutogenic approach. *Child Abuse and Neglect*, 25(11), 1463–1480. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00285-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00285-X)

Sagy, S., & Mana, A. (2016). The relevance of salutogenesis to social issues besides health: The case of sense of coherence and intergroup relations. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The handbook of salutogenesis and book of Salutogenesis* (pp. 77–81). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_9)

Schäfer, S. K., Becker, N., King, L., Horsch, A., & Michael, T. (2019). The relationship between sense of coherence and post-traumatic stress: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562839>

Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever Does Not Kill Us: Cumulative



- Lifetime Adversity, Vulnerability, and Resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025–1041. <https://doi.org/10.1037/a0021344>
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned optimism*. Pocket Books.
- Seligman, M. E. P. (1999). The president's address (annual report). *American Psychologist*, 54, 559–562.
- Silarova, B., Nagyova, I., Rosenberger, J., Studencan, M., Ondusova, D., Reijneveld, S. A., & van Dijk, J. P. (2014). Sense of coherence as a predictor of health-related behaviours among patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(4), 345–356. <https://doi.org/10.1177/1474515113497136>
- Šířová, I., Zubková, A., & Tušl, M. (n.d.). *Adaptace dotazníku Sense of National Coherence*.
- Skoog, I. (2020). COVID-19 and mental health among older people in Sweden. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1173–1175. <https://doi.org/10.1017/S104161022000143X>
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Grada.
- Smith, T. L., & Meyers, L. S. (1997). The sense of coherence: Its relationship to personality, stress, and health measures. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12(2), 513–526.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Sundslı, K., Söderhamn, U., Espnes, G. A., & Söderhamn, O. (2014). Self-care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age: a randomized controlled study. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 95–103. <https://doi.org/10.2147/CIA.S55925>

- 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>
- The jamovi project. (2021). *jamovi* (1.8). <https://www.jamovi.org>
- 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>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (n.d.). *COVID-19: Online dispečink intenzivní péče – volné kapacity (2. vlna)*. Retrieved July 21, 2021, from <https://opendata.mzcr.cz/dataset/covid-19-online-dispecink-intenzivni-pecce-volne-kapacity-2-vlna>
- Vinson, J. A. (2002). Children with asthma: initial development of the child resilience model. *Pediatric Nursing*, 28(2), 149–158.
- Vláda České republiky. (n.d.). *Vládní usnesení a odůvodnění související s bojem proti epidemii*. 2021. Retrieved July 21, 2021, from <https://www.vlada.cz/cz/epidemie-koronaviru/dulezite-informace/vladni-usneseni-a-oduvodneni-souvisejici-s-bojem-proti-epidemii-koronaviru-180608/>
- Wells, R. D., & Schwebel, A. I. (1987). Chronically ill children and their mothers: Predictors of resilience and vulnerability to hospitalization and surgical stress. In *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* (Vol. 8, Issue 2, pp. 83–89). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/00004703-198704000-00004>
- Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children and youth*. McGraw-Hill.

- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110.  
<https://doi.org/10.1007/S10804-009-9082-Y>
- 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>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for health promotion*.  
<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization*.  
[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](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>
- Zielińska-Więczkowska, H., & Sas, K. (2020). The sense of coherence, self-perception of aging and the occurrence of depression among the participants of the university of the third age depending on socio-demographic factors. *Clinical Interventions in Aging, 15*, 1481–1491.  
<https://doi.org/10.2147/CIA.S260635>
- Zimmerman, M. A. (1990). Toward a theory of learned hopefulness: A structural model analysis of participation and empowerment. *Journal of Research in Personality, 24*(1), 71–86.  
[https://doi.org/10.1016/0092-6566\(90\)90007-S](https://doi.org/10.1016/0092-6566(90)90007-S)

## **Seznam tabulek, grafů a obrázků**

Tabulka 1: Demografické charakteristiky.....	49
Tabulka 2: Deskriptivní charakteristiky.....	50
Tabulka 3: Korelační analýza.....	51
Tabulka 4: Regresní analýza.....	52
Graf 1: Korelační analýza MHC a SOC .....	50
Graf 2: Korelační analýza MHC a SONC.....	51
Obrázek 1: Salutogenetický deštník - vybrané teorie se salutogenetickým přístupem.....	28

## **Příloha 1. Dotazník MHC**

*Prosím přečtěte 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. váš 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 SOC-13**

*Následující tvrzení se vztahují k různým aspektům našeho života. Každé tvrzení má 7 možností odpovědi: 1 a 7 jsou extrémní odpovědi. Pokud vám vyhovuje možnost pod číslem 1 – zakroužkujte číslo 1, pokud možnost pod číslem 7 – zakroužkujte číslo 7. Pokud vám vyhovuje jiné, zakroužkujte číslo, které je vašemu pocitu nejbližší, od 1 do 7. Na každou otázku prosím odpovídejte jen jednou z možností.*

**1. Míváte pocit, že vám v podstatě nezáleží na tom, co se kolem vás děje?**

1 (zřídka nebo nikdy) – 7 (často)

**2. Stalo se vám v minulosti, že jste byl/a překvapen/a chováním lidí, o nichž jste se domníval/a, že je dobře znáte?**

1 (zřídka nebo nikdy) – 7 (vždy)

**3. Stalo se vám, že vás zklamali lidé, jimž jste důvěřoval/a a s nimiž jste počítal/a?**

1 (nikdy) – 7 (vždy)

**4. Váš život doposud:**

1 (neměl jasný smysl a cíl) – 7 (měl velmi jasný smysl a cíl)

**5. Míváte pocit, že je s vámi zacházeno nespravedlivě?**

1 (velmi často) – 7 (zřídka nebo nikdy)

**6. Míváte pocit, že jste v neznámé situaci a nevíte dost dobře, co dělat?**

1 (velmi často) – 7 (zřídka nebo nikdy)

**7. Když máte dělat to, co děláte každý den, je to pro vás:**

1 (zdrojem hluboké radosti a uspokojení) – 7 (zdrojem utrpení a nudy)

**8. Míváte nejasné představy a smíšené pocity?**

1 (velmi často) – 7 (zřídka nebo nikdy)

**9. Stává se vám, že máte pocity, které byste raději neměl/a?**

1 (velmi často) – 7 (zřídka nebo nikdy)

**10. Mnozí lidé, i ti co mají pevný charakter, se někdy cítí poražení a smutní. Jak často jste se takto cítil/a v minulosti vy?**

1 (nikdy) – 7 (velmi často)

**11. Když došlo k nějakým událostem, obvykle jste zjistil/a, že:**

**12. Jak často míváte pocit, že to, co děláte ve svém běžném životě, nemá žádný velký smysl?**

1 (velmi často) – 7 (zřídka nebo nikdy)

**13. Jak často míváte pocity, u kterých si nejste zcela jist/a, zda je dokážete udržet pod kontrolou?**

1 (velmi často) – 7 (zřídka nebo nikdy)

### **Příloha 3. Dotazník SONC**

*Toto je sada otázek, které se vztahují ke způsobu, jakým nahlížíte na český národ. U každé otázky prosím označte číslo, které bude vyjadřovat Vaši odpověď, přičemž čísla 1 a 7 jsou extrémní odpovědi. Neexistují zde správné a špatné odpovědi. Zajímá nás, co si myslíte a cítíte.*

**1. Do jaké míry mají Češi vliv na to, co se děje ve světě?**

1 (vůbec žádný) – 7 (velmi velký)

**2. Být součástí českého národa dává životu význam a smysl, který člověk jiné národnosti nemůže pocítit.**

1 (zcela nepravdivé) – 7 (naprosto pravdivé)

**3. Budoucnost českého národa bude pravděpodobně:**

1 (velmi nejasná a plná změn) – 7 (plně konzistentní a jasná)

**4. Do jaké míry je český národ schopen vyrovnávat se s výzvami budoucnosti?**

1 (zcela neschopen) – 7 (velmi schopen)

**5. Až doposud český národ:**

1 (neměl žádné jasné cíle a účel) – 7 (měl velmi jasné cíle a účel)

**6. Máte pocit, že se Češi moc nezajímají o to, co se děje?**

1 – (velmi zřídka nebo nikdy) – 7 (velmi často)

**7. Když Češi čelí obtížnému problému, je volba řešení:**

1 (velmi matoucí a těžko naležitelná) – 7 (vždy zcela jasná)

**8. Ve srovnání s jinými národy po celém světě je situace Čechů:**

1 (velmi špatná) – 7 (velmi dobrá)