

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

DOPAD PANDEMIE COVID-19 NA SENIORY

THE IMPACT OF A COVID-19 PANDEMIC ON THE
SENIORS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Martin Pika**
Vedoucí práce: **PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.**

Olomouc
2022

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Dopad pandemie COVID-19 na seniory“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Kylešovicích dne 28. 2. 2022

Podpis

Poděkování

Velmi rád bych poděkoval panu PhDr. Janu Šmahajovi, Ph.D. za skutečně příjemnou spolupráci, inspiraci, opravdu velkou dávku podpory, vstřícný přístup, trpělivost a odborné vedení v průběhu tvorby této bakalářské práce. Děkuji rovněž všem svým respondentům za vaši ochotu zúčastnit se výzkumu. Bez vás by tato bakalářská práce nevznikla. Velké díky taky patří mé snoubence za její trpělivost, přátelům za to, že byli ochotni mě podpořit, vyslechnout a měli se mnou trpělivost a další díky směřuje k mé spolužačce a kamarádce Petře Machátové. Díky za skvělé studijní léta s Tebou, za veškerý náš společný čas, vzájemnou podporu i v momentech frustrace, když někdo z nás dvou měl tendence studium ukončit.

Obsah

ÚVOD	7
1 VYMEZENÍ OBDOBÍ STÁŘÍ	9
1.1 Úspěšné stárnutí	11
1.2 Předpoklady neúspěšného stáří	14
Chudoba a dluhy seniorů	18
Ztráta smyslu života	19
2 INFORMACE O ONEMOCNĚNÍ COVID-19.....	20
2.1 Průběh onemocnění	20
2.2 Somatické vlivy specifické pro seniory	21
2.3 Neuropsychologické komplikace	22
Neurologické aspekty onemocnění COVID 19	22
2.4 Psychopatologické aspekty	23
2.5 Přetrvávající symptomy a dlouhodobé důsledky po nemoci COVID-19 ..	25
3 DOPAD NOUZOVÉHO STAVU NA PSYCHIKU SENIORŮ V DŮSLEDKU PANDEMIE	27
3.1 Nejzásadnější vládní opatření negativně působící na psychiku seniorů	28
4 HLAVNÍ VLIVY PANDEMIE NA PSYCHIKU SENIORŮ	31
4.1 Sociální izolace.....	31
4.2 Negativní dopady osamělosti a sociální izolace.....	32
4.3 Negativní dopady sociální izolace způsobené pandemií COVID-19	33
5 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO CÍLE	35
5.1 Formulace výzkumné úkolů	36
5.2 Výzkumné hypotézy	37
6 DESIGN VÝZKUMU	38
6.1 Typ výzkumu.....	38
6.2 Zdůvodnění použité metody.....	38
6.3 Plán realizace výzkumu	39
6.4 Struktura použitého dotazníku a použité testové metody	40
6.5 Etické hledisko	43
6.6 Popisná statistika výzkumného souboru	44

7	PREZENTACE DAT.....	47
7.1	Výzkumný úkol č. 1.....	47
7.2	Výzkumný úkol č. 2.....	53
7.3	Výzkumný úkol č. 3.....	57
7.4	Výzkumný úkol č. 4.....	59
8	DISKUZE.....	70
9	ZÁVĚR.....	75
10	SOUHRN.....	77
11	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY.....	79
	Seznam tabulek a grafů.....	88
	Seznam tabulek.....	88
	Seznam grafů.....	90
	Seznam zkratk.....	90
	PŘÍLOHY.....	91
	Seznam příloh.....	91

ÚVOD

Pro tuto bakalářskou práci jsme si vybrali téma dopad pandemie COVID-19 na psychiku seniorů. Naší motivací pro výběr této populační skupiny bylo především uvědomění, že senioři patří mezi jednu z ohroženějších skupin populace z hlediska zdravotních dopadů, tedy především z hlediska zdravotních dopadů spojené s nákazou COVID-19 a také to, že v rámci své profese příslušníka HZS ČR jsem se seniory během pandemie COVID-19 často pracoval. Senioři jsou také velmi náchylní vůči post-covid syndromům. Stáří se pojí s nemocemi, které jej doprovází, proto je u této populace zvýšené riziko prohloubení již stávajících nemocí po prodělání onemocnění COVID-19 či smrti. V souvislosti s medializací pandemické situace se v médiích objevovaly různé typy informací - ať už pravdivé a věcné, přes polopravdivé až po dezinformace, sloužící k vyvolání ještě většího zmatku. Seniorovi se často pro jeho snížení kognitivních funkcí, především v podobě pozornosti, vnímání a myšlení takové kvantum informací špatně zpracovávalo a nedokázal každou jednu informaci kriticky zhodnotit, což souvisí i s problémem, že si senioři tolik nevěří v práci s výpočetní technikou a nedokážou si tak u informací rychle ověřit jejich pravdivost nebo nepravdivost jako ostatní populační skupiny.

Dále během pandemie nouzový stav zapříčinil, že došlo k uzavření celé řady institucí, kde se senioři byli zvyklí scházet, bylo omezeno od určité hodiny vycházení na veřejné prostranství, byly zakázány návštěvy v domovech pro seniory a nemocničních zařízeních, byly omezeny návštěvy rodinných příslušníků, což na seniory působilo psychicky velmi výrazně a cítili se osamocení a sociálně izolovaní.

Vládní opatření se v podobě příkazů a zákazů měnily ze dne na den, někdy z hodiny na hodinu a senioři se v té záplavě příkazů a zákazů začali naprosto dezorientovat a začala u nich vznikat deprese a úzkost z celkové situace pandemie COVID-19 a nouzového stavu, jelikož neviděli v nejbližší době naději, že by toto mohlo skončit.

Cílem práce je získat konkrétní odpovědi seniorů, které přinesou poznatky v jejich prožívání spojené s pandemií nemoci COVID-19 a vyhlášeného nouzového stavu v důsledku této pandemie. Práce je složena z teoretické a empirické části. V teoretické části jsou zmiňovány pojmy stáří, jeho definice, dále úspěšné a neúspěšné stárnutí. Další kapitoly nabízí informace o onemocnění COVID-19, post-covidovém syndromu, nouzovém stavu a vládních opatření vyhlášené vládou ČR v důsledku nouzového stavu. Poslední kapitola teoretické části definuje pojmy jako jsou deprese, úzkost, osamocení a sociální izolace. Především tyto pojmy jsou předmětem zkoumání v empirické části.

Teoretická část

1 VYMEZENÍ OBDOBÍ STÁŘÍ

V rámci vývojové psychologie se definují dva pojmy, a to evoluce a involuce. Evoluční změny zahrnují nárůst kognitivních funkcí, zrychlení psychomotorického tempa, zlepšení samostatnosti člověka v sociálních vztazích.

Involuční změny naopak zahrnují pokles výše zmíněných aspektů, jako jsou kognitivní funkce (paměť, vnímání, myšlení, pozornost, řeč) (Flégr, 2005). Involuční změny jsou pro stáří velice charakteristické, proto se jimi budu v této kapitole podrobněji zabývat.

Samostatným oborem psychologie, který se věnuje období stáří (tedy životního úseku 65 roků až po smrt jedince) je gerontopsychologie. Tento psychologický obor se zabývá především tématy spojenými se stárnutím, psychickým vývojem, změnami v psychice seniorů a péči o ně klinickým způsobem, aby zbytek svého života mohli prožít co nejkvalitnějším způsobem. Psychologové zabývající se oborem gerontopsychologie se zejména zabývají normálním procesem stárnutí, především na psychické úrovni, ovšem neopomínají somatickou stránku života jedince. Navrhují a testují úspěšnost psychologických intervencí, řešící problémy, jenž obvykle potkávají jedince v procesu stárnutí. Taktéž i rodinným příslušníkům pomáhají překonávat psychické problémy, které dozajista vznikají při péči o nemohoucího seniora, a snaží se zlepšovat pohodu a dosáhnout maxima potenciálu vzájemné symbiózy - senior a pečující rodinný příslušník (Hippel et al., 2008).

Marie Vágnerová (1999, str. 348) na pojem stáří pohlíží jako „na příležitost získávání nových zkušeností, s nimiž se musí každý člověk nějakým způsobem vyrovnat, a záleží na jedinci, jak tento vývojový úkol zvládne. Stáří je, dle názoru C. G. Junga, třeba chápat jako výsledek procesu individuace. V tomto procesu by mělo dojít k harmonizaci všech, vědomých i nevědomých složek osobnosti. Je v něm zachována jedinečnost individuality i spojení s širší zkušeností lidské existence, s archetypem Já. Proces individuace je lokalizován do druhé poloviny lidského života, kdy vnější úspěchy a zisky ztrácejí svůj význam. Cílem první poloviny života je zplození potomstva, jeho ekonomické zajištění a budování sociálního postavení (tj. to, co Erikson nazývá generativitou)“.

Taktéž Langmeier a Krejčířová (2007) stárnutím rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmíní jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopnosti a výkonnosti jedince.

Blatný (2016) ke stáří ještě dodává, že stárnutí je hlavně nezaměnitelná osobní zkušenost, která může ovlivnit některé z vnitřních nebo vnějších faktorů a zároveň je součástí každého aspektu stárnoucího jedince. Dochází ke změně fyzické vzhledu jedince, dále také tělesných funkcí, jeho preferovaných aktivit, sociálního okolí a jedinec začíná jinak vnímat běh času. Dochází k úbytku lidí, ke kterým měl kladný sociální vztah a kteří odešli už navždy. Dále dochází k úbytku fyzických sil a příchodu rozmanitých nemocí a handicapů, které mění zaběhlý životní řád stárnoucího jedince.

Kateřina Thorová (2015) uvádí, že stáří je chápáno různými způsoby. Pozdní dospělost (50 - 70 let) může někdo chápat stále za střední věk a jiní již za počátek stáří. Musí se rozlišovat normální a patologické stárnutí, jehož součástí jsou nemoci nebo prodělaná traumata. Nástup projevů, které se považují za ukazatele stáří a míra involuce jsou do značné míry individuální. Včetně dědičnosti se na nich také podílí naše chování (životní styl, přítomnost rizikového chování - alkohol, kouření, tělesný pohyb). Sami lidé se začnou považovat za staré, když se objeví první znaky spojené se stáří, což může být zhoršení sensorických a kognitivních funkcí.

Biologické znaky stárnutí se projevují v endokrinní soustavě, které zajišťují regulaci všech tělesných a duševních pochodů. Biologické změny se také odehrávají v mozkové struktuře, kdy odumírají neurony a jsou nahrazovány gliovými buňkami. Je také snížena odolnost vůči infekcím, zpomaluje se hojení ran, ztrácí se pružnost vaziva a zvyšuje se sklon k nádorovým onemocněním.

Mezi kognitivní změny nastávající ve stáří patří zhoršené smyslové vnímání, zhoršení paměti a pokles inteligence, mezi afektivní změny se zařazuje podezíravost, nejistota, úzkost nebo hněvivost. Citové prožívání se stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí. To znamená, že člověk řadu situací dokáže hodnotit klidněji a racionálněji, ovšem pak jsou situace, kdy se již člověk tak snadno nenadchne (Langmeier a Krejčířová, 2007).

Akman (2004) uvádí, že stále se zlepšující zdravotní péče v současnosti vede k zvyšujícímu se počtu osob, které by se daly považovat za seniory a dále tvrdí, že věk sám o sobě není v podstatě vůbec významný ukazatel psychické pohody nebo duševního zdraví, zvládnutí stresových událostí působící na jedince považovaného za starého a na jeho osobnost.

Na stáří a věk Akman (2004) nahlíží způsobem, že věk nepovažuje za významný ukazatel psychického zdraví, tak uznává pojem chronologický věk pro potřebu relativně

rychlého a snadného zařazení jedince do některého vývojového období jedince od prenatálního období až po smrt. Proto i Akman rozděluje životní období stáří na mladší stáří (60 - 70 roků), střední stáří (70 - 80 roků), pozdní stáří (80 - 90 roků) a velmi staré nad 90 let života.

Dalším způsobem, jak určit věk jedince, ne chronologický, a zařadit jej do jedné ze skupin životního období stáří, je užití takzvaného „funkčního“ věku. Funkční věk se může jedinci přiřadit podle toho jaké behaviorální, kognitivní, psychické i somatické výkony ve vztahu k normám odstupňovaným podle chronologického věku je schopen jedinec podat. To tedy znamená, že zdravý a statný senior v chronologickém věku 70 roků může stále ve všech výše vyjmenovaných oblastech podávat výkony normované pro jedince s chronologickým věkem 50 let, a proto je možné takovému seniorovi přiřadit funkční stáří 50 let (Akman, 2004).

Totožně lze použít pojem biologického stáří či věku, který je možné totožně použít k propojení individuální funkce s normami fyziologických funkcí podle chronologického věku a současně je možné pracovat i s termínem sociální věk, jenž zase porovnává tento sociální věk se společenskými normami, jaké by měl mít jedinec podle svého chronologického věku, a jak by se jedinec v konkrétním věku měl chovat, tedy jaké behaviorální schopnosti by měl projevovat (Akman, 2004).

Jak prohlásil Baltes (Baltes, 1991 In Akman, 2004), vědcům se zatím mezi těmito výše zmíněnými pojmy stáří a věku ne moc dobře daří rozlišit normální, optimální a patologické nebo nemocné stárnutí. Pod pojmem normální stárnutí si Baltes představuje stárnutí jedince se zjevnou nemocí, a to ať fyzickou nebo psychickou a současně optimální stárnutí považuje za stárnutí při nejlépe možných osobních podmínkách a prostředí ve kterém se senior nachází. A při pojmu patologické stárnutí si Baltes představuje takový proces stárnutí, u kterého jsou jasné průkazy projevů fyzické nebo duševní patologie.

1.1 Úspěšné stárnutí

V souvislosti se změnou pohledu na pozdní dospělost a jejím chápáním jako vývojové etapy, která, má své vrcholy i propady, se objevila řada termínů, které pozitivní stránku stárnutí pojmenovávají. Setkáváme se tak s úspěšným stárnutím (*successful aging*, Rowe a Kahn, 1987), zdravým stárnutím (*healthy aging*; Guralnik & Kaplan, 1989), účinným stárnutím (*effective aging*; Pruchno et al., 2010), pozitivním stárnutím (*positive*

aging; Bowling, 1993), produktivním stárnutím (*productive aging*; Morrow-Howell, Hinterlong & Sherraden, 2001), správným stárnutím (*aging well*; Vaillant, 2002), optimálním stárnutím (*optimal aging*; Aldwin & Gilmer, 2004), elitním stárnutím (*elite aging*; Brummel-Smith, 2007), zdatným stárnutím (*robust aging*; Hooyman & Kiyak, 2008), a odolným stárnutím (*resilient aging*; Fry & Keyes, 2010). Terminologie stárnutí není jednotná, i když lze soudit, že autoři odlišných termínů měli na mysli stejný či velmi podobný konstrukt. V dalším textu budeme používat termín úspěšné stárnutí.

Termín úspěšné stárnutí použil Baker už v r. 1958 (Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002). Koncepce úspěšného stárnutí se objevila jako výsledek záměru autorů oddělit změny související s chorobami od změn souvisejících se stárnutím jako takovým. Rozlišili stárnutí na patologické (poznamenané těžkými chronickými nemocemi, které zkreslovaly obraz o výkonu psychiky a organismu ve stáří) a normální. Skupina normálně stárnoucích se však ukázala jako silně heterogenní. Autoři proto začali v této skupině rozlišovat obvyklé (*usual*) a úspěšné stárnutí, kdy obvykle stárnoucí jedinci vykazují typické funkční změny spojené s věkem, zatímco úspěšně stárnoucí jedinci vykazují menší změny v psychických a fyziologických funkcích (Guralnik & Kaplan, 1989). Rowe a Kahn (1987) stanovili tři základní podmínky úspěšného stárnutí: absence nemoci či handicapu, vysoká úroveň psychických a fyzických funkcí a aktivní životní styl. Proti této definici ovšem mnozí autoři namítají, že úspěšně stárnout lze i s nemocí či handicapem. Mnozí autoři se přiklánějí k Schmidově (1994) definici, která „změkčila“ absenci chronické nemoci či handicapu na minimální znaky nebo symptomy chronické nemoci či handicapu.

Předpoklady úspěšného stárnutí

Podle Baltesových (1990) je úspěšné stárnutí charakterizováno uspokojivým fyzickým zdravím, finančním zajištěním, produktivitou, zaměstnáním (ne nezbytně placeným), nezávislostí, zvládnutím běžného života, optimistickým pohledem do budoucnosti a začleněním do aktivit a vztahů s osobami, které jsou pro jedince oporou a poskytují mu životní smysl. Zdatné (robust) stárnutí se, dle studie Gerfeina a Herzogové (1995) provedené na 1644 osobách, vyznačuje četnějšími sociálními kontakty, lepším zdravím a menším počtem závažných životních událostí v průběhu posledních 3 let. Podle Cody-Rydzewské (2007) je pro zdravé stárnutí důležité zdravé fungování rozumových schopností, schopnost zvládat emoce, sebevědomí, optimismus, altruismus, humor a uplatňování aktivních přístupů při zvládnutí těžkostí. Podle Vaillanta (2002) vedou

k zdravému vývoji v dospělosti a k zdravému stárnutí zralé adaptace (používání zralých obranných mechanismů), vzdělání, stabilní manželství, nekuřáctví (nebo včasné zanechání kouření), nízká konzumace alkoholu, pohybová aktivita a zdravá váha.

Strawbridge, Walhagenová a Shema (2010) si položili otázku, jak souvisí úspěšné stárnutí v manželských dvojicích se zhoršeným sluchem a zrakem jednak vlastním, jednak partnera. Funkce zraku a sluchu byly posouzeny objektivně, vyšetřením ve třech různých situacích. V souboru 352 osob uvedlo 57 % žen a 45 % mužů, že stárnou úspěšně. U žen obě zhoršené funkce ovlivňovaly úspěšné stárnutí, zatímco u mužů se v této souvislosti neuplatnilo zhoršení žádné z obou funkcí. Ukázalo se také, že hodnocení úspěšného stárnutí žen je ovlivněno zhoršeným sluchem jejich manželů. Autoři uvedli, že manželky považují komunikaci za silný aspekt než manželé a také, že jejich kritéria hodnocení úspěšného stárnutí jsou odlišná od kritérií jejich manželů.

Depp a Jeste (2006) zkoumali prediktory úspěšného stárnutí u osob starších 60 let porovnáním 28 studií s kvantitativní metodologií. Prediktory vedoucí k úspěšnému stárnutí je podle jejich výsledků nižší věk, absence artritidy, neomezuující sluchové problémy, samostatnost a schopnost sebeobsluhy a nekuřáctví. Jako mírné psychické proměnné se ukázaly zachování kognitivních funkcí a absence nebo nízká úroveň deprese, vyšší pohybová aktivita, lepší subjektivní zdraví, nižší systolický krevní tlak, méně zdravotních obtíží. Psychické proměnné, jež vykazovaly nízkou průkaznost, byly vyšší úroveň vzdělání, aktuální život v manželství a příslušnost k bělošské rase.

Očekávání spojená se stárnutím

Sarkisian, Hays a Mangioneová (2002) se na základě modelu Roweho a Kahna (1987) zaměřili na pohled osob starších 65 let (N = 588) a jejich očekávání spojená s procesem stárnutí. Osoby s nízkou expektancí se od osob s vysokým očekáváním lišily mj. vyšším věkem, ženským pohlavím, ne bílou etnicitou, příjmem, stavem (žily samy), závislostí sebeobslužných činnostech a nižším skórem religiozity. Také přikládaly menší důležitost vyhledání medicínské pomoci v případě zdravotních problémů. Autoři ze svého výzkumu vyvodili, že dotazovaní neočekávají, že budou úspěšně stárnout dle medicínského Roweho a Kahnova modelu.

Životní bilancování

Životní bilancování je dobrým prostředkem k dosažení integrity ega, protože dává do souvislosti různé životní události, úspěchy a neúspěchy. Životní bilancování napomáhá získat životní rovnováhu v důležitých životních okamžicích, např. tváří v tvář nemoci či smrti. Jde o vědomou aktivitu, která napomáhá k zachování duševní integrity v situacích, kdy stáří před člověka staví zkušenosti, které jsou obtížně slučitelné s jeho sebepojetím (bezmocnost, neschopnost sebeobsluhy apod.) (Šolcová, 2011).

Resilience ve stáří

Autoři Staudingerová, Marsiske a Baltes (1995) pokládají resilienci, což je schopnost odolávat sociálním tlakům, za důležitý prostředek seberegulace v pozdním věku a v tomto smyslu za protektivní faktor. Tito autoři se zabývali resiliencí u starších osob a došli k přesvědčení, že resilience je základní charakteristikou psychologického stárnutí. Podle Wagnildové (2003) je resilience v signifikantním pozitivním vztahu s úspěšným stárnutím, a to bez ohledu na výši příjmu.

Sociální integrace, sociální začlenění člověka do sociální struktury je významným prediktorem psychické pohody a zdraví. Prostřednictvím sociálních vazeb k druhým osobám, skupinám a širší společnosti je jedinci přístupná sociální opora a systém sociálních vztahů, jejichž prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostat nárokům a dosáhnout cílů (Galeová et al., 2013).

Mezi vlivy, které působí na úspěšné stárnutí patří především emocionalita provázaná s extravertí nebo neuroticismem, při čemž extraverte je pojena s pozitivní emocionalitou a neuroticismus je pojený s negativní emocionalitou. Extraverte přímo ovlivňuje stav osobní pohody, a naopak neuroticismus je převážně nepřímý a vede k citlivostí vůči psychickému distresu a zdravotním problémům (Galeová et al., 2013).

1.2 Předpoklady neúspěšného stáří

Autorka Hardinová (1990) ve svém článku *Successful and Unsuccessful Aging: What Makes the Difference?* uvádí, že stárnutí je přirozený a nevyhnutelný proces, který se týká každého jedince. Jednotlivci, kteří se rozhodnou zaměřit se na to negativní, se stávají stále více sebestřednými a odhánějí své okolí, čímž se stávají zátěží pro sebe i pro společnost. Jiní, často vedeni krizí středního věku nebo obdobím introspekce, se rozhodnou

stárnout velkoryse a zaměřují se na širší svět a život mimo sebe a své rodiny. Vlastnostmi těch, kteří jsou zaujatí a neúspěšně stárnou, patří tendence obviňovat ostatní z problémů, tendence odcizovat se od ostatních, náladovost, rigidní názory, strach z finančních problémů, posedlost životními nespravedlnostmi a nedostatek důvěrných přátel. Lidé středního věku se musí vědomě snažit vybrat si pozitivní chování, které povede k úspěšnému stárnutí.

Mezi další aspekty, které by se daly považovat, že pokud nastanou, tak jedinec bude mít své stáří, smutné, nešťastné, nenaplněné, nekvalitní nebo frustrující, by se daly zařadit především odchod do důchodu, generační osamělost, ztráta blízkých lidí, omezení sociální integrace v kulturních, společenských a jiných aktivitách, strach z osamělosti, nesoběstačnosti, nemoci, stěhování, finanční obtíže, vliv ateismu a sociální izolace (Malíková, 2011).

Význam a přítomnost nemoci

Stárnutí nepříjemně ovlivňuje i to, pokud jedince postihnou různé nemoci, které ve stáří obvykle přichází. U mladých jedinců je výskyt onemocnění, které u nich mohou nastat jsou převážně v podobě akutních a krátkých nemocí. Ve staří jedinci jsou bohužel náchylní na dlouho trvajících nebo trvalými nemocemi. Senioři mají také menší resilienci proti vlivům prostředí, které jsou pro zdraví nepříznivé (Pondělíček, 1987). Jistou ať už menší nebo větší úroveň omezení tělesné či psychické výkonnosti je potřeba předpokládat u všech starých jedinců, ať už prožívajících kvalitní a naplněné stáří nebo stáří nekvalitní či nenaplněné. V Česku je nemocnost starých jedinců poměrně na vysoké úrovni. Některé zdravotní studie odhadují, že víc než 90 % seniorů nad 70 roků trpí alespoň jedním chronickým onemocněním. Statistické údaje ukazují, že 75 % jedinců se stářím 65 roků a více trpí některým komplikacemi srdce a cév, polovina z nich má vysoký krevní tlak, 37 % má ischemickou srdeční chorobu. Každý pátý jedinec má zaživačské problémy, 16 % cukrovkou, 15 % nemocemi mající psychiatrickou povahu a dokonce 42 % seniorů má vážné zdravotní problémy s klouby nebo kostmi. Jen asi 4 % starých jedinců nemá žádné chronické zdravotní problémy (Topinková, 2006). Fyziologické změny po šedesátém roce života většiny jedinců, jsou hlavním nebo vedlejším důsledkem nějakého zdravotního problému, jenž každému jedinci jeho vyšší věk přisuzuje. Stáří jako takové není žádný negativní stav, ale stoupá množství jedinců, jenž třeba některá z výše vypsanych nemocí nějak ovlivňuje (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011).

Z poruch ovlivňující psychiku u starších jedinců to jsou bohužel nejvíce hlavně deprese a demence. Depresivní porucha s rozvojem u osob starších 65 let bývá označována také jako geriatrická deprese (Heissler, Červenková, Kopeček, & Georgi, 2020). Tyto depresivní stavy se mohou u některých jedinců začít vyskytovat už přibližně od střední dospělosti nebo i dříve a zůstat s jedincem až do jeho stáří a smrti, přičemž ve stáří se depresivní stavy zhoršují a tato psychická porucha u starých lidí není nijak ojedinělá (Holmerová et al., 2003). Deprese není součástí stáří, ale velmi vážná psychická porucha. Vyvíjí svými příznaky v plejádě prožívání nepříjemných emocí nejenom seniory samotné, ale tyto emoční stavy seniorů působí ovšem i na seniorovi blízké. Může to způsobit k nabourání běžných fyziologických a kognitivních funkcí až k eskalaci ostatních nemocí, kterými může jedinec trpět. Deprese proto významně ovlivňuje kvalitní a šťastné stáří (Venglářová, 2007). Existuje i statisticky významná korelace mezi depresí a somatickými nemocemi seniorů. Deprese je však začleněna hlavně jako organické onemocnění stejně jako demence, Parkinsonova choroba či mozková mrtvice (Faleide et al., 2010). Depresi je možné celkem dobře léčit, v případě, že se včas diagnostikuje. Senior, který je depresivní, obvykle bývá apatický, nemá větší zájem o svoje okolí a stěžuje si, může být označován, za mrzouta, kverulanta nebo nerudného člověka. Jiným se zase může jevit jako senilní a málo kdo si uvědomí, že tyto nálady by mohly mít nějakou příčinu a doporučit seniorovi návštěvu lékaře nebo psychologa, aby jej mohl odborně vyšetřit, případně aby začal být odborně léčen. Deprese, které mají senioři, mohou mít mírně odlišný charakter, protože se seniorovi může jevit, že už v životě dosáhl všeho, co si přecevzal nebo co od života chtěl. Nebo opačně, že nedosáhl toho zásadního, čeho v životě dosáhnout chtěl (Venglářová, 2007). Demence jsou psychické poruchy, jenž je v podobě patologického poškození mozku. Tyto patologie mozku obvykle způsobují degenerativní a cévní nemoci mozku.

K dalším dosti častým neurodegenerativním nemocem ovlivňující šťastné prožívání stáří patří Parkinsonova choroba, která se vyznačuje úbytkem nervových buněk v části mozku černá substance, tyto buňky jsou potřebné pro produkci dopaminu, který je neurotransmitter zajišťující přenos signálů mezi neurony (Kozáková, 2020) a Alzheimerova nemoc. Alzheimerova nemoc nebo jakýkoli typ demence, se dají považovat za somatické problémy spojené především se stářím, jelikož s přibývajícím věkem jedince přímo úměrně stoupá pravděpodobnost výskytu těchto onemocnění. Současně s přibývajícím věkem se zvyšuje pravděpodobnost výskytu mozkové mrtvice nebo náhlé cévní mozkové příhody, což samozřejmě není příčinou demence, ale velmi často se u stejného seniora trpící

některým typem demence se vyskytují zároveň s některým z degenerativních onemocnění, čímž zhorší průběh demence. Při stárnutí, jak už jsme zmínili výše, dochází i ke snižování tělesných schopností a tělesné zdatnosti. Stařecké demence ovšem postihují celý pohybový aparát. Nejprve se začíná zhoršovat pohyblivost kloubů, což vede k zhoršení obratnosti, rychlosti a vytrvalosti a vůbec pohyblivosti celkově (Štilec, 2004).

Samota a osamění

Samota a osamění nejsou synonyma a je mezi nimi důležitý rozdíl. Samota je opak afilace, což znamená, že člověk se snaží a má touhu nenavazovat přátelské vztahy. Samotu tedy člověk volí například v případech, když hledá řešení nesnadné životní situace, když chce bilancovat o svém životě, chce nabrat sílu pro práci nebo jenom když chce být „na chvíli“ v klidu a tichu. Z toho vyplývá, že samotu si člověk volí dobrovolně.

Mimo samoty může člověk prožívat i pocit osamění, který může nastat kupříkladu, pokud člověk opouští známé prostředí rodiny, opouští přátele a dostane se do nového neznámého prostředí. V tomto prostředí se jedinec cítí osaměle a trpí tím, že „poblíž“ nemá své přátele ani rodinné příslušníky. Tento druh osamění se nazývá sociální izolace. Osamění si člověk oproti samotě zpravidla nevolí dobrovolně. Osamění je v současné době a společnosti chápáno jako výrazný jev a problém (Výrost & Slaměník, 2019).

Problém osamění neboli negativní pocity z nedostatečné kvality či kvantity sociálních vztahů, podpor či vazeb je považován za nejvýznamnější riziko staršího věku (Čevela et al., 2012). Osamění a samotu si lidé s obdobím stáří velmi často spojují, což pochopitelně nemusí být vždy pravda. Osamění je u seniorů spojováno se ztrátou partnera či partnerky nebo dlouhodobé odloučení seniora od své rodiny a tím výrazné omezení sociálního kontaktu s rodinou seniora, bez kterých se senior dostane do sociální izolace.

Ztráta partnera ve vyšším věku je mnohem častější a považována za výrazný rizikový faktor pro rozvoj deprese (Tošnerová, 2009).

J. Fogtová (2016, str. 28) zmiňuje *“Je nutno zmínit, že osamění je pro lidské zdraví mnohem rizikovějším faktorem než kouření nebo obezita, a někdy se hovoří o ní jako o epidemii moderní doby. Déletrvajícím osaměním může vést až k propuknutí nemoci nebo dokonce k předčasnému úmrtí. Osamění má celou řadu negativních dopadů jak na fyzické, tak hlavně na psychické zdraví. Mezi zdravotní rizika, která jsou spojena s osaměním, patří deprese a sebevražedné sklony, kardiovaskulární nemoci a mozková mrtvice, zvýšená*

hladina stresu, asociální chování, neschopnost se rozhodovat, závislost na alkoholu a drogách, zhoršení paměti a schopnosti učení či zhoršení Alzheimerovy nemoci”.

Chudoba a dluhy seniorů

Senioři jsou pochopitelně všeobecně vystaveni riziku chudoby, z důvodu snížené autarkie a ukončení ekonomicky produktivního věku, s přechodem penzijního věku, čímž dojde ke zmenšení ekonomických příjmů.

Z důvodu tohoto ekonomického příjmu je seniorská skupina ohrožena dluhy. Vznik dluhů u senior má rozmanité příčiny. Jeden z důvodů, proč senioři mají dluhy může být ten, že se senior zadluží ještě před odchodem do starobního důchodu. Jiné dluhy zase mohou vzniknout tak, že senior není schopen splácet telekomunikační služby, pojistné, úvěry a poplatky za energie nebo hypotéku, pokud její splatnost přetrvává až do důchodového věku. To vše samozřejmě proto, že došlo k snížení ekonomických příjmů. Zadlužení je náročné nejenom z ekonomického hlediska, jak se oddlužit, ale velmi zásadně negativně dopadají na psychiku zadluženého seniora a zhoršují možnost stáří prožívat šťastně (Fogtová, 2016).

Umírání a smrt

Smrt a umírání je vnímáno jako nedílná součást našeho života, která se dotkne každého z nás (Tošnerová, 2009). Nejedná se pouze o strach ze smrti a o jeho překonání. Toto téma má mnohem hlubší podstatu. Domníváme se, že mnohem důležitější otázkou, větší starostí a trápením než smrt vlastní, může být smrt blízkého člověka. Smrt životního partnera je považována za nejnáročnější a nejvíce stresující životní událost, která může způsobit značnou krizi. Ovdověním vdovec či vdova neztrácí „jen životního partnera“, ať už vztah s ním byl jakýkoliv, ztrácí zažitá zvyky, rituály, touhy, společné plány a očekávání, výhody a jistoty vyplývající ze života v páru (pocit sounáležitosti, bezpečí, podpory). Kromě těchto zmiňovaných ztrát může ovdovělý pociťovat i ztrátu finančního zabezpečení a dosaženého standardu (Špatenková & Smékalová, 2015).

Ztráta smyslu života

Pojem Smysl života jako jeden z prvních v psychologii a psychoterapii zavedl Viktor Emanuel Frankl. Frankl se domnívá, že hledání smyslu života je odpovědností každého jedince. V našem případě i ve stáří u seniorů. Objevování smyslu života, by měla být stálou výzvou každého seniora (Drapela, 2003). Mluví-li se o smysluplnosti lidského života ve stáří, považuje se tím nějaký smysluplný cíl a účel, proč je senior na světě. Vše, čím je možné se k takovému cíli dostat, má smysl v případě, že se jedná o morální a etické chování, je v tomto případě nutné vykonat potřebné kroky k dosažení cíle. Vše ostatní, co k tomuto cíli nesměřuje nebo brání seniorovi takového smysluplného cíle dosáhnout, potom smysl nemá. Jestliže tedy senior nemá žádný smysl života a žádný životní cíl, výrazně to zhoršuje jeho kvalitu života a možná je to nejdůležitější aspekt ovlivňující kvalitu stáří jedince (Křivohlavý, 2010).

2 INFORMACE O ONEMOCNĚNÍ COVID-19

Onemocnění COVID-19 (coronavirus disease 2019) je způsobeno novým koronavirem SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). Vzhledem k celosvětovému šíření onemocnění WHO prohlásila 11. 3. 2020 COVID-19 za pandemii (*WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*, 2020).

Pandemie onemocnění koronavirem 2019 (COVID-19) se prvně vynořila v prosinci 2019 ve Wu-Chanu v Číně, kdy byla zaznamenána skupina pacientů se zápallem plic nejasného původu. Už k 1. červenci 2020 postihl SARS-COV-2 více než 200 zemí a bylo identifikováno více než 10 milionů případů, z toho 508 000 potvrzených úmrtí.

Koronaviry obecně, jsou rozšířené mezi lidmi a některými dalšími obratlovci a způsobují respirační, střevní, jaterní a neurologické postižení. Lidské epidemie způsobovali zejména “severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV)” v roce 2003 a Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) v roce 2012. Ve srovnání se stávající epidemií mají oba MERS-CoV i SARS-CoV mnohem vyšší počet fatálních případů (40% a 10%). Byť SARS-CoV-2 “severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV-2)” virus sdílí 79% svého genomu se SARS-CoV, riziko přenosu je vyšší (Wiersinga et al., 2020).

2.1 Průběh onemocnění

Průběh onemocnění může být velmi pestrý až atypický. Projevy se pohybují od bezpříznakových či velmi mírných až po kritický fatální průběh (McIntosh, 2020). Mezi příznaky mohou patřit: horečka, únava, suchý kašel, bolesti svalů, bolesti hlavy, bolest v krku, zvracení, průjem, ztráta čichu či chuti, dušnost, ucpaný nos nebo rýma (*Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Clinical features*, 2021). Onemocnění se i přes mírný průběh může poměrně rychle závažně zkomplikovat.

K úmrtí nejčastěji dochází u pacientů s rizikovými faktory - komorbiditami jako kardiovaskulární onemocnění, obezita, plicní choroba, cukrovka, nádorová onemocnění, chronické onemocnění ledvin nebo vysoký krevní tlak. Vyšší mortalita je spojena s vyšším věkem (McIntosh, 2021).

U některých nemocných, kteří prodělali COVID-19, přetrvává jeden či více příznaků i po odeznění akutní fáze onemocnění, a jde nejčastěji o únavu, dušnost, bolesti

na hrudi, kašel nebo kognitivní poruchy. Souhrnně se mluví o tzv. chronickém syndromu po COVID-19 (Mikkelsen & Abramoff, 2021).

Laboratorní diagnostika je založena nejčastěji na průkazu virového genomu pomocí RT-PCR v nasofaryngeálním nebo orofaryngeálním stěru, případně rychlé diagnostické testy založené na průkazu IgG a IgM proti viru SARS-CoV-2 (Li et al., 2020).

Léčba onemocnění COVID-19 může dle tíže symptomů probíhat v domácím prostředí, anebo v nemocnici u pacientů s těžším průběhem vyžadujícím specifickou medikaci.

V rámci prevence onemocnění se doporučuje očkování - pro seniory většinou již dostupné - dále pak nefarmakologické postupy, jako omezení úzkých sociálních kontaktů, izolace nemocných osob, hygiena rukou, či používání ochranných pomůcek (McIntosh, 2021).

2.2 Somatické vlivy specifické pro seniory

Závažnost a výsledek léčby onemocnění COVID-19 jsou výrazně závislé od věku pacienta. Téměř 80 % hospitalizovaných pacientů tvoří dospělí nad 65 let, a mají 23násobně vyšší riziko úmrtí, než ti pod 65 let. Co se týká příznaků, jak bylo popsáno výše, COVID-19 se nejčastěji projevuje horečkou, kašlem a dušností, které se můžou zhoršit a přejít do fáze akutního respiračního selhání, konsolidace plic, cytokinové bouře, poruchy endotelu, koagulopatie, multiorgánového selhání a smrti. Přidružené kardiovaskulární nemoci, cukrovka a obezita dávají vyšší šanci na fatální průběh, avšak samy o sobě nevysvětlují, proč je věk samostatným rizikovým faktorem pro těžký průběh onemocnění.

Pravděpodobné hypotézy tvrdí, že může jít například o jiný repertoár buněk imunitního systému u starších lidí, epigenetické faktory, biologické hodiny, modifikaci lidských a virových bílkovin a další. Nevíme ani, proč SARS-CoV-2 ve srovnání s mladšími jedinci tak jednoduše poškozují široké spektrum tkání u starších lidí. A už vůbec není jasné, jakou sílu funkční imunitní odpovědi jsou starší jedinci schopni vyvinout po nákaze, nebo jak dlouho bude trvat jejich ochrana proti znovunakažení ve srovnání s mladými. U starších je i imunitní odpověď na očkování slabší, či nefunkční. Velmi důležité jsou i běžící studie na starší populaci týkající se prokázaných dlouhodobých následků onemocnění COVID-19, jako je fibróza a jizvení plic, mrtvice, kardiovaskulární postižení a neuropsychické postižení (Mueller et al., 2020).

Specifickou skupinou jsou senioři v sociálně-zdravotních zařízeních, domovech s pečovatelskou službou, kde se nákaza šíří katastrofálním způsobem (Lečbých, 2021).

2.3 Neuropsychologické komplikace

Neurologické a psychopatologické aspekty onemocnění COVID-19 spolu úzce souvisí, vzájemně se prolínají a nelze je striktně oddělit a popisovat jednotlivě. Další rozdělení a charakteristiky jsou tedy rámcové. Jednotlivé akutní komplikace můžou přecházet v chronické (Butler et al., 2020).

Neurologické aspekty onemocnění COVID 19

V čím dál větší míře se objevují zahraniční studie upozorňující, ne jenom na rozličné somatické, ale i neurologické a psychické následky této nemoci, a to jak v akutní, tak chronické fázi.

Objevují se varování, že se u pacientů, kteří opouštějí jednotky intenzivní péče, objevuje zvýšené riziko dlouhodobých následků souvisejících s problémy neuropsychiatrickými, neurokognitivními a psychiatrickými (Troyer et al., 2020).

Virové infekce respiračního traktu můžou mít multisystémové účinky, zahrnující postižení centrálního nervového systému (CNS). U některých pacientů s COVID-19 se můžou rozvinout rozličné abnormality CNS s potenciálně závažnými a dlouhodobými následky. Laboratorní studie odhalují, že SARS-CoV-2 je neurotropní (množící se v neuronech) a má potenciál vstupovat do CNS přes receptory pro angiotenzin-konvergující enzym v čichovém bulbu. Posmrtné studie dokazují přítomnost zánětu v mozku, zobrazovací metody detekují leukoencefalopatii a mikrokrvácení u kriticky nemocných pacientů. Protilátky proti SARS-CoV-2 byly identifikovány v mozkomíšním moku. Další mechanismy způsobující poruchy CNS zahrnují cytokiny zprostředkované zánětlivé reakce a širší systémové účinky, jako endoteliopatii, prolomení hematoencefalické bariéry a poruchy srážení (Butler et al., 2020).

Delirium je nejčastějším akutním neuropsychiatrickým syndromem a u starších jedinců, a jedinců s demencí může být dokonce samostatným projevem onemocnění COVID-19. Delirium je asociováno s horší prognózou a vyskytuje se obzvláště u nemocných vyžadujících intenzivní péči. U této skupiny jsou až u jedné třetiny pacientů dokumentovány kognitivní poruchy a abnormality v chování zaznamenaný po propuštění z nemocnice (Butler et al., 2020).

Delirium je syndrom, jenž může mít mnoho příčin, a je charakterizovaný náhle vzniklou poruchou chování, pozornosti, a fluktuací v čase. Z hlediska psychomotoriky ho lze rozdělit na hypoaktivní, hyperaktivní a smíšené.

Mezi další symptomy patří porucha čichu a chuti, akutní psychóza a manické poruchy, poruchy chování, encefalitida, či cévní mozkové příhody. Dosavadní data naznačují, že u 6% pacientů v souvislosti s onemocněním SARS-CoV-2 dochází k různě závažným ischemickým příhodám. Byly dokumentovány nečekané známky mrtvic, intrakraniálních krvácení i u osob ve věku 30 - 40 let bez předchozí evidence zdravotních potíží. Mezi klíčové rizikové a komplikující faktory patří vysoký BMI index (obezita), hypertenze a prediabetický, či diabetický stav (Lečbých, 2021).

Fotuhi et al., (2020) navrhuji na základě potencionálních patofyziologických mechanismů tři stádia neurologických komplikací u nemoci COVID-19:

- Neurocovid I. stupně, při kterém dochází k napojení viru SARS-Cov2 pouze na čichové a chuťové epitelové buňky. Pacienti mají postižení čichu a chuti, avšak bez potřeby větší intervence se zotaví.
- Neurocovid II. stupně, kdy virus aktivuje silnou odpověď imunitního systému. Výsledkem jsou hyperkoagulace, tvorba krevních sraženin, rizika mrtvice, infarktu, či trombózy. Objevuje se zánětlivost krevních cév svalů a nervů.
- Neurocovid III. stupně, při které dochází z imunitní reakci, která proniká přes hematoencefalickou bariéru a způsobí rozšíření zanětlivé reakce s následkem poškození mozkové tkáně. Je zde zvýšené riziko vzniku edému mozku, delirantních stavů, encefalopatii, krvácení do mozku.

Zasažení integrity CNS s sebou přirozeně přináší rizika neuropsychologických deficitů, ať již vaskulárního či encefalitického typu. S nejvyšší četností jsou popisovány stavy klasifikačně odpovídající mírné kognitivní poruše. Retrospektivní studie z Wu-Chanu prvních kohort pacientů s hypercytokinemií naznačují, že neurokognitivní deficity mohou přetrvávat i po 18 měsících od nákazy (Troyer et al., 2020).

2.4 Psychopatologické aspekty

Kromě výše uvedených imunologických a biologických souvislostí je důležité zohlednit i vznik a eskalaci duševních poruch, které jsou způsobeny distresem, jež pandemii doprovází. Zejména strach z nemoci, nejistota budoucnosti, nezaměstnanost,

hrozba ztráty obživy, pocity stigmatizace, traumatické vzpomínky na těžké průběhy infekce, sociální izolace, přetíženost nároky prostředí a mnohé další psychosociální stresory. Nelze ani opomenout interakční faktory mezi prožíváním stresu a imunitní odpovědí organismu. Psychický stres daný například izolací pacienta, je spojený s nadprodukcí stresového hormonu kortizolu, jehož vysoké hladiny taktéž stimulují produkci cytokinů. Kromě samotného známého dlouhodobého efektu kortizolu na psychiku (např. atrofie hippocampu, dopady na kognitivní funkce, senzitivitu pro anxieta...) je zde tedy i vyšší riziko problémů plynoucích z nadprodukce cytokinů (Rogers et al., 2020).

Kromě rozvoje nových poruch u lidí, kteří se dosud s duševním onemocněním neléčili, nutno zmínit zejména zhoršení preexistujících psychiatrických onemocnění, konkrétně například bipolární poruchy a jiných poruch nálad, obzvláště u zranitelné populace seniorů. Byla taky pozorována zvýšená incidence deprese, úzkosti, poruch přizpůsobení, akutních stresových reakcí, somatizace a obsedantně-kompulzivních poruch. Zda-li jsou tyto důsledkem nežádoucí psychosociální situace a nejistoty v pandemické krizi, nebo má-li virus přímý efekt na mozek, který k tomuto přispívá, a do jaké míry, nebylo dosud dostatečně prozkoumáno (Banerjee & Viswanath, 2020).

Při předchozích epidemiích koronavirem byly v akutní fázi onemocnění běžné zhoršená nálada a úzkost, a v jedné ze studií s COVIDEM-19 přetrvávala únava u jedné pětiny propuštěných pacientů s akutní respiračním selháním.

U hospitalizovaných pacientů uzdravených z COVID-19 byly zaznamenány vysoké počty úzkosti, deprese a posttraumatické stresové poruchy. Je ale příliš brzy na úplné hodnocení dlouhodobých komplikací (Butler et al., 2020).

Stavy úzkosti, deprese, nespavosti

Z biologického hlediska se jako podstatný faktor zdá být extrémní únava, která zesiluje prožitky úzkostí, vnáší téma bezmoci a beznaděje. Ze sociálního hlediska se objevuje častý strach z nákazy blízkých, pocity stigmatizace za přenesení nákazy do určitého prostředí, pocity viny, pokud nákaza rezultovala v těžký či letální průběh nemoci jiného člena rodiny (Lečbych, 2021).

Mazza et al. (2020) sledovali 402 dospělých osob (265 mužů a 137 žen průměrného věku 58 let), které překonaly nemoc COVID-19. K pozorování, které probíhalo jeden měsíc po ukončení hospitalizace, byly použity klinické rozhovory a sebeposuzovací

dotazníky, které byly zaměřeny na příznaky post-traumatické stresové poruchy (PTSD), deprese, úzkosti, nespavosti a obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD). Odpovědi respondentů byly doplněny o sociodemografická a klinická data, o zánětlivé markery a o hladiny kyslíkové saturace. Výsledky studie ukázaly, že 28 % souboru vykazovalo psychopatologickou míru příznaků spojených s PTSD, 31 % souboru vykazovalo depresivní symptomatiku, 42 % úzkostnou, 20 % vykazovalo symptomy spojené s OCD a 40 % osob trpělo nespavostí. Celkově 56 % osob skórovalo pozitivně alespoň v jedné ze sledovaných dimenzí, 36,8 % ve dvou, 20,6 % ve třech a 10 % ve čtyřech. Otázky zaměřené na zjišťování stupně depresivity zachycovaly i otázky na suicidální symptomatologii, kterou vykazovalo 2,9 % respondentů. Vulnerabilnější skupinou pro výskyt úzkostně-depresivní symptomatiky se jevíly více ženy, a dále pacienti s předchozí psychiatrickou anamnézou (Lečbych, 2021).

2.5 Přetrvávající symptomy a dlouhodobé důsledky po nemoci COVID-19

Post-covidové symptomy se mohou vyskytnout po nákaze jakýmkoliv virem a jsou souborem symptomů nastávajících jako odpověď na předchozí virovou nákazu (Kashouty, 2021).

Podobně jako chronický post-SARS syndrom, tak i pacienti, kteří prodělali COVID-19 vykazují známky povirového syndromu jako chronická únava, difusní bolesti svalů a slabost, poruchy spánku a koncentrace, depresivní syndromy, dále pak bolesti hlavy charakteru migrény (často obtížně reagující na běžná analgetika) a v případě přibližně jedné desetiny nemocných může ještě po dobu šesti měsíců přetrvávat také ztráta chuti a čichu. Byly pozorovány kognitivní poruchy, včetně tzv. „mozkové mlhy“, které se manifestují jako poruchy koncentrace, paměti, vnímání řeči, či exekutivních funkcí (Nalbandian et al., 2021).

Řada pacientů čelí spektru psychiatrických symptomů přetrvávajících, či projevujících se až s odstupem měsíců od akutní infekce. Klinicky významná deprese a úzkost byly sledovány u 30 až 40 % pacientů po prodělání onemocnění COVID-19 (Nalbandian et al., 2021).

Již v začátcích pandemie COVID-19 prokázala observační studie z Číny větší nárůst incidence psychotických poruch (Nakamura et al., 2021). Tato spojitost byla

ve velké míře přisuzována psychosociálnímu stresu v pandemii, avšak byly podezřívány i jiné přímé mechanismy. Jen pro zajímavost, u 0,9 % - 4 % lidí vystavených virové infekci se může vyvinout psychóza, která je mnohem častější, než incidence ve všeobecné populaci (Corrigan et al., 2016). Tito pacienti nemají často v rodinné anamnéze žádnou psychózu a mnohem častěji se onemocnění manifestuje v netypickém věku se subakutním nástupem, a taky s relativně rychlou úzdravou po nasazení nízké dávky antipsychotik (Lang et al., 2020).

Dalším z následků sledovaným až u 30 % pacientů může být posttraumatická stresová porucha, může se vyskytnout jak brzy po akutní infekci, tak i o měsíce později. Je důsledkem nemoci samotné, nebo nových symptomů jako například kognitivních deficitů, únava a nespavost.

K dlouhodobě přetrvávajícím specifickým problémům se řadí taky následky akutní cévní mozkové příhody, encefalopatie, diseminované myelopatie asociovaných s onemocněním COVID-19 (Hendin, 2021).

Patofyziologicky může být mechanismus působící na nervový systém rozdělen do několika vzájemně se prolínajících skupin. Jsou to přímá virová infekce, závažný systémový zánět, neuroinflamace, mikrovaskulární trombózy a neurodegenerace (Nalbandian et al., 2021).

Je důležité zmínit, že tíže neurologických symptomů je všeobecně závislá od tíže průběhu onemocnění COVID-19 (Kashouty, 2021).

Aktuálně, v době, kdy i nadále čelíme pandemii COVID-19 a jejím důsledkům, je příliš brzo na definitivní závěry ohledně neuropsychiatrického syndromu, i nadále probíhají další sledování pacientů (Wijeratne & Crewther, 2020).

3 DOPAD NOUZOVÉHO STAVU NA PSYCHIKU SENIORŮ V DŮSLEDKU PANDEMIE

Nouzový stav je v české legislativě ukotven v zákoně 240/2000 Sb. zákon o krizovém řízení a o změně některých zákonů v platném znění. Nouzový stav je jeden ze čtyř krizových stavů, který se vyhláší při vzniku živelných pohrom, ekologických nebo průmyslových havárií, nehod nebo jiného nebezpečí, které ve značném rozsahu ohrožují životy, zdraví nebo majetkové hodnoty anebo vnitřní pořádek a bezpečnost. Vyhláší se také, pokud nelze vzniklý krizový stav překonat v rámci stavu nebezpečí, který je prvním ze čtyř krizových stavů uvedených v zákoně 240/2000 Sb. zákon o krizovém řízení a o změně některých zákonů v platném znění. Nouzový stav vyhláší v České republice vláda nebo předseda vlády na základě zmocnění ústavním zákonem č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky v platném znění. Přitom může přijmout mimořádná opatření stanovená zvláštními zákony, uvedené především v zákoně 240/2000 Sb. zákon o krizovém řízení a o změně některých zákonů v platném znění.

Předstupněm nouzového stavu obvykle bývá stav nebezpečí, který může vyhlásit hejtman kraje nebo primátor hlavního města. Nouzový stav může být vyhlášen buď pro celé území státu, nebo pro vymezené území (např. vyjmenované kraje nebo správní obvody obcí s rozšířenou působností). Bez souhlasu Poslanecké sněmovny může být vyhlášen nejvýše na 30 dnů. Pokud nouzový stav vyhlásí předseda vlády, vláda jej do 24 hodin buď potvrdí, nebo zruší.

V zákoně 240/2000 Sb. zákon o krizovém řízení a o změně některých zákonů v platném znění jsou také uvedena oprávnění vlády v omezování práv a svobod, která jsou poměrně rozsáhlá, a jsou to:

- nedotknutelnost osoby a nedotknutelnost obydlí při evakuaci osoby z místa, na kterém je bezprostředně ohrožena na životě nebo zdraví
- vlastnické a užívací právo právnických a fyzických osob k majetku
- svobodu pohybu a pobytu ve vymezeném prostoru území ohroženého nebo postiženého krizovou situací
- právo pokojně se shromažďovat, ve vymezeném prostoru území ohroženého nebo postiženého krizovou situací
- právo provozovat podnikatelskou činnost, která by ohrožovala prováděná krizová opatření nebo narušovala, popřípadě znemožňovala jejich provádění

- právo na stávku, pokud by tato stávka vedla k narušení, případně znemožnění záchranných a likvidačních prací
- oprávněna nařídit evakuaci osob a majetku, zákaz vstupu, pobytu a pohybu osob, ukládání pracovních povinností, pracovní výpomoci nebo povinnosti poskytnout věcné prostředky

3.1 Nejzásadnější vládní opatření negativně působící na psychiku seniorů

Dne 12. března 2020 od 14 hodin byl v ČR vyhlášen na dobu 30 dnů nouzový stav (Nouzový stav, 2020). Jím byla vyhlášena řada mimořádných opatření, zejména omezení volného pohybu.

Od 14. března 2020 byl zakázán provoz restaurací a obchodů s výjimkou obchodů s potravinami, drogerií, lékáren), čerpacích stanic a potřebami pro zvířata. Opatření mělo původně platit 10 dní. Seniorům jako ohrožené skupině byla vyčleněna nákupní doba pouze 2 hodiny a to od 8.00 do 10.00 hodin. Podle studie *Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis*, kterou provedli Santini et al. (2020) je potřeba sociální propojenosti hluboce zakořeněná lidská vlastnost, která se vyvíjela ruku v ruce s nervovými, hormonálními a genetickými mechanismy přímo spojené s vazbou na společnost a stádové chování jako rozhodující prostředek pro zajištění přežití a reprodukce a u seniorů, kteří se cítili izolovaní od svých přátel a rodinných příslušníků i dalších lidí se dle této studie signifikantně projevilo na jejich duševním zdraví v podobě nárůstu deprese, úzkostí, hostility, agresivních afektů, ale i v porovnání se seniory, kteří měli běžný sociální kontakt. Dále v tento den, jak už jsme uvedli výše došlo k zavření všech provozoven se službami, jako například restaurací a cukráren, tím docházelo ke ztrátě sociálních a přátelských kontaktů. Taktéž došlo k uzavření všech seniorských center a seniorských klubů, kde senioři rádi chodili, jelikož i tam se setkávali se svými přáteli nebo ostatními seniory a kde se zábavnou formou organizovalo trávení jejich volného času. Tato opatření uvedla seniory do **SOCIÁLNÍ IZOLACE**. V tento den byla uvedena vládní opatření i v hromadné dopravě, což významně zhoršilo cestování a omezilo návštěvy seniorů, kteří bydlí sami ve vlastních domácnostech, ale i pečovatelských domech s přáteli nebo vlastní

rodinou, dochází k izolaci seniorů doma, osamocení, omezení zdrojů informací od ostatních lidí (Kopecký & Vlachos, 2020).

Současně má dopad izolace způsobenou pandemií COVID-19 na seniory i v podobě somatických příznaků, jak uvádí výsledky studie, a to v podobě signifikantně zvýšeného rizikem kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních morbidit, zhoršením deprese a úzkosti, zrychleným kognitivním poklesem u seniorů a zvýšeným rizikem rozvoje demence, nespavostí, zhoršeným usínáním, podstatně zvýšeným rizikem hospitalizace nebo úmrtí u pacientů se srdečním selháním a dalšími škodlivé účinky na zdraví a pohodu (MacLeod et al., 2021).

Od 16. března 2020 byly, až na výjimky, uzavřeny státní hranice a zpřísnění volného pohybu pouze od 5.00 hodin do 21.00 hodin. Dále bylo zakázáno shromažďování ve skupinách větších než 10 osob (Paseková, 2020), což znamená uzavření seniorských klubů a kostelů a nemožnost se setkávat s ostatními seniory a nemožnost zúčastňovat se bohoslužeb, vzhledem k maximálně 10 osobám, které se bohoslužby může účastnit, a to ještě za dodržování mimořádných hygienických podmínek (Klimentová, 2020). Jak prokazuje studie, kterou provedli Kumar a Indir (2020), stav mysli jedince během pandemie velmi kolísá a potřebuje více stability. V tomto výhledu náboženská víra, její praktikování a účastnění se náboženských rituálů vzbuzuje nejen u věřících seniorů naději, že mohou čelit jakékoli životní realitě ne jenom dopadu pandemie COVID-19 s velkou silou a pomocí Boha. Náboženští představitelé jsou navíc často spojováni s jinými službami prostřednictvím svých profesních a pastoračních rolí. Ve výsledku jsou tito náboženští představitelé a organizace neocenitelní pro posílení spojení mezi lidmi, kteří musí být izolováni během vládních opatření z důvodu pandemie COVID-19. Udržování a posilování vztahů během této zoufalé doby může posílit duševní a duchovní zdraví všech členů a následovníků a přispívají k odolnosti ve větším měřítku společenství. Podle Deina et al. (2000) věřící senioři používají svou víru a náboženství pro zvládnání negativních a nepředvídatelných situací, což bylo zrušením nebo omezením bohoslužeb a dalších náboženských rituálů, stejně jako setkávat se s ostatními členy jejich společenství odepřeno. Toto signifikantně zvyšuje pocit úzkosti, deprese, strachu a pocitů viny.

Dne 19. března 2020 byla vyhlášena povinnost si mimo bydlíště zakrývat ústa a nos rouškou, šátkem či jinou pokrývkou (Kuchta, 2020). Ve studii *Commentary: Physiological and Psychological Impact of Face Mask Usage during the COVID-19 Pandemic* (Scheid, Lupien, Ford, & West, 2020) se uvádí, že ačkoliv se zdá, že nošení respirátoru nebo roušky

vyvolává jen drobný pocit nepohodlí, případně jen nepatrně větší námahu při nádechu a výdechu, tak ve skutečnosti mohou existovat následné psychologické dopady nošení respirátorů a roušek na základní psychologické potřeby - kompetence a autonomie. Tyto psychologické dopady mohou přispívat k souvisejícím sporům s nošením roušek během pandemie COVID-19.

Od 28. října 2020 začal platit zákaz nočního vycházení mezi devátou hodinou večerní a pátou hodinou ranní. Původně měl platit 3. listopadu 2020. Zákaz se nevztahuje na čerpací stanice, lékárny nebo prodejny v místech zvýšené koncentrace cestujících, jako jsou letiště, železniční stanice nebo autobusová nádraží. V neděli nově platí zákaz maloobchodního prodeje, ve všední dny musí obchody zavírat už v osm hodin večer. Vláda zakazuje také prodej na tržištích, výjimku ale mají farmářské trhy. Firmy podle doporučení měly přejít na práci z domova tam, kde je to možné. Výjimky platí mimo jiné pro cesty do zaměstnání, výkon povolání, neodkladné cesty kvůli ochraně života, zdraví a majetku, ale také pro venčení psů ve vzdálenosti do 500 metrů od bydliště. Úplně uzavřeny jsou sázkové kanceláře. Květinářství jsou sice otevřená, budou moci v nich být ale maximálně dva zákazníci najednou (Beranová, 2020).

Dnem 1. března 2021 se opět zavřely všechny školy, školky i dětské skupiny. Především se ale také na 3 týdny nebylo možné cestovat mezi okresy a volný pohyb byl pouze po katastru domovské obce (Pokorný, 2021), což znova seniory izoluje od svých rodinných příslušníků, pokud nebydlí ve stejném okrese jako senior. Toto vládní opatření přináší stejné problémy, jaké jsou uvedeny ve studii *Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis* (Santini et al., 2020).

4 HLAVNÍ VLIVY PANDEMIE NA PSYCHIKU SENIORŮ

Nejvýznamnějším dopadem na psychiku seniorů byla především sociální izolace, do které byli senioři vrženi z důvodu nouzového stavu (Lečbych, 2021). Snahou Vlády ČR a následných opatření bylo co nejvíce omezit kontakt mezi lidmi, aby nedocházelo k nekontrolovanému šíření nákazy COVID-19. Opatření zasáhly všechny občany ČR napříč věkovými skupinami. Často došlo k významné změně chování nejen během pracovní doby, ale i v rámci volnočasových aktivit a obecně ke snížení sociální interakce. U seniorů se opatření projevila především v podobě uzavření klubů pro seniory, zrušení bohoslužeb, povinnost pohybovat se v katastru obce, kde senior bydlí. Pokud nebyl závažný důvod bylo omezeno cestovat i mimo katastr obce. Došlo i k zákazu návštěv ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Nutno zdůraznit, že zde všude byli senioři zvyklí stýkat se se svými vrstevníky nebo rodinnými příslušníky.

4.1 Sociální izolace

Sociální izolace je podmínkou úplné nebo téměř úplné absence kontaktu mezi jednotlivcem a společností (Jones, 2020). Sociální izolace je definována jako odpojení ze sociálních vazeb, institucionálních či komunitních činností (Pantell, et al., 2013). Sociální izolace je i určitá jednotvárnost života. Izolovanému seniorovi chybí dostatek vnějších podnětů. Psychosociální deprivace vyvěrá v pasivní způsob života a případnému odmítání běžné sociální komunikace, odmítání pomoci, či nečinnost (Pacovský, 1994).

Je důležité si uvědomit, že izolace není ekvivalentní pojmu osamělost. Osamělost je možná reakce na izolaci, nepříjemný pocit prázdnoty a nechtěnosti - touha po lidském kontaktu, který je jedinci znemožněn (Jones, 2020).

Sociální osamělost má různé formy: sociální a emoční. Sociální osamělost souvisí se samotou a je způsobena absencí vztahů především s přáteli a známými - tedy výsledkem nedostatku takových sociálních vazeb, ve kterých jsou sdíleny společné aktivity a zájmy (Tylová et al., 2014; Weiss In Peplau & Perlman, 1982).

Emoční osamělost vzniká v důsledku absence blízkého, důvěrného vztahu s jednou konkrétní osobou, který by člověku přinášel emocionální uspokojení. Člověk, přestože je obklopen mnoha známými, postrádá důvěrný vztah založený na vzájemném porozumění, který by mu poskytoval možnost intimního sdělování názorů a postojů, možnost spolehnutí se a pocit opory (Hewstone & Stroebe, 2006). Jedná se o nepříjemný subjektivní prožitek,

který se vyskytuje během celého života, problémem se stává tehdy, když přechází do chronické podoby (Tylová et al., 2014).

4.2 Negativní dopady osamělosti a sociální izolace

Osamělost je rizikovým faktorem pro vznik somatických a duševních poruch, vede nejen k vyšší nemocnosti, ale i úmrtnosti. Je spojena především s depresí, nedostatečnou kvalitou spánku, úzkostí a dále může dojít narušení kognitivních funkcí jako jsou například poruchy paměti a pozornosti. Zvyšuje riziko vysokého krevního tlaku a kardiovaskulárních onemocnění, zhoršuje funkci imunitního systému (Tylová et al., 2014).

Sociální izolace může dále mít významný dopad nejen na psychické, ale i tělesné zdraví. Z lékařského hlediska se sociální izolace řadí k rizikovým faktorům i vzniku kardiovaskulárních chorob, zvýšené hladině cholesterolu nebo krevního tlaku. I mírná sociální izolace může zvýšit výskyt klinické deprese a sebevražedných myšlenek a z důvodu zvýšené hladině stresového hormonu se oslabuje imunitní systém seniora (Epley et al., 2008).

Vztahy s blízkými lidmi znamenají pro seniora pocit bezpečí a jistoty kdy ví, že se mají na koho obrátit a necítí se ohrožený nebo ztracený. Senior bez kontaktu s blízkými má strach z budoucnosti. V našem případě strach z toho, že pandemie ovlivní budoucí „světové dění“ po ukončení pandemie. Tedy bojí se, že by nikoho neměl, kdo mu v případě potřeby pomůže (Pacovský, 1994).

Sociální izolace může vést u seniorů ke ztrátě motivace k běžným činnostem každodenního života. Může se objevit neochota pečovat sám o sebe a zajišťovat své základní životní potřeby, i když to tělesný a psychický funkční potenciál umožňuje (Pacovský, 1994).

Pocit osamělosti se obecně objevuje tehdy, když jedinec vnímá svoje zapojení do sociálních vztahů jako slabší a méně uspokojivé, než by si sám přál (Peplau & Perlman, 1982).

Ve studii *Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis* (Santini et al., 2020), autoři nahradili pojem „sociální izolace“ pojmem „sociální odpojenost“.

Pojem sociální odpojenost definovali jako nedostatek kontaktu s ostatními. Tato forma sociální izolace je indikována situačními faktory, jako je konektivita s dalšími jedinci (např. malá síť, občasná interakce) a nedostatečná účast na sociálních aktivitách a ve

společenských skupinách. S nedostatkem fungování ve vlastní sociální síti a odmítání pomoci, která přichází z okolních sociálních zdrojů. Toto vnímání může zahrnovat pocity osamělosti, absence podpory nebo vnímaná nedostatečnost intimity v mezilidských vztazích.

Výsledky této longitudinální studie, která byla prováděna od roku 2005 - 2016 u 3005 respondentů jejichž stáří bylo v rozmezí 75 - 85 roků, ukazují, že u respondentů, kteří se cítili „sociálně odpojeni“ je 12% pravděpodobnost rozvoje depresivních symptomů a stejně tak i 12% pravděpodobnost rozvoje úzkostných symptomů.

4.3 Negativní dopady sociální izolace způsobené pandemií COVID-19

Negativní dopady sociální izolace v pozdějším věku byly široce hlášeny, od klesajícího duševního a fyzického zdraví po sníženou kvalitu života, vyšší úmrtnost (Gardiner et al., 2018).

Od počátku pandemie byli tedy senioři ve většině oblastí vyzváni, aby zůstali co nejvíce doma, dokud nedávná dostupnost nezlepší přístup ke schváleným vakcínám proti COVID-19. V důsledku toho zvýšená sociální izolace přispěla k zátěži rodiny a pečovatele, omezenému přístupu ke zdravotnickým službám, napjatým podpůrným sítím a mnoha lidem bránila v zvládnání stresových strategií (Mackey et al., 2020).

Pokud seniorovi chybí osobní kontakty, na které se může v nouzi spolehnout, nedostává se mu zdroj svého osobní fungování. Výsledkem tohoto jsou časté zdravotní problémy, mezi které řadíme deprese nebo jiné tělesné příznaky. Tento stav může vést v dlouhodobém trvání až k marginalizaci nebo sociálnímu vyloučení (Machielse, 2015).

Senioři, kteří dříve pravidelně opouštěli své domovy kvůli sociálním aktivitám, dobrovolnictví, schůzkám s lékaři, rodinným návštěvám a pochůzkám, obecně tyto činnosti pozastavili kvůli silným doporučením a přísným pokynům, které nutí seniory zůstat doma. Proto byla vážně ovlivněna jejich sociální propojenost, jeden z několika faktorů, které byly nedávno identifikovány jako klíčové osobní determinanty zdraví (MacLeod et al., 2020).

Kromě sociální propojenosti se mohou v důsledku pandemie v dlouhodobém horizontu u jedinců potenciálně snížit i další důležité aspekty, včetně odolnosti a smyslu života, s náhlou absencí normálních podpůrných systémů (MacLeod et al., 2020).

Empirická část

5 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO CÍLE

Výzkumným cílem této bakalářské práce je, jak už vyplývá z jejího názvu, postihnout dopad pandemie COVID-19 na seniory - tedy zhodnotit hlavní vlivy pandemie COVID-19, které nejzásadněji působily nepříznivě na psychiku seniorů. Tyto vlivy, které působí na psychiku seniorů jsou vzájemně v určitém procesu a zahrnují dva hlavní celky, které jsou vzájemně propojeny a také spolu působí kooperativně. Pro lepší srozumitelnost textu jsme v teoretické části bakalářské práce tyto dva hlavní celky rozdělil na to, jaký dopad na psychiku seniorů má samotná nemoc COVID-19, kterou způsobuje hlavní taxonomický ráz viru SARS-CoV-2 a na to, jaký dopad na psychiku seniorů má vyhlášení nouzových stavů vládou ČR v důsledku pandemie COVID-19.

Výzkumy a studie související se zadáním bakalářské práce jsme uvedli v teoretické části, kde jsme je zasadili do jednotlivých teoretických kontextů. Naší snahou je odpovědět co nejvíce negativně zapůsobilo na celkovou psychiku seniorů, během pandemie naprosto nové a momentálně nedostatečně prozkoumané nemoci COVID-19. S tímto velmi rychlým a nekontrolovatelným šířením viru, byla spojena nutnost vyhlásit nouzový stav, který požadoval vyhlášení potřebných opatření, zákazů a příkazů, které negativně omezily část svobod občanů a výrazně působily na psychiku každého jedince, tedy nejenom pouze na seniory.

Na tomto místě je ještě potřeba nutno uvést, že v souvislosti s pandemií COVID-19 byl vládou ČR vyhlášen celkem pětkrát nouzový stav. Ovšem nejvýznamnější dopad na psychiku seniorů měl především první vyhlášený nouzový stav, který vláda ČR vyhlásila v období od 12. března 2020 do 17. května 2020 a který přinesl nejvíce omezení, jež u seniorů mohly zvyšovat míru prožívané deprese, úzkosti a osamocení oproti dalším vyhlášením nouzového stavu, jak vyplývá už z teoretické části této bakalářské práce. Do jisté míry byl omezující i druhý vyhlášený nouzový stav v pořadí, který měl nejdelší trvání v hysterii ČR, tedy od 5. října 2020 do 14. února 2021.

Pro sběr dat od respondentů, kterými byli senioři, jejichž kognitivní schopnosti nebyly výrazně sniženy natolik, aby nebyly schopni interpretovat své subjektivní prožívání a kteří byli starší 63 roků (nejnižší důchodový věk po pominutí předčasných důchodů) jsme použili metodu dotazníkového šetření, která pochopitelně má svoje výhody i svoje nevýhody. Vzhledem ke komplexnosti pojetí dané problematiky nebylo možné používat dílčí standardizované dotazníky, a proto jsme použili nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce.

5.1 Formulace výzkumných úkolů

Ve výzkumné části bakalářské práce jsme si stanovili čtyři výzkumné úkoly, kterými se vyplatí zabývat tak, jak se nabízejí z teoretické části práce. Z té vychází, že nejvíce psychiku seniorů ovlivňuje deprese, úzkost a osamocení v tomto případě přesněji sociální izolace a strach o svůj zdravotní stav jež je dán tím, že mohou onemocnět nemocí COVID-19 nebo také tím, jaké budou mít následky pro jejich zdravotní stav po prodělání nemoci COVID-19, zda se zvýšila úzkostnost a deprese v souvislosti možné smrti důsledku prodělání nemoci COVID-19.

Výzkumné úkoly

- 1. Zmapovat psychický stav seniorů zapříčiněný pandemií COVID-19.**
- 2. Prozkoumat jaký vliv má obava z nemoci COVID-19 na psychiku seniorů.**
- 3. Zjistit jaký vliv mělo vyhlášení nouzového stavu na psychiku seniorů a které vládní opatření vyhlášené v důsledku nouzového stavu mělo nejvýznamnější dopad na psychiku seniorů.**
- 4. Ověřit hypotézy**

5.2 Výzkumné hypotézy

Vzhledem k výzkumnému cíli, popsaným souvislostem výzkumných úkolů a v návaznosti na teoretickou část práce bylo definováno jedenáct následujících hypotéz k ověření.

- H_{1A}: Mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům žijících na venkově.**
- H_{2A}: Mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům žijících na venkově.**
- H_{3A}: Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti.**
- H_{4A}: Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti.**
- H_{5A}: Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou.**
- H_{6A}: Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou.**
- H_{7A}: Mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bez náboženské víry.**
- H_{8A}: Mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bez náboženské víry.**
- H_{9A}: U seniorek existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům.**
- H_{10A}: U seniorek existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům.**
- H_{11A}: U seniorů existuje statisticky významný vztah mezi depresí a osamocením.**

6 DESIGN VÝZKUMU

6.1 Typ výzkumu

Výzkumná část této práce má kvantitativní podobu. Z důvodu charakteru získaných dat jsme využili neparametrických metod. Tyto metody jsme pro náš výzkum vybrali především z důvodu jejich aplikačních možností při řešení výzkumných úkolů a pro ověření stanovených hypotéz. Pro realizaci sběru dat jsme využili dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 84 otázek, díky nimž jsme získali dostatečné množství potřebných dat pro analýzu výzkumných úkolů. V dotazníku vlastní konstrukce jsme využili jak otevřených, tak i uzavřených otázek nebo tvrzení, kde senior vybíral jednu z možných odpovědí, které u otázky byly nabídnuty.

6.2 Zdůvodnění použité metody

Argumentem pro zvolení dotazníkové formy je fakt, že většina empirických studií na toto téma byly provedeny především pomocí dotazníkového šetření. Dále skutečnost, že sesbíraná data umožní kvantitativní zpracování dat. A současně proto, že pro sběr dat u více respondentů (v našem případě seniorů) je použití dotazníkové formy, z důvodu časové náročnosti nejrychlejší cestou pro získání potřebného množství dat (Šmahaj, 2008).

Zároveň další zásadní důvod výběru kvantitativní metody výzkumných úkolů byl i fakt, že v důsledku probíhající pandemie COVID-19 byly dlouhodobé zákazy návštěv zdravotnických a sociálních zařízení a všeobecně se doporučovalo omezení osobního kontaktu se seniory, kteří patří do ohrožené skupiny snadné nákazy nemocí COVID-19.

Ke sběru dat potřebných pro výzkumné úkoly jsme zvolili dotazník, který byl respondentům distribuován ve fyzické papírové podobě. Výhodou použití dotazníku je získání dat od velkého počtu respondentů v poměrně krátkém čase, a jeho finanční nenáročnost. Data uvedená v dotaznících se dají lépe kvantifikovat tím i podrobit statistickým testům. Další výhodou získání dat pomocí dotazníků může být například i distribuce více respondentům najednou, což zároveň souvisí i s úsporou času. Výhodou dotazníku v neposlední řadě, je dle mého názoru i omezená schopnost vlivu respondenta na tazatele, jako by to mohlo být např. u rozhovoru, využívaného ke sběru dat kvalitativního

charakteru. Na druhou stranu je dotazníková forma objektivní v tom smyslu, že odpovědi neohrožují paralingvistické aspekty řeči ze strany tazatele.

Sběr dat dotazníkovou formou přináší i určité nevýhody, které se mohou projevit především v jeho subjektivním charakteru (tedy odpověď respondenta reflektuje jeho subjektivní prožívání - což ale bylo v tomto výzkumu cílem, aby senioři uvedli svůj subjektivní pohled prožívání současného psychického vztahu). Může se i jednat o případy, kdy se respondent snaží odpovídat tak, aby si vylepšil svůj sebeobraz. U této formy dotazování je i třeba dbát na správnost položené otázky, jelikož zde chybí možnost dovysvětlení, či parafráze. Může jít tedy o případ, kdy respondent otázce neporozumí (tedy odpoví neúmyslně špatně) a může dojít ke zkreslení dat. Avšak tento aspekt dopadá především na reliabilitu a validitu určité dotazníkové formy (Ferjenčík, 2010).

6.3 Plán realizace výzkumu

Pro získání seniorů - respondentů, kteří vyplnili dotazník vlastní konstrukce pro sběr dat jsme využili metodu záměrného výběru přes instituce, kterými byly domovy pro seniory, dobrovolnická organizace Elím Opava, o.p.s., která pečuje o seniory žijící sami ve své vlastní domácnosti, některých římskokatolických farností, dále metodu sněhové koule, kdy jednotliví senioři posílali dotazník dalším seniorům - svým přátelům a metodou příležitostného výběru, kdy jsme oslovili své přátele, aby dotazník nechali vyplnit své rodinné příslušníky, kteří splňují podmínky pro zařazení respondenta do výzkumu uvedené v kapitole pět. Tuto strukturu výběru respondentů seniorů jsme zvolili z důvodu dostupnosti a možnosti realizace sběru dat. Důvodem záměrného výběru přes organizace byla především skutečnost ochotného přístupu jednatelů uvedených organizací - rozdání dotazníků a jejich sběr po vyplnění, které se realizovalo v období prosinec 2021 - leden 2022.

Tabulka č. 1 - přehled institucí kde proběhl sběr dat

Instituce	Místo	Počet respondentů
domovy pro seniory	okres Opava	68
Elim Opava, o.p.s.	Opava	42
Římskokatolická farnost	Sudice	3
Římskokatolická farnost	Hlučín	7
Římskokatolická farnost	Opava	8
samosběr, metoda sněhové koule	celá ČR	21

6.4 Struktura použitého dotazníku a použité testové metody

Samotný dotazník byl konstruován tak, aby mohl být použit pro všechny seniory žijící ve vlastní domácnosti s jinou osobou, seniory žijící sami ve své vlastní domácnosti i seniory žijící v sociální instituci v tomto případě v domovech pro seniory. Rovněž i pro seniory, kteří jsou praktikující věřící, i neprojektující žádnou náboženskou víru, stejně tak jak pro ty, kteří onemocněli COVID-19 prodělali a kteří toto onemocnění neprodělali. Předpokládaná doba pro vyplnění dotazníku byla zhruba 20 minut.

Dotazník se skládá z vysvětlení prováděného výzkumu, souhlasu se zpracováním údajů, instrukcí k vyplnění a z pěti částí, na které již respondent odpovídá. Jedná se o části ze sociodemografické oblasti, dále z části, ve které byly použity otázky ze standardizovaného dotazníku BDI-II - Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé: BDI - II (Preiss a Vacíř, 1999) s formulací zaměřenou retrospektivně na to jak respondent vnímal svůj psychický stav před vypuknutí pandemie COVID-19 a jak jí vnímá teď v průběhu pandemie a vyhlášení nouzového stavu pro zjištění míry úzkosti, kterou pandemie COVID-19 a vyhlášení nouzového stavu seniorům způsobuje. Další část se zaměřuje na otázky použité ze standardizovaného dotazníku BAI (Kamarádová a kol., 2016) formulované na retrospektivní prožívání úzkosti před vypuknutí pandemie COVID-19 a jak jí vnímá teď v průběhu pandemie COVID-19 a vyhlášení nouzového stavu pro zjištění míry úzkosti, kterou pandemie COVID-19 a vyhlášení nouzového stavu seniorům způsobuje. Dotazník dále mapuje oblast osamocení, kde byly použity otázky z nestandardizovaného dotazníku UCLA Loneliness Scale (Russell, 1996), s formulací zaměřenou retrospektivně na to, jak respondent prožíval pocity osamělosti před vypuknutí pandemie COVID-19 a jak jí vnímá teď v průběhu pandemie a vyhlášení nouzového stavu

pro zjištění míry osamělosti, kterou pandemie COVID-19 a vyhlášení nouzového stavu seniorům způsobuje vyhlášení nouzového stavu (v tomto případě konkrétně sociální izolace), kterou pandemie COVID-19 a vyhlášení nouzového stavu seniorům způsobila v oblasti somatických obtíží. Poslední část dává seniorům na výběr, která z vládních omezení v důsledku vyhlášení nouzového stavu byla pro seniory nejvíce zatěžující. V uzavřených otázkách si respondent vždy vybral jednu možnost z nabízených odpovědí. Stylistická úprava dotazníku byla, co nejvíce přizpůsobena respondentům - tedy větší a tučnější písmo, více prostoru pro „zatržení“ odpovědi a dostatek místa pro zaznamenání odpovědi u otevřených otázek.

Zároveň také před finální verzí dotazníku vlastní konstrukce došlo k pilotnímu testování, jež jsme provedli na vzorku pěti testovacích respondentů, kteří do konečného statistického souboru zařazeni nebyli. Během pilotního testování byly zjištěny především stylistické nedostatky (tučnější písmo, větší velikost písma, více prostoru pro rozepsání odpovědi, či větší prostor pro označení volby), které vedly k úpravám dotazníku do jeho konečné podoby. Dále jsme byli upozorněni na typografické chyby a slovosled v otázkách a tvrzeních, na ne zcela srozumitelnou formulaci otázky č. 84 a na zvážení potřeby otázky č. 29, která je ale součástí standardizovaného dotazníku BDI-II, a proto jsme se rozhodli ji v dotazníku ponechat.

UCLA Loneliness Scale (Version 3)

Pro měření pocitu osamělosti, (v tomto výzkumu sociální izolaci, seniorů jsme využili nestandardizovaný dotazník UCLA Loneliness Scale (Version 3) (Russell, 1996), z důvodu, že vykazuje poměrně vysokou validitu a dostatečně dobrou reliabilitu.

Dotazník UCLA je tvořen 20ti položkovou unidimenzionální škálou, která se všeobecně využívá pro klinický a zároveň i výzkumný účel. Tuto metodu měření osamělosti vytvořili D. Russell, L. A. Peplau a M. L. Ferguson v roce 1978 na kalifornské univerzitě, kde autoři působili (Ptáček et al., 2014).

Počáteční škála měla silnou spolehlivost a validitu, ale položky byly formulovány v negativní formě nebo obsahovaly slovo osamělost. Russell proto vytvořil novou verzi, ve které byly položky formulovány pozitivně nebo neobsahovaly slovo osamělost. V průběhu používání této metody se ukázalo, že i druhá verze je pro starší generace nevyhovující, zejména kvůli dvojitým negacím, což byl důvod pro vytvoření třetí verze škály osamělosti, která obsahuje devět pozitivně formulovaných a jedenáct negativně formulovaných položek.

Jde například o výroky typu: „Jak často se cítíte být součástí skupiny přátel?“ nebo „Jak často máte pocit, že vám chybí společnost?“ Respondenti odpovídají na čtyřbodové Likertově škále, kde se výroky rozlišují na nikdy (0), zřídka (1), příležitostně (2) a vždy (3). Výsledek se hodnotí pomocí součtu bodů za všechny položky, respondent může získat od 0 do 60 bodů, přičemž vyšší skóre znamená silnější pocity osamělosti (Russell, 1996).

Do českého prostředí byly položky škály přeloženy v rámci bakalářské práce Vejrostové (2011). V rámci této bakalářské práce jsme využili tento překlad s úpravami formulací, které se zaměřovaly na retrospektivní prožívání osamocení seniorů před a po vypuknutí pandemie COVID-19 a vyhlášení nouzového stavu. Že je tato metoda vhodným nástrojem k měření osamělosti vychází již z výsledků psychometrické analýzy Russella (1996). Je zřejmé, že tato metoda je vhodným nástrojem k měření osamělosti. Z této analýzy také vychází velmi vysoká hodnota Cronbachovo alfa, která se pohybuje na úrovni 0,89 až 0,94 (Russell, 1996). Celkový skór se pohybuje od 0-60 bodů. Cutoff skóry byly přizpůsobeny povaze výzkumu této bakalářské práce, tedy navrhováno 0-39 mírné projevy osamocení, 40 - 52 střední projev osamocení a 53 - 60 těžký projev osamocení. Postup k určení tohoto cutoff skóre vedl výpočet průměrné hodnoty celkového skóru osamocení u každého respondenta ze statistického souboru. Dalším krokem byl výpočet směrodatné odchylky, která se odečetla od průměrné hodnoty celkového skóru osamocení u každého respondenta ze statistického souboru na jedné straně a přičetla k průměrné hodnotě celkového skóru osamocení u každého respondenta ze statistického souboru na straně druhé.

Beckova sebesuzovací škála pro dospělé (BDI-II - Beck Depression Inventory - II)

Dotazník Beckova sebesuzovací škála pro dospělé (BDI-II) byl přeložen do více než patnácti jazyků, proto je považován za celosvětově uznávaný psychodiagnostický nástroj, jehož úkolem je určit přítomnost a závažnost deprese, ovšem neumí stanovit její diagnózu. První verzi tohoto dotazníku vytvořil Aaron T. Beck a jeho spolupracovníci v roce 1961. V průběhu psychometrických analýz byly vytvořeny další verze tohoto dotazníku, pro tuto bakalářskou práci byl použit poslední dotazník, který do českého jazyka přeložili Preiss a Vacíř (1999). Dotazník se skládá z 21ti otázek, mapující příznaky deprese na úrovni kognitivní, afektivní, volní a somatické za posledních 14 dní. Odpovědi jsou zaznamenávané na čtyřbodové škále 0 - 3, kdy vyšší číslo značí výraznější přítomnost

příznaku. Celkový skór se pohybuje od 0 - 63 bodů. Preiss a Vacíř (1999) následují Becka, Steera a Browna (1996) v interpretaci cutoff skóre a zahraniční cutoff skór navrhuje 16/17 a skóru 10 - 16, by měla být věnována zvýšená pozornost.

- 0-13 - minimální nebo žádná deprese
- 14-19 - mírná deprese
- 20-28 - střední deprese
- 29-63 - těžká deprese

Beckův inventář úzkosti (BAI - Beck Anxiety Inventory - II)

Beckův inventář úzkosti (BAI) byl sestaven v roce 1988 Aaronem T. Beckem (Beck et al. 1988). Jedná se o sebeposuzující dotazník, který zjišťuje somatické a psychické symptomy úzkosti. K vytvoření tohoto dotazníku vedla potřeba odlišit úzkost od deprese. Stejně jak je tomu u BDI-II jedná se 21 položkovou škálu, kde jsou odpovědi zaznamenávány na škále od 1 - 4, vyšší číslo označuje, jak moc je popsán symptom obtěžující v průběhu posledního týdne. Crombachovo alfa vykazuje vysokou hodnotu 0,92 a v rámci testu test-retest po jednom týdnu vyšel výsledek 0,75. Celkový skór se pohybuje od 21 - 84 bodů. v interpretaci cutoff skóre je navrhováno 21 - 42 mírné projevy úzkosti, 43 - 63 střední závažnost potíží a 64 - 84 vysoká závažnost potíží.

6.5 Etické hledisko

Respondenti byli v úvodní části dotazníku informováni, čeho a jakého výzkumu se dotazník týká, nic jim nebylo zamlčeno a v případě jakéhokoli dotazu k výzkumu nebo vyplnění dotazníku byl uveden kontakt v podobě emailové adresy, kde se jim dostane odpovědi. Dotazníky pro zachování etiky tohoto psychologického výzkumu byly vyplňovány anonymně, a i přes tuto anonymitu bylo požádáno o souhlas se zpracováním údajů v tomto výzkumu. Účast respondentů ve výzkumu pro tuto bakalářskou práci bylo zcela dobrovolné a v úvodní části dotazníku byl respondent poučen, že může vyplňování dotazníku, kdykoliv ukončit nebo z výzkumu kdykoliv vystoupit.

6.6 Popisná statistika výzkumného souboru

Po důsledném zkontrolování správného a úplného vyplnění všech otázek obsažených v dotazníku jsme pro nesplnění těchto dvou podmínek správnosti a úplnosti museli vyřadit 38 dotazníků z výzkumu této bakalářské práce. Výsledný celkový soubor všech správně a úplně vyplněných dotazníků seniory účastníciho se tohoto výzkumu nakonec tvořilo 149 seniorů a tito zároveň v dotazníku zakřížkovali i souhlas se zpracováním dat, které v dotazníku uvedli. Tento celkový statistický soubor 149 dotazníků vyplněného seniory, jehož popisné statistické prvky jsou pro přehlednost uvedené v tabulce č. 2 u metrických proměnných (věk, počet dětí, hrubý skóre deprese, úzkosti a osamocení každého respondenta) celkového statistického souboru a v tabulkách č. 2 - 8 a grafu č. 1 u alternativních proměnných (pohlaví a místo kde respondent žije), nominálních proměnných (místo kde respondent bydlí, spiritualita) a ordinární (vzdělání) celkového statistického souboru.

Dále byl celkový statistický soubor rozdělen podle různých proměnných na několik statistických podsouborů se svým vlastním počtem prvků každého statistického podsouboru, které pro přehlednost uvádím v tabulkách č. 9 - 15. Při dělení celkového statistického souboru na jednotlivé statistické podsoubory jsme předpokládali nerovnoměrné zastoupení jednotlivých podsouborů.

Celkový statistický soubor byl rozdělen na sedm statistických podsouborů podle

- pohlaví (muž X žena)
- kde respondent žije (město X vesnice)
- kde respondent bydlí (domov seniorů X sám ve vlastní domácnosti X ve vlastní domácnosti s další osobou)
- věkových intervalů v letech (63 - 70 X 71 - 75 X 76 - 80 X 81 - 88)
- vzdělání (ZŠ x SOU x SŠ x VŠ)
- spirituality (bez náboženské víry X praktikující věřící)
- rodinného stavu (svobodní X v manželství X ovdovělí X rozvedení)
- prodělané nebo neprodělané nemoci COVID-19

Tabulka č. 2 - popisná statistika celkového statistického souboru pro metrické proměnné

proměnná	popisná statistika celkového statistického souboru pro metrické proměnné N = 149								
	průměr	medián	modus	četnost	max	d. kvart.	h. kvart.	rozptyl	směr. odchyl.
věk	72,99	72	69	12	88	69	78	39,41	6,28
počet dětí	1,67	2	2	73	5	1	2	1,02	1,01
hrubý skóre deprese	21,68	17	15	30	52	15	26	143,83	11,99
hrubý skóre úzkostnosti	28,53	25	21	51	60	21	30	101,93	10,10
hrubý skóre osamocení	46,22	47	47	15	59	43	50	34,97	5,91

Z tabulky č. 2 vyplývá, že průměrný věk respondentů je 73 roků (minimální věk 63 roků, maximální 88 a nejvíce respondentů má 69 roků, průměrný počet dětí respondenta je 1,67 dítěte. Průměrný hrubý skóre deprese je 21,68 což odpovídá střední depresi, průměrný hrubý skóre osamocení je 28,53 což odpovídá mírným projevům úzkosti a průměrný hrubý skóre osamocení je 46,22 což odpovídá středním projevům osamocení

Tabulka č. 3 - četnosti pohlaví celkového statistického souboru

četnosti pohlaví statistického souboru (N = 149)		
pohlaví	absolutní četnost	relativní četnost v %
muž	65	43,62
žena	84	58,38

V statistickém souboru se vyskytovalo 65 mužů (43,62 %) a 84 (58,38 %) žen.

Tabulka č. 4 - četnosti místa kde senior žije celkového statistického souboru

četnosti míst kde senior žije statistického souboru (N = 149)		
místo kde senior žije	absolutní četnost	relativní četnost v %
město	79	53,02
venkov	70	46,98

79 (53,02 %) respondentů statistického souboru žije ve městě a 70 (46,98 %) na venkově.

Tabulka č. 5 - četnosti typů domácnosti seniorů celkového statistického souboru

četnosti typů domácnosti seniorů statistického souboru (N = 149)		
domácnost seniorů	absolutní četnost	relativní četnost v %
domov seniorů	68	45,64
vlastní domácnost sám	39	26,18
vlastní domácnost s někým	42	28,18

V statistickém souboru se vyskytovalo 68 respondentů (45,64 %), kteří bydleli v domově pro seniory a 39 (26,18 %) sami ve vlastní domácnosti a 42 (28,18 %) ve vlastní domácnosti s další osobou.

Tabulka č. 6 - četnosti rodinného stavu seniora celkového statistického souboru

četnosti rodinného stavu seniora statistického souboru (N = 149)		
rodinný stav seniora	absolutní četnost	relativní četnost v %
svobodný(á)	13	8,73
v manželství	47	31,54
vdovec/vdova	55	36,91
rozvedený(á)	34	22,82

V statistickém souboru se vyskytovalo 13 respondentů (8,73 %), kteří byli svobodní, 47 (31,54 %), kteří byli ženatí nebo vdané, 55 (36,91 %), kteří jsou vdovci nebo vdovy a 34 (22,82 %), kteří jsou rozvedení.

Tabulka č. 7 - četnosti typu vzdělání seniora celkového statistického souboru

četnosti typu vzdělání seniora statistického souboru (N = 149)		
typ vzdělání	absolutní četnost	relativní četnost v %
ZŠ	8	5,37
SOU	103	69,13
SŠ	27	18,12
VŠ	11	7,38

V statistickém souboru se vyskytovalo 8 respondentů (5,37 %) s absolvovanou základní školou ZŠ, 103 (69,13 %) se středním odborným učilištěm SOU, 27 (18,12 %) se stredoškolským SŠ a 11 (7,38 %) s vysokoškolským vzděláním.

Tabulka č. 8 - četnosti spiritualit seniorů celkového statistického souboru

četnosti spiritualit seniorů statistického souboru (N = 149)		
druh spirituality seniora	absolutní četnost	relativní četnost v %
bez víry	26	17,46
Katolík	101	67,78
Evangelík	18	12,08
Jehovista	4	2,68

V statistickém souboru se vyskytovalo 26 respondentů (17,46 %), kteří neprovozují žádné náboženství, 101 (67,78 %) praktikujících katolíků, 18 (12,08 %) praktikujících evangelíků a 4 (2,68 %) jehovistů.

7 PREZENTACE DAT

Data získaná z dotazníků, byla vyhodnocena v programu Statistica verze 13.4. (TIBCO Software Inc. 2020). Pomocné výpočty, příprava dat pro vyhodnocení a tvorba grafů byla provedena v programu Microsoft Excel 2019. Z uvedených studií a výzkumů v teoretické části bakalářské práce vyplývá, že sociální izolace velice těsně souvisí s mírou osamělosti, mírou úzkostí a mírou deprese. Tyto tři psychické proměnné zároveň úzce souvisí s tím, jakého je senior pohlaví, věku, kde žije, v jaké domácnosti bydlí, jaké má vzdělání a s jeho spiritualitou.

7.1 Výzkumný úkol č. 1

VÚ1: Zmapovat psychický stav seniorů zapříčiněný pandemií COVID-19.

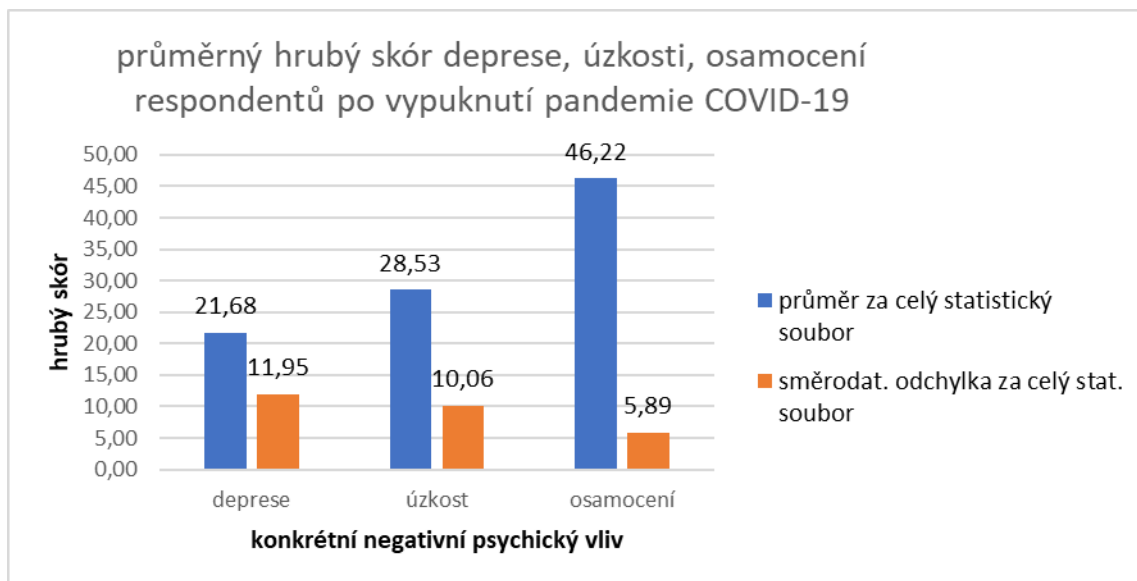
V tomto výzkumném úkolu zhodnotíme, pomocí prezentace dat statistického souboru a jednotlivých statistických podsouborů, jak respondenti subjektivně vnímají svůj psychický stav (míru deprese, úzkosti a osamocení), kterou jim způsobila pandemie nemoci COVID-19.

Tabulka č. 9 - průměrné hrubé skóry a směrodatné odchylky deprese, úzkosti, osamocení stat. souboru

průměrné hrubé skóry a směrodatné odchylky statistického souboru (N = 149)		
	průměrný hrubý skór	směrodatná odchylka
deprese	21,68	11,95
úzkost	28,53	10,06
osamocení	46,22	5,89

Respondenti svůj současný subjektivní psychický stav (míru deprese, úzkosti a osamocení), kterou jim způsobila pandemie nemoci COVID-19 vnímají tak, že v průměru hrubého skóre u deprese dosáhli 21,68 bodů se směrodatnou odchylkou 11,95 bodů, což podle standardizovaného dotazníku BDI-II rozděleného pomocí cutoff hodnot střední depresi, úzkosti 28,53 bodů se směrodatnou odchylkou 10,06 bodů, což podle standardizovaného dotazníku BAI rozděleného pomocí cutoff hodnot mírným projevům úzkosti a osamocení 46,22 bodů se směrodatnou odchylkou 5,89 bodů, což podle nestandardizovaného dotazníku UCLA rozděleného pomocí cutoff hodnot střednímu projevu osamocení.

Graf č. 1 - průměrné hrubé skóry a směrodatné odchytky deprese, úzkosti, osamocení statistického souboru



Tabulka č. 10 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchytky stat. podsouboru „pohlaví“

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchytky statistického podsouboru „pohlaví“						
pohlaví	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
muž	21,68	11,95	28,53	10,06	46,22	5,89
žena	21,92	12,01	28,74	10,12	46,26	5,95

Z podsouboru "pohlaví" je patrné, že mezi výsledky hrubých skórů u žen a výsledky hrubých skórů u mužů není velký rozdíl a to samé vykazují i všechny tři směrodatné odchytky. Průměrný hrubý skór deprese, úzkosti a osamocení odpovídá střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení u obou pohlaví.

Tabulka č. 11 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchytky statistického podsouboru „bydliště“

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchytky statistického podsouboru „bydliště“						
bydliště	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
město	21,81	12,04	28,68	10,11	46,221	5,95
venkov	21,68	11,95	28,53	10,06	46,219	5,89

Z podsouboru "bydliště" je patrné, že mezi výsledky hrubých skórů u seniorů žijící ve městě a výsledky hrubých skórů u seniorů žijících na venkově není velký rozdíl a vykazují

i podobné všechny tři směrodatné odchylky. Průměrný hrubý skór deprese, úzkosti a osamocení odpovídá střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení u obou bydlišť.

Tabulka č. 12 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „domácnost“

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „domácnost“						
domácn.	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamoc.
dom. sen.	27,97	12,24	31,22	11,92	48,68	4,51
sám	21,93	11,92	28,7	10,18	46,27	5,91
s někým	21,72	11,98	28,58	10,08	46,24	5,91

Z podsouboru „domácnost“ lze vyčíst, že senioři žijící v domově pro seniory v průměru hrubých skórů skórují značně více než senioři žijící sami ve vlastní domácnosti a senioři žijící ve vlastní domácnosti s jinou osobou. Nejnižší průměrný hrubý skór vykazují senioři žijící ve vlastní domácnosti s další osobou. Průměrný hrubý skór deprese, úzkosti a osamocení u seniorů žijící ve vlastní domácnosti odpovídá střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení u obou domácností. Průměrný hrubý skór deprese, úzkosti a osamocení u seniorů žijící v domově seniorů odpovídá hranici střední a těžké deprese, hranici mírným a středním projevům úzkosti a hranici středním a těžkým projevům osamocení.

Tabulka č. 13 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „věkové intervaly“

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „věkový interval“						
věk. interv. v letech	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
63 - 70	21,68	11,95	28,53	10,06	46,22	5,89
71 - 75	22,03	12,14	28,93	10,20	46,35	5,99
76 - 80	22,09	12,05	28,87	10,27	46,52	5,71
81 - 88	21,92	12,01	28,74	10,12	46,26	5,95

Z podsouboru „věkové intervaly“ lze vyčíst, že senioři ve věkovém intervalu 71 - 75 vykazují nejvyšší průměrný hrubý skór úzkosti, což odpovídá mírným projevům úzkosti a senioři ve věkovém intervalu 76 - 80 roků vykazují nejvyšší průměrný hrubý skór deprese a osamocení značící střední depresi a střední projevy osamocení.

Tabulka č. 14 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „vzdělání“

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „vzdělání“						
vzdělání	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
ZŠ	24,49	11,9	29,71	11,03	47,73	4,54
SOU	21,92	12,01	28,74	12,01	46,26	5,95
SŠ	21,93	11,92	28,7	10,18	46,27	5,91
VŠ	21,81	12,04	28,68	10,11	46,25	5,9

Z podsouboru „vzdělání“ lze vyčíst, že senioři, kteří absolvovali pouze ZŠ v průměru hrubých skórů skórují značně více než senioři absolvující jiný stupeň vzdělání. Naopak nejnižší průměrné hrubé skóry vykazují senioři, kteří absolvovali vysokoškolské vzdělání. Průměrné hrubé skóry všech seniorů odpovídají střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení.

Tabulka č. 15 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „rodinný stav“

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „rodinný stav“						
rodinný stav	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
svobodní	22,98	12,34	29,62	10,61	46,64	6,13
v manžel.	21,72	11,98	28,58	10,08	46,24	5,91
ovdovělí	21,97	12,04	28,79	10,14	46,31	5,93
rozvedení	21,92	11,98	28,78	10,23	46,59	5,66

Z podsouboru „rodinný stav“ lze vyčíst, že senioři, kteří jsou svobodní v průměru hrubých skórů skórují více než senioři ostatních rodinných stavů. Nejnižší průměr hrubých skórů dosahují senioři v manželství. Průměrné hrubé skóry všech seniorů odpovídají střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení.

Tabulka č. 16 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „spiritualita“

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „spiritualita“						
spiritual.	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
bez víry	21,77	12,01	28,63	10,09	46,2	5,93
Křesťan	21,81	12,04	28,68	10,11	46,33	5,9
Evangelík	22,31	12,17	29,12	10,37	46,66	5,76
Jehovista	23,62	13,11	29,83	10,83	47,25	6,23

Z podsouboru „spiritualita“ lze vyčíst, že senioři, kteří nepraktikují žádnou víru v průměru hrubých skórů skórují nejméně než praktikující nějakou víru. Nejvyšší průměr hrubých skórů dosahují senioři, kteří se hlásí ke Svědkům Jehovovým. Toto ovšem může být statisticky zkresleno z důvodu, že v celkovém statistickém souboru $N = 149$ se za Svědky Jehovovi označili pouze 4 senioři. Průměrné hrubé skóry všech seniorů odpovídají střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení.

Z výše uvedených dat se ukazuje, že současným psychickým stavem (deprese, úzkost, osamocení) zapříčiněným pandemií COVID-19 jsou nejméně ovlivněni senioři muži, ženatí, žijící na venkově ve vlastní domácnosti s další osobou, kteří nejsou praktikující věřící, vysokoškolsky vzdělaní, ve věkovém intervalu 63 - 70 roků. Naopak nejvíce ovlivněné jsou seniorky, svobodné, žijící ve městě, bydlící v domovech pro seniory, ve věkovém intervalu 76 - 80 roků, hlásící se ke Svědkům Jehovovým (tento poslední údaj je ovšem zkreslen z důvodu, že v celkovém statistickém souboru $N = 149$ se za Svědky Jehovovi označili pouze 3 seniorky).

Další zajímavé informace můžou přinést vzájemné korelace těchto výše zmíněných proměnných mezi sebou.

Statistická korelace ukazuje statistickou závislost dvou kvantitativních proměnných a měří jejich vzájemný vztah, v případě, že nějaký mají. Proměnné se dají vzájemně korelovat v případě, že některé konkrétní hodnoty jedné proměnné mají sklon se vyskytovat společně s konkrétními hodnotami proměnné druhé. Značí se r a mohou nabývat hodnot od $<-1 ; 1>$. Čím vyšší nebo nižší hodnota od 0, tím silnější, významnější jejich vzájemný vztah je (Hendl, 2009).

Předpokládáme, že ve statistickém souboru se budou v dostatečné míře vyskytovat odlehlá pozorování, která nebudou mít normální rozdělení. Proto výpočet korelace zvolíme Spearmanův korelační koeficient.

Spearmanův koeficient korelace se označuje jako r_s a oproti Personovu korelačnímu koeficientu není tak citlivý na odlehlá pozorování a patří mezi neparametrické metody. Uchopuje monotónní i lineární vztahy mezi dvěma proměnnými (Hendl, 2009).

Tabulka č. 17 - tabulka se Spearmanovými korelačními koeficienty

proměnné	Spearmanův korelační koeficienty červeně označené korelace jsou významné při p-hodnotě <,01 N = 149										
	pohl.	bydl.	dom	věk	vzděl.	počet dětí	rodinný stav	druh víry	hr. skór deprese	hr. skór úzkostnost	hr. skór osamocení
pohlaví	1,00	0,07	-0,01	-0,22	0,23	-0,21	-0,18	0,07	-0,16	-0,06	-0,06
bydliště	0,07	1,00	-0,25	0,08	0,02	-0,1	0,08	-0,21	0,14	0,01	0,19
domácnost	-0,01	-0,25	1,00	-0,43	0,24	-0,14	-0,33	-0,11	-0,57	-0,28	-0,59
věk	-0,22	0,08	-0,43	1,00	-0,55	0,5	0,3	0,08	0,37	0,28	0,27
vzdělání	0,23	0,02	0,24	-0,55	1,00	-0,36	-0,21	-0,22	-0,31	-0,31	-0,2
počet dětí	-0,21	-0,1	-0,14	0,5	-0,36	1,00	0,31	0,05	0,08	0,01	0,04
rodinný stav	-0,18	0,08	-0,33	0,3	-0,21	0,31	1,00	-0,17	0,17	0,11	0,27
druh víry	0,05	-0,21	-0,11	0,08	-0,22	0,05	-0,17	1,00	0,19	0,15	0,06
hr. skór deprese	-0,16	0,14	-0,57	0,37	-0,31	0,08	0,17	0,19	1,00	0,59	0,59
hr. skór úzkostnost	-0,06	0,01	-0,27	0,28	-0,31	0,01	0,12	0,15	0,59	1,00	0,38
hr. skór osamocení	-0,06	0,17	-0,59	0,27	-0,2	0,04	0,27	0,06	0,59	0,38	1,00

Z korelační tabulky č. 17 lze vysledovat to, že deprese má silný negativní vztah (-0,57) s domácností ve které senior bydlí (vzestupně - domov pro seniory, sám ve vlastní domácnosti, ve vlastní domácnosti s další osobou), středně silný pozitivní vztah (0,37) s věkem seniora (vzestupně - 63 -> 88 roků), slabý negativní vztah (-0,31) se vzděláním seniora (vzestupně - ZŠ, SOU, SŠ, VŠ) a silný pozitivní vztah (0,59) s úzkostí a osamocením.

Dále to, že úzkost má silný negativní vztah (-0,27) s domácností ve které senior bydlí (vzestupně - domov pro seniory, sám ve vlastní domácnosti, ve vlastní domácnosti s další osobou), slabý pozitivní vztah (0,27) s věkem seniora (vzestupně - 63 -> 88 roků) a silný kladný vztah (0,59) s depresí a středně silný pozitivní vztah (0,38) s osamocením.

A že osamocení má silný negativní vztah (-0,59) s domácností ve které senior bydlí (vzestupně - domov pro seniory, sám ve vlastní domácnosti, ve vlastní domácnosti s další osobou), slabý pozitivní vztah (0,28) s věkem seniora (vzestupně - 63 -> 88 roků), slabý negativní vztah (-0,31) se vzděláním seniora (vzestupně - ZŠ, SOU, SŠ, VŠ) a silný kladný vztah (0,59) s depresí a středně silný pozitivní vztah (0,38) s osamocením. Vše při p-hodnotě <,01, při které se výsledky dají považovat za vysoce signifikantní (Dostál,2020).

7.2 Výzkumný úkol č. 2

VÚ2: Prozkoumat jaký vliv má obava z nemoci COVID-19 na psychiku seniorů.

V tomto výzkumném úkolu zhodnotíme, pomocí prezentace dat statistického souboru a jednotlivých statistických podsouborů, jak ovlivňuje onemocnění COVID-19 psychický stav seniora a jak působí další somatické obtíže (průběh nákazy, zhoršení dříve diagnostikovaných nemocí vlivem nákazy COVID-19, zhoršení spánku).

Tabulka č. 18 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru "nákaza"

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru "nákaza"						
nákaza	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
ano	21,68	11,95	28,53	10,06	46,22	5,89
ne	22,53	12,33	29,38	10,51	46,64	6,14

Z podsouboru „nákaza“ lze vyčíst, že senioři, kteří nákazu COVID-19 neprodělali v průměru hrubých skóre skórují více než senioři, kteří nákazu prodělali. Průměrné hrubé skóre všech seniorů odpovídají střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení.

Tabulka č. 19 - průměrné hrubé skóre deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „průběh nákazy“

průměrné hrubé skóre deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „průběh nákazy“						
průběh	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
lehký	21,68	11,95	28,53	10,06	46,22	5,89
střední	22,16	12,19	29,04	10,27	46,43	6,01
těžký	23,69	12,91	29,86	10,88	47,2	6,01

Z podsouboru „průběh nákazy“ lze vyčíst, že senioři, kteří prodělali těžký průběh nákazy COVID-19 v průměru hrubých skóre skórují více než senioři, kteří prodělali lehký nebo střední průběh nákazy COVID-19. Průměrné hrubé skóre všech seniorů odpovídají střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení.

Tabulka č. 20 - průměrné hrubé skóre deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „hospitalizace s nákazou“

průměrné hrubé skóre deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „hospitalizace s nákazou“						
hospital.	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
ano	23,3	12,75	29,5	10,63	46,71	6,35
ne	21,68	11,95	28,53	10,06	46,22	5,89

Z podsouboru „hospitalizace s nákazou“ lze vyčíst, že senioři, kteří byli hospitalizováni s nákazou COVID-19 v průměru hrubých skóre skórují více než senioři, kteří hospitalizováni s nákazou COVID-19 nebyli. Průměrné hrubé skóre všech seniorů odpovídají střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení.

Tabulka č. 21 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „vznik post-covidového syndromu“

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „výskyt post-covidového syndromu“						
postcov. Syndrom	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamoc.
ne	21,97	12,04	28,79	10,14	46,31	5,93
ano	21,68	11,95	28,53	10,06	46,22	5,89

Z podsouboru „výskyt post-covidového syndromu“ lze vyčíst, že senioři, u kterých post-covidový syndrom vznikl, v průměru hrubých skórů skórují více než senioři, kteří nákazu COVID-19 prodělali bez post-covidového syndromu. Průměrné hrubé skóry všech seniorů odpovídají střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení.

Tabulka č. 22 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „obava z nákazy“

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „obava z nákazy“						
obava z nákazy	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
ne	21,92	12,01	28,74	10,12	46,33	5,92
spíše ne	21,73	11,98	28,58	10,08	46,21	5,91
spíše ano	22,93	12,39	29,64	10,41	46,95	5,87
ano	23,01	12,3	29,65	10,57	46,96	5,42

Z podsouboru „obava z nákazy“ lze vyčíst, že senioři, kteří mají strach z nákazy COVID-19 v průměru hrubých skórů skórují více než senioři, kteří se nákazy COVID-19 spíše nebojí. Tito také skórují v průměrech hrubých skórů nejméně. Průměrné hrubé skóry všech seniorů odpovídají střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení.

Tabulka č. 23 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „zhoršení spánku“

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „zhoršení spánku“						
zhoršení spánku	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
ne	21,72	11,98	28,58	10,08	46,24	5,91
spíše ne	21,92	12,04	28,78	10,14	46,31	5,93
spíše ano	21,97	11,98	28,79	10,23	46,64	5,66
ano	-	-	-	-	-	-

Z podsouboru „zhoršení spánku“ lze vyčíst, že čím větší mají senioři problémy se spánkem, tím více v průměru hrubých skóre skórují. Odpověď „ano“ uvedli pouze 2 senioři z celého statistického souboru $N = 149$, proto není vhodné tuto možnost výběru začlenit do výzkumu. Průměrné hrubé skóre všech seniorů (mimo těch dvou, kteří zvolili odpověď „ano“) odpovídají střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení.

Tabulka č. 24 - tabulka se Spearmanovými korelačními koeficienty

proměnná	Spearmanův korelační koeficient červeně označené korelace jsou významné při p -hodnotě $< 0,01$ $N = 149$								
	průběh	hospitalizace	postcovid syndromy	obava z opětovné nákazy	smrt blízk. po nákaze	zhoršení spánku	hr. skóre deprese	hr. skóre úzkostnost	hr. skóre osamocení
průběh	1,00	0,68	0,55	0,08	0,13	0,05	0,40	0,31	0,12
hospitalizace	0,68	1,00	0,50	0,09	0,15	0,08	0,38	0,31	0,14
postcovid syndromy	0,55	0,50	1,00	0,00	0,13	0,03	0,33	0,16	0,03
obava z opětovné nákazy	0,08	0,09	0,00	1,00	0,20	0,08	-0,12	0,00	-0,24
smrt blízk. po nákaze	0,13	0,15	0,13	0,20	1,00	-0,10	-0,12	0,06	-0,22
zhoršení spánku	0,05	0,08	0,03	0,08	-0,10	1,00	0,17	0,22	0,02
hr. skóre deprese	0,40	0,38	0,33	-0,12	-0,12	0,17	1,00	0,58	0,24
hr. skóre úzkostnost	0,31	0,31	0,16	0,00	0,06	0,22	0,58	1,00	0,17
hr. skóre osamocení	0,12	0,14	0,03	-0,24	-0,22	0,02	0,24	0,17	1,00

Další zajímavé informace můžou přinést vzájemné korelace těchto výše zmíněných proměnných mezi sebou. Stejně jako u výzkumného úkolu č. 1 předpokládáme, že ve statistickém souboru se budou v dostatečné míře vyskytovat odlehlá pozorování, která nebudou mít normální rozdělení. Proto výpočet korelace zvolíme opět Spearmanův korelační koeficient.

Z korelační tabulky č. 24 lze vysledovat to, že deprese má středně silný pozitivní vztah (0,4) s průběhem závažnosti nemoci COVID-19 (vzestupně - lehký, střední, těžký),

středně silný pozitivní vztah (0,38) s nutností hospitalizace seniora (vzestupně - ne, ano), středně silný pozitivní vztah (0,33) s post-covidovým syndromem u seniorů, u kterých se po prodělání nemoci COVID-19 projevil (vzestupně - ne, ano), silný pozitivní vztah s úzkostí (0,58) a slabý pozitivní vztah s osamocněním (0,24).

Dále to, že úzkost má středně silný pozitivní vztah (0,31) s průběhem závažnosti nemoci COVID-19 (vzestupně - lehký, střední, těžký), středně silný pozitivní vztah (0,31) s nutností hospitalizace seniora (vzestupně - ne, ano), slabý pozitivní vztah (0,22) se zhoršením spánku (vzestupně - ne, spíše ne, spíše ano, ano) a silný pozitivní vztah s depresí (0,58). Taktéž osamocnění má slabý negativní vztah (-0,24) s obavou z opětovné nákazy nemocí COVID-19 (vzestupně - ne, ano), slabý negativní vztah (-0,22) s úmrtí osoby senioru blízké (vzestupně - ne, ano) a slabý pozitivní vztah (0,24) s depresí. Vše při p-hodnotě <,01, při které se výsledky dají považovat za vysoce signifikantní (Dostál, 2020).

7.3 Výzkumný úkol č. 3

VÚ3: Zjistit jaký vliv mělo vyhlášení nouzového stavu na psychiku seniorů a které vládní opatření vyhlášené v důsledku nouzového stavu mělo nejvýznamnější dopad na psychiku seniorů.

V tomto výzkumném úkolu budeme zjišťovat, jak působilo na psychiku seniorů omezení některých druhů zdravotní péče mimo akutních případů, z důvodu vyhlášení nouzového stavu (například, omezení ordinační doby praktických lékařů nebo uzavření nebo omezení ordinační doby některých ordinací odborných lékařů, ordinování a diagnostikování online nebo telefonicky) a obava z nákazy nemocí COVID-19 při návštěvách zdravotnických zařízení, kde se nakažení COVID-19 v akutních případech mohli koncentrovat.

Tabulka č. 25 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocnění a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „omezení zdravotní péče z důvodu vyhlášení nouzového stavu“

průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocnění a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „omezení zdravotní péče z důvodu vyhlášení nouzového stavu“						
omezení zdrv. péče	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocnění
ne	21,68	11,95	28,53	10,06	46,22	5,89
ano	22,76	12,35	29,42	10,61	46,88	5,83

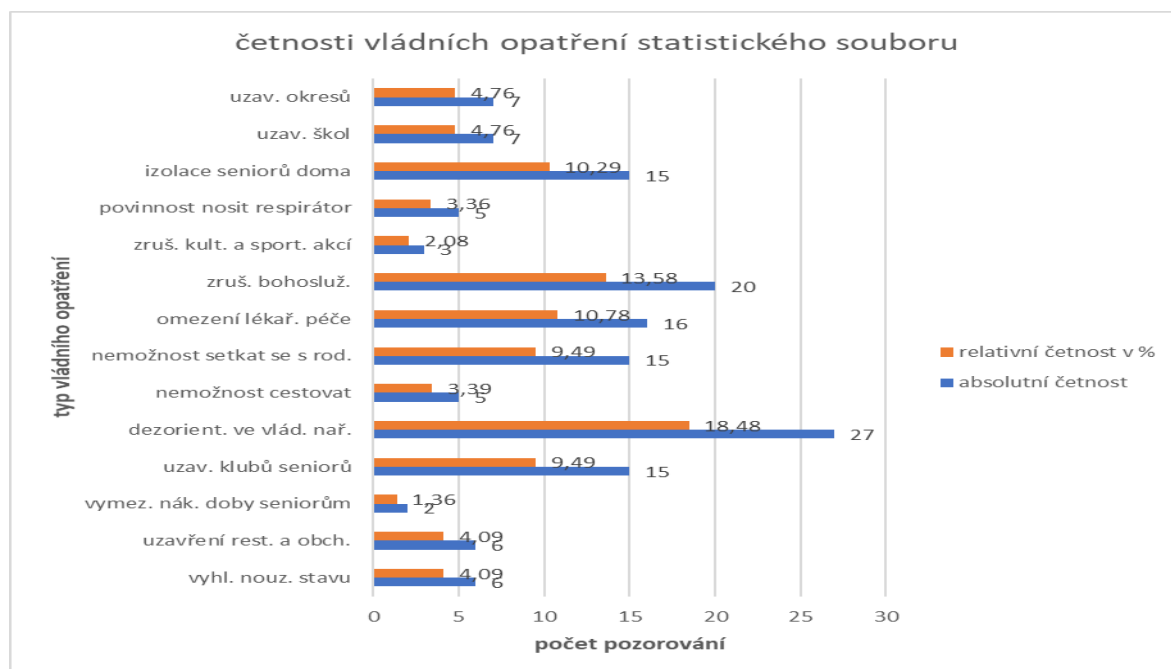
Z podsouboru „omezení zdravotní péče z důvodu vyhlášení nouzového stavu“ lze vyčíst, že senioři, kteří vnímali omezení zdravotní péče z důvodu vyhlášení nouzového stavu v průměru hrubých skóre skórují více než senioři, kteří omezení nevnímali. Průměrné hrubé skóre všech seniorů odpovídají střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení.

Tabulka č. 26 - průměrné hrubé skóre deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru “strach z návštěv zdravotnických zařízení“

průměrné hrubé skóre deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru “strach z návštěv zdravotnických zařízení“						
strach z náv. ZZ	prům. hrubý skór deprese	směr. odch. deprese	prům. hrubý skór úzkosti	směr. odch. úzkosti	prům. hrubý skór osamoc.	směr. odch. osamocení
ne	21,88	12,01	28,63	10,09	46,29	5,89
ano	21,76	11,98	21,88	10,11	46,24	5,94

Z podsouboru „strach z návštěv zdravotnických zařízení“ lze vyčíst, že senioři, kteří nevnímali strach z návštěv zdravotnických zařízení během vyhlášeného nouzového stavu v průměru hrubých skóre skórují více než senioři, kteří strach z návštěv zdravotnických zařízení během vyhlášeného nouzového stavu vnímali. Průměrné hrubé skóre všech seniorů odpovídají střední depresi, mírným projevům úzkosti a středním projevům osamocení.

Graf č. 2 - četnosti čtrnácti nejvýznamnějších vládních opatření nejhůře působící na psychiku seniora



Z grafu je patrné, že nejvíce na psychiku seniorů působila dezorientace ve vládních nařízeních (absolutní četnost 27 ze statistického souboru $N = 149$), druhým nejhorším opatřením bylo zrušení bohoslužeb (absolutní četnost 20 ze statistického souboru $N = 149$) a třetím nejhorším byla snaha izolovat seniory doma (absolutní četnost 15 ze statistického souboru $N = 149$).

7.4 Výzkumný úkol č. 4

VÚ4: Ověřit hypotézy

Statistická hypotéza - je předpoklad, že náhodné veličiny jsou distribuovány nějakým způsobem. V případě, že se jedná o rozdělení hodnot parametrů náhodné veličiny, potom se jedná o parametrickou hypotézu. Jestliže se nejedná o rozdělení parametrů náhodné veličiny, jde o hypotézu neparametrickou. Statistické hypotézy mohou být alternativní jednostranné, což znamená, že očekáváme, v jakém směru se rozdíl projeví anebo oboustranné, u kterých nelze zjistit nic o směru působení a dokáže jen určit, jestli se výsledky náhodné veličiny nějak projeví. V opačném případě se jedná o hypotézy neparametrické a nulové hypotézy, které jsou dodatkem alternativní hypotézy (Hendl, 2009).

Předpokládáme, že rozložení všech hodnot jednotlivých proměnných našeho statistického souboru nemá normální rozdělení, což bylo otestováno Shapiro-Wilkovým W testem (výsledky histogramů jsou uvedené v příloze č. 5).

Všech jedenáct zvolených hypotéz jsme ověřovali pomocí neparametrických testů. Důvody pro výběr neparametrických testů bylo to, že data nemají normální rozdělení, nesplnily podmínky normálního rozložení dat a také, že mimo metrických proměnných jsme pro ověřování hypotéz využili i proměnné nabývající alternativních, nominálních nebo ordinálních hodnot u některých hypotéz. U desíti hypotéz $H_{1A} - H_{10A}$ jsme použili Mann-Whitneyův U test a u jedné Spearmanův korelačního koeficient H_{11A} . Všechny hypotézy jsme se rozhodli otestovat na hladině významnosti $\alpha = 0,01$. Níže předkládáme výsledky definovaných hypotéz včetně prohlášení o jejich platnosti (Dostál, 2020).

H_{1A}: Mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům žijících na venkově.

Pro ověření této alternativní hypotézy byly použity hrubé skóre deprese každého respondenta a data respondentů, kteří v dotazníku vlastní konstrukce označili odpověď u proměnné „bydliště“ město ($n_1 = 79$) a venkov ($n_2 = 70$) statistického souboru ($N = 149$). Shapir-Wilkovým W testem pro ověření normálního rozdělení dat, bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení. Pro ověření této hypotézy byl vybrán Mann-Whitneyův U test pro dva nezávislé výběry.

Test neprokázal, že mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům žijících na venkově. U této hypotézy p-hodnota neklesla pod stanovenou hodnotu α , nulovou hypotézu tedy nelze zamítnout. Při souboru ($N = 149$) byla výsledná p-hodnota rovna 0,16, $U = 2398$, $Z = -1,4$ s korekcí na spojitost a na stejné hodnoty.

Na základě provedeného testu ($p\text{-hodnota} = 0,16 > \alpha = 0,01$) testovanou nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ tedy nezamítáme. Mezi seniory žijícími ve městě existuje jen statisticky nevýznamný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům žijících na venkově, viz tabulka č. 27.

Tabulka č. 27 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{1A}: Mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům žijících na venkově

variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (data bakalářské práce) By variable bydliště Marked tests are significant at $p < ,01000$								
	Rank Sum Group město	Rank Sum Group venk.	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N Group město	Valid N Group venk.
hr. skór deprese	4883,00	6292,000	2398,00	-1,3999	0,16332	-1,4014	0,16108	79	70

H_{2A}: Mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům žijících na venkově.

Pro ověření této alternativní hypotézy byly použity hrubé skóre osamocení každého respondenta a data respondentů, kteří v dotazníku vlastní konstrukce označili odpověď u proměnné „bydliště“ město ($n_1 = 79$) a venkov ($n_2 = 70$) statistického souboru ($N = 149$). Shapir-Wilkovým W testem pro ověření normálního rozdělení dat, bylo zjištěno, že data

nemají normální rozdělení. Pro ověření této hypotézy byl vybrán Mann-Whitneyův U test pro dva nezávislé výběry.

Test neprokázal, že mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům žijícím na venkově. U této hypotézy p-hodnota neklesla pod stanovenou hodnotu α , nulovou hypotézu tedy nelze zamítnout. Při souboru ($N = 149$) byla výsledná p-hodnota rovna 0,19, $U = 2650,5$, $Z = 0,43$ s korekcí na spojitost a na stejné hodnoty.

Na základě provedeného testu ($p\text{-hodnota} = 0,66 > \alpha = 0,01$) testovanou nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ nezamítáme. Mezi seniory žijícími ve městě existuje jen statisticky nevýznamný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům žijícím na venkově (Dostál, 2020), viz tabulka č. 28.

Tabulka č. 28 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{2A} : Mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům žijícím na venkově

Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (data bakalářské práce) By variable bydliště Marked tests are significant at $p < ,01000$									
variable	Rank Sum Group město	Rank Sum Group venkov	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N Group město	Valid N Group venkov
hr. skór osamoc.	5364,500	5810,500	2650,50 0	0,43359 8	0,66458 1	0,43436 8	0,66402 1	79	70

H_{3A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti.

Pro ověření této alternativní hypotézy byly použity hrubé skóre deprese každého respondenta a data respondentů, kteří v dotazníku vlastní konstrukce označili odpověď u proměnné „domácnost“ domov seniorů ($n_1 = 68$) a sám ve své domácnosti ($n_2 = 42$) statistického souboru ($N = 149$). Shapir-Wilkovým W testem pro ověření normálního rozdělení dat, bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení. Pro ověření této hypotézy byl vybrán Mann-Whitneyův U test pro dva nezávislé výběry.

Test prokázal, že mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti. U této hypotézy p-hodnota klesla pod stanovenou hodnotu α , nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme alternativní. Při souboru ($N = 149$) byla výsledná p-hodnota rovna 0,0004, $U = 853,5$, $Z = 3,54$ s korekcí na spojitost a na stejné hodnoty.

Na základě provedeného testu ($p\text{-hodnota} = 0,0004 < \alpha = 0,01$) testovanou nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ zamítáme, přijímáme alternativu. Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje vysoce statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti, viz tabulka č. 29.

Tabulka č. 29 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{3A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti

variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (data bakalářské práce) By variable domácnost Marked tests are significant at $p < ,00100$									
	Rank Sum Group dom. sen.	Rank Sum Group sám	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N Group dom. sen.	Valid N Group sám	2*1side exact p
hr. skór deprese	4348,500	1756,500	853,50	3,53952	0,0004	3,5402	0,0004	68	42	0,0004

H_{4A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti.

Pro ověření této alternativní hypotézy byly použity hrubé skóre osamocení každého respondenta a data respondentů, kteří v dotazníku vlastní konstrukce označili odpověď u proměnné „domácnost“ domov seniorů ($n_1 = 68$) a sám ve své domácnosti ($n_2 = 42$) statistického souboru ($N = 149$). Shapir-Wilkovým W testem pro ověření normálního rozdělení dat, bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení. Pro ověření této hypotézy byl vybrán Mann-Whitneyův U test pro dva nezávislé výběry.

Test prokázal, že mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti. U této hypotézy p -hodnota klesla pod stanovenou hodnotu α , nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní. Při souboru ($N = 149$) byla výsledná p -hodnota rovna 0,00027, $U = 835,5$, $Z = 3,65$ s korekcí na spojitost a na stejné hodnoty.

Na základě provedeného testu ($p\text{-hodnota} = 0,00027 < \alpha = 0,01$) nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ zamítáme, přijímáme alternativu. Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje vysoce statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti, viz tabulka č. 30.

Tabulka č. 30 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{4A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti

variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (data bakalářské práce) By variable domácnost Marked tests are significant at $p < ,00100$									
	Rank Sum Group dom. sen.	Rank Sum Group sám	U	Z	P-value	Z adjusted	P-value	Valid N Group dom. sen.	Valid N Group sám	2*1-sided exact p
hr. skór osamocení	4366,500	1738,500	835,5000	3,648267	0,000270	3,650844	0,000261	68	42	0,000271

H_{5A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou.

Pro ověření této alternativní hypotézy byly použity hrubé skóre deprese každého respondenta a data respondentů, kteří v dotazníku vlastní konstrukce označili odpověď u proměnné „domácnost“ domov seniorků ($n_1 = 68$) a ve své domácnosti s další osobou ($n_2 = 39$) statistického souboru ($N = 149$). Shapir-Wilkovým W testem pro ověření normálního rozdělení dat, bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení. Pro ověření této hypotézy byl vybrán Mann-Whitneyův U test pro dva nezávislé výběry.

Test prokázal, že mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou. U této hypotézy p-hodnota klesla pod stanovenou hodnotu α , nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme alternativní. Při souboru ($N = 149$) byla výsledná p-hodnota rovna 0,0000, $U = 407,5$, $Z = 5,96$ s korekcí na spojitost a na stejné hodnoty.

Na základě provedeného testu ($p\text{-hodnota} = 0,0000 < \alpha = 0,01$) nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ zamítáme, přijímáme alternativu. Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje vysoce statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou, viz tabulka č. 31.

Tabulka č. 31 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{5A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou

variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (data bakalářské práce) By variable domácnost Marked tests are significant at $p < ,00100$									
	Rank Sum Group dom. sen.	Rank Sum Group s někým	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N Group dom. sen.	Valid N Group s někým	2*1 sided exact p
hr. skór deprese	4590,500	1187,500	407,5000	5,958028	0,000000	5,963633	0,000000	68	39	0,000000

H_{6A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou

Pro ověření této alternativní hypotézy byly použity hrubé skóre osamocení každého respondenta a data respondentů, kteří v dotazníku vlastní konstrukce označili odpověď u proměnné „domácnost“ domov seniorků ($n_1 = 68$) a ve své domácnosti s další osobou ($n_2 = 39$) statistického souboru ($N = 149$). Shapir-Wilkovým W testem pro ověření normálního rozdělení dat, bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení. Pro ověření této hypotézy byl vybrán Mann-Whitneyův U test pro dva nezávislé výběry.

Test prokázal, že mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou. U této hypotézy p -hodnota klesla pod stanovenou hodnotu α , nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme alternativní. Při souboru ($N = 149$) byla výsledná p -hodnota rovna 0,00009, $U = 641$, $Z = 4,43$ s korekcí na spojitost a na stejné hodnoty.

Na základě provedeného testu (p -hodnota = 0,00009 < $\alpha = 0,01$) nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ zamítáme, přijímáme alternativu. Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje vysoce statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou, viz tabulka č. 32.

Tabulka č. 32 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{6A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou

variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (data bakalářské práce) By variable domácnost Marked tests are significant at $p < ,00100$									
	Rank Sum Group dom. sen.	Rank Sum Group s někým	U	Z	P-value	Z adjusted	P-value	Valid N Group dom. sen.	Valid N Group s někým	2*1 sided exact p
hr. skór osamocení	4357,000	1421,000	641,000	4,430630	0,000009	4,434522	0,000009	68	39	0,000009

H_{7A} : Mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bez náboženské víry.

Pro ověření této alternativní hypotézy byly použity hrubé skóry deprese každého respondenta a data respondentů, kteří v dotazníku vlastní konstrukce označili odpověď u proměnné „víra“ praktikující ($n_1 = 123$) a bez víry ($n_2 = 26$) statistického souboru ($N = 149$). Shapir-Wilkovým W testem pro ověření normálního rozdělení dat, bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení. Pro ověření této hypotézy byl vybrán Mann-Whitneyův U test pro dva nezávislé výběry.

Test prokázal, že mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bez náboženské víry. U této hypotézy p -hodnota klesla pod stanovenou hodnotu α , nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme alternativu. Při souboru ($N = 149$) byla výsledná p -hodnota rovna 0,0032, $U = 641$, $Z = 2,94$ s korekcí na spojitost a na stejné hodnoty.

Na základě provedeného testu (p -hodnota = 0,0032 < $\alpha = 0,01$) nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ zamítáme, přijímáme alternativu. Mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje vysoce statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bez náboženské víry (Dostál, 2020), viz tabulka č. 33.

Tabulka č. 33 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{7A} : Mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bez náboženské víry

variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (data bakalářské práce) By variable druh víry Marked tests are significant at $p < ,01000$									
	Rank Sum Group prakt.	Rank Sum Group bez víry	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N Group prakt.	Valid N Group bez víry	2*1 sided exact p
hr. skór deprese	9813,000	1362,000	1011,000	2,938418	0,003229	2,954155	0,003195	123	26	0,003241

H_{8A} : Mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bez náboženské víry.

Pro ověření této alternativní hypotézy byly použity hrubé skóre osamocení každého respondenta a data respondentů, kteří v dotazníku vlastní konstrukce označili odpověď u proměnné „víra“ praktikující ($n_1 = 123$) a bez víry ($n_2 = 26$) statistického souboru ($N = 149$). Shapir-Wilkovým W testem pro ověření normálního rozdělení dat, bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení. Pro ověření této hypotézy byl vybrán Mann-Whitneyův U test pro dva nezávislé výběry.

Test neprokázal (ovšem jen opravdu velmi těsně), že mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bez náboženské víry. U této hypotézy p-hodnota neklesla pod stanovenou hodnotu α , nulovou hypotézu tedy nelze zamítnout. Při souboru ($N = 149$) byla výsledná p-hodnota rovna 0,54, $U = 1214,5$, $Z = 1,92$ s korekcí na spojitost a na stejné hodnoty.

Na základě provedeného testu ($p\text{-hodnota} = 0,054 > \alpha = 0,01$) nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ nezamítáme. Mezi seniory praktikující náboženskou víru je jen se statisticky nevýznamným rozdíl malá věcná významnost v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bez náboženské víry, viz tabulka č. 34.

Tabulka č. 34 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{8A} : Mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bez náboženské víry

variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (data bakalářské práce) By variable druh víry Marked tests are significant at $p < .01000$									
	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1 side d exact p
hr. skór osamocení	9609,500	1565,500	1214,500	1,920600	0,054383	1,924013	0,054354	123	26	0,054122

H_{9A} : U seniorek existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům.

Pro ověření této alternativní hypotézy byly použity hrubé skóry deprese každého respondenta a data respondentů, kteří v dotazníku vlastní konstrukce označili odpověď u proměnné „pohlaví“ žena ($n_1 = 84$) a muž ($n_2 = 65$) statistického souboru ($N = 149$). Shapir-Wilkovým W testem pro ověření normálního rozdělení dat, bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení. Pro ověření této hypotézy byl vybrán Mann-Whitneyův U test pro dva nezávislé výběry.

Test neprokázal, že u seniorek existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům p-hodnota neklesla pod stanovenou hodnotu α , nulovou hypotézu tedy nelze zamítnout. Při souboru ($N = 149$) byla výsledná p-hodnota rovna 0,19, $U = 2388$, $Z = 1,31$ s korekcí na spojitost a na stejné hodnoty.

Na základě provedeného testu (p -hodnota = 0,19 > $\alpha = 0,01$) nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ tedy nezamítáme. U seniorek existuje jen statisticky nevýznamným rozdíl malé věcné významnosti v rozdílu naměřeného skóre deprese oproti seniorům, viz tabulka č. 35.

Tabulka č. 35 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{9A} : U seniorek existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům

variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (data bakalářské práce) By variable pohlaví Marked tests are significant at $p < .01000$								
	Rank Sum Group žena	Rank Sum Group muž	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N Group žena	Valid N Group muž
hr. skór deprese	6642,000	4533,000	2388,00	1,30719	0,19114	1,31419	0,18878	84	65

H_{10A}: U senierek existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům.

Pro ověření této alternativní hypotézy byly použity hrubé skóre deprese každého respondenta a data respondentů, kteří v dotazníku vlastní konstrukce označili odpověď u proměnné „pohlaví“ žena ($n_1 = 84$) a muž ($n_2 = 65$) statistického souboru ($N = 149$). Shapir-Wilkovým W testem pro ověření normálního rozdělení dat, bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení. Pro ověření této hypotézy byl vybrán Mann-Whitneyův U test pro dva nezávislé výběry.

Test neprokázal, že u senierek existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům. U této hypotézy p-hodnota neklesla pod stanovenou hodnotu α , nulovou hypotézu tedy nelze zamítnout. Při souboru ($N = 149$) byla výsledná p-hodnota rovna 0,09, $U = 2282$, $Z = 1,71$ s korekcí na spojitost a na stejné hodnoty.

Na základě provedeného testu ($p\text{-hodnota} = 0,09 > \alpha = 0,01$) nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ tedy nezamítáme. U senierek existuje jen statisticky nevýznamný rozdíl malé věcné významnosti v rozdílu naměřeného skóre osamocení oproti seniorům (Dostál, 2020), viz tabulka č. 36.

Tabulka č. 36 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{10A}: U senierek existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům

variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (data bakalářské práce1) By variable pohlaví Marked tests are significant at $p < .01000$								
	Rank Sum Group žena	Rank Sum Group muž	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N Group žena	Valid N Group muž
hr. skór osamocení	6748,000	4427,000	2282,000	1,712938	0,086725	1,714982	0,086166	84	65

H_{11A}: U seniorů existuje statisticky významný vztah mezi depresí a osamocením.

Pro ověření poslední hypotézy jsme statisticky ověřovaly celý rozsah statistického souboru ($N = 149$) a pro toto ověření statistické hypotézy jsme použili Spearmanův test korelačního koeficientu. Zjišťujeme ověřením statistického souboru, jestli existuje statisticky významný vztah mezi jednotlivými hrubými skóre deprese a osamocení, každého jednoho seniora - respondenta.

Otestováním Spearmanova korelačního koeficientu byla nalezena statisticky významný slabý pozitivní vztah (0,24) korelace mezi těmito dvěma proměnnými hrubým skóre deprese a hrubým skóre osamocení, tzn. se zvyšující se depresí stoupá i osamocení. Nicméně síla tohoto vztahu je slabá. Nalezená p-hodnota však nepřekročila stanovenou hladinu významnosti $\alpha = 0,01$, nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme alternativní. Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu je $r_s = 0,24$ při p-hodnotě $< 0,01$ (Dostál, 2020), viz. tabulka 37.

Tabulka č. 37 - Spearmanovi korelační koeficienty pro hypotézu H_{11A} : U seniorů existuje statisticky významný vztah mezi depresí a osamocením

Spearman Rank Order Correlations (data bakalářské práce) MD pairwise deleted Marked correlations are significant at $p < ,01000$		
Variable	hrubý skór deprese	hrubý skór osamocení
hr. skór deprese	1,00000	0,23572
hr. skór osamocení	0,23572	1,00000

8 DISKUZE

V této bakalářské práci jsme se zabývali poměrně novým fenoménem, kterým je pandemie nemoci COVID-19 a tím jaké má toto onemocnění somatické dopady (například v podobě průběhu nákazy, obavy z nákazy, zhoršení kvality nebo kvantity spánku, strach z toho, že je to nová a ne zcela ještě dostatečně kvalitně prozkoumaná nemoc) na jedince a především, jaké má spolu s ostatními doprovodnými nežádoucími jevy jako je ku příkladu v České republice vyhlášení nouzového stavu, vyhlášení různých vládních omezení, zákazů a příkazů, omezení některých občanských práv, omezení prožívání spirituality, omezení volnočasových aktivit a omezení navštěvovat se a stýkat s jinými lidmi, naprostá dezorientace jedince v nepřehledném kvantu informací, které se v souvislosti s pandemií COVID-19 nebo nouzovým stavem z médií šířila, včetně toho jak rozlišit, které informace jsou pravdivé a validní nebo naopak, informace, které mají jedince naprosto zmást nebo nastolit všeobecnou paniku, stejně tak jako velmi špatná orientace ve zveřejněných jednotlivých vládních opatřeních, vyhlášených nebo diametrálně se měnících ze dne na den nežádoucí vlivy na psychiku jedince.

Za skupinu jedinců jsme si vybrali pro tuto bakalářskou práci, ke kterým budeme nežádoucí vlivy pandemie COVID-19 na psychiku zkoumat seniory, jelikož patří mezi nejvíce ohroženou skupinu obyvatel tímto jevem (např. Mueller et al., 2020; Lečbych, 2021).

Situace spojená s pandemií Covid-19 je vědeckou obcí velmi diskutované téma, jelikož na ní byl vyvinut veřejností velký tlak v zodpovězení na otázky týkající se příznaků onemocnění, jeho průběhu, dále také s nakažlivostí, s restriktivními opatřeními a možných následků po vyléčení i možných důsledků na psychiku jedince.

Z teoretické části této práce je zřejmé, že negativní dopady vlivem onemocnění COVID-19 mělo větší a silnější výskyt deprese u seniorů, jak uvádí například Heissler, Červenková, Kopeček a Georgi (2020) nebo Depp a Jeste (2006), větší a silnější výskyt úzkosti u seniorů, což zmiňuje (např. Rogers, 2020; Banerjee a Viswanath, 2020) nebo Butler et al. (2020) a osamocení, v tomto případě sociální izolace, jak uvádí Malíková (2011), Santini et al. (2020) nebo Lečbych (2021). Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat a rozšířit povědomí ohledně nemoci COVID-19 a její dopady na psychologickou a somatickou stránku seniora. Pro srovnání, na kterou podskupinu seniorů měla pandemie nejtěžší dopad, jsme seniory rozdělili na podskupiny podle pohlaví, podle místa, kde žijí,

podle „domácnosti“ kde bydlí, podle věkových intervalů, podle vzdělání a podle „spirituality“, kterou senioři prožívají, což podle Malíkové (2011) a Smithe (2007) pokud je jedinec nucen omezit praktikování své náboženské víry, zvyšuje pocit deprese a osamocení.

Po prodělaném onemocnění může mít senior post-covidový syndrom, nebo může dojít ke zhoršení už dříve diagnostikovaných nemocí, jako i podle toho, zda nákaza COVID-19 měla lehký nebo těžký průběh, může u seniora vyvolávat různě velkou míru distresu. Distres nutí organismus k tvorbě kortizolu, což může negativně ovlivňovat somatickou stránku seniora, a to opět zvyšuje pocit deprese a úzkosti, jak se můžeme dočíst ve studii Rogers et al. (2020) nebo Lečbych (2021). Taktéž v případě, že má senior potvrzenou nákazu, tak z obavy, aby nenakazil jinou blízkou osobu, uchyluje se do ústraní a je tak sociálně izolován, jak uvádí Lečbych (2021).

Vytýčili jsme si tedy čtyři výzkumné cíle a jedenáct alternativních hypotéz. První výzkumný úkol měl ukázat, jak velkou depresi, úzkost a osamocení prožívali senioři z různých podskupin, které jsou uvedeny výše a na kterou podskupinu měl vliv pandemie COVID-19 a vyhlášení nouzového stavu případně vyhlášení, příkazů, zákazů a omezení v podobě vládních nařízení největší dopad na psychiku a zároveň jaký vzájemný vztah v podobě korelace každé jedné podskupiny s depresí, úzkostí a osamocením, které senior podle subjektivního pocitu prožívá. V tomto případě bylo ověřeno, že mimo to, že deprese, úzkost i osamocení má silný vztah s typem domácnosti ve které senior bydlí, tak že existuje i silný vztah mezi spiritualitou seniora a depresí, úzkostí s osamocením což koresponduje s informacemi Malíkové (2011) a Lečbycha (2021) a také, že existuje silný pozitivní vztah mezi depresí a úzkostí a osamocením, jak uvádí Rogers et al. (2020).

Druhý výzkumný úkol měl zohlednit jaký významný negativní dopad na psychiku seniorů mají „somatické“ proměnné (prodělaní nákazy, průběh nákazy, zhoršení dříve diagnostikovaných nemocí, strach z nákazy, zhoršení spánku), jelikož to, že tyto zmíněné somatické proměnné negativní dopad na psychiku seniora mají koresponduje se studiemi Rogers et al. (2020), Banerjee a Viswanath (2020) nebo Lečbych (2021). Taktéž každá ze „somatických proměnných“ má nějaký vztah s některým negativním psychickým vlivem, což odpovídá stejným studiím.

Ve třetím výzkumném úkolu jsme zjišťovali, jak působilo na psychiku seniorů omezení některých druhů zdravotní péče mimo akutních případů, z důvodu vyhlášení nouzového stavu (například, omezení ordinační doby praktických lékařů nebo uzavření

nebo omezení ordinační doby některých ordinací odborných lékařů, ordinování a diagnostikování online nebo telefonicky) a obava z nákazy nemocí COVID-19 při návštěvách zdravotnických zařízení, kde se nakažení nemocí COVID-19 v akutních případech mohli koncentrovat.

Ukázalo se, že z nejdůležitějších vládních opatření nebo negativních vlivů nouzového stavu nejvíce negativně na psychiku seniorů podle seniorů samotných působila naprostá dezorientace ve informacích vlády k pandemickému stavu, což koresponduje s Bulkovou (2021). Druhým nejvíce negativním vlivem souvisejícím s nouzovým stavem bylo zrušení bohoslužeb, jelikož jak vyplývá ze statistického souboru, stále ještě je mezi seniory zvyk být praktikujícím křesťanem, což potvrzuje i Kumar a Indira (2020) a třetí v pořadí opatření souvisejících s nouzovým stavem je izolace seniorů doma, jak tvrdí McIntosh (2020).

Při ověřování jedenácti hypotéz bylo zjištěno, že u hypotézy H_{1A} : Mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům žijícím na venkově a H_{2A} : Mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům žijícím na venkově, tak u obou těchto hypotéz „nulovou hypotézu nezamítáme“, což se může jevit mírně překvapivě, jelikož na venkově obvykle mezi obyvateli panuje větší sociální soudržnost a prostředí vesnice bývá méně anonymní než prostředí města, proto se obyvatele na venkově mezi sebou více znají a obvykle i vzájemně sdružují.

U hypotéz H_{9A} : U seniorek existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům taktéž „nulovou hypotézu nezamítáme“, což odpovídá informacím získaným od Lečbycha (2021).

Hypotézu H_{7A} : Mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bez náboženské víry „nulové hypotézy zamítáme a přijímáme alternativní hypotézy“, což odpovídá tomu, co je uvedeno ve studiích (např. Malíková, 2014; Kumar a Indir, 2020).

U hypotézu H_{8A} : Mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bez náboženské víry „nulovou hypotézu nezamítáme“, ovšem hodnota významnosti $\alpha = 0,054$, proto jsme

alternativní hypotézu nepřijali jen opravdu těsným rozdílem statistické významnosti, což také odpovídá tomu, co je uvedeno ve studiích Malíkové (2014) a Kumara a Indira (2020).

U hypotézy H_{11A} : U seniorů existuje statisticky významný vztah mezi depresí, úzkostí a osamocením „nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu“. Toto odpovídá studii Mazza (2020).

LIMITY VÝZKUMU

nejvýraznější vliv na výzkum této bakalářské práce mělo několik skutečností, které nešly dostatečně ošetřit nebo jim zabránit, především v podobě

- bylo náročné najít seniory především v domovech seniorů, kteří měli dostatečné kognitivní schopnosti pro validní vyplnění dotazníku
- i přes dostatek místa bylo někdy obtížné zjistit, kterou odpověď chtěl respondent doopravdy označit
- občas se senioři v případě dotazů k vyplnění dotazníku zaslaných emailem přiznávali, že se radili s ostatními seniory o odpovědích a tím mohl být jejich subjektivní psychický vjem prožívání při pandemii nebo nouzovém stavu zkreslen
- senioři se často dotazovali, že nerozumí, která odpověď je správná a nevěděli, jak odpovědět
- někteří senioři byli během vyplňování ve stresu, z důvodu obavy, aby něco nepokazili, když jsou natolik důležití, že byli zařazeni do výzkumu
- dotazník BDI-II je postaven způsobem, že v něm mohou významně skórovat senioři s demencí, přičemž ale depresi prožívat nemusí. Nicméně standardizovaný dotazník BDI-II je celosvětově ve výzkumech tak i v klinické praxi využíván, tudíž i přes tuto limitu jsme se rozhodli jej ponechat
- v bakalářské práci není zohledněno očkování, které může naopak depresi, úzkost a nakonec i osamocení a sociální izolaci vlivem získání kovidpasu zmírnit. Ovšem toto téma je tak rozsáhlé, že by vydalo na samostatnou bakalářskou nebo diplomovou práci

Toto téma bakalářské práce by si určitě zasloužilo i rozsáhlejší a propracovanější výzkumy, jelikož může být přínosné i pro práci gerontopsychologů nebo i klinických psychologů pracujících na gerontologických odděleních nemocnic. Pro budoucí případné výzkumy bych doporučil zaměřit se na téma očkování a případně vybrat podrobnější negativní vlivy ovlivňující nežádoucím způsobem psychiku seniorů než jen depresi, úzkost a osamocení.

9 ZÁVĚR

Výzkumná část této práce se zaměřuje na dopady nežádoucích vlivů způsobené pandemií COVID-19 a nouzovým stavem vyhlášeným vládou České republiky v souvislosti s ní, zhoršující psychiku seniorů především v oblasti pocitu deprese, úzkosti a osamocení. Výzkumný soubor jsme rozčlenili do různých kategorií seniorů, do které senior spadá. Naším hlavním cílem bylo především zmapovat situaci v českém prostředí a zjistit v jak velké míře, každý z nadefinovaných vlivů měl nežádoucí dopad na psychiku seniorů a porovnat jednotlivé kategorie seniorů které na psychice byly nežádoucími vlivy zasaženy nejhůře. Byly stanoveny čtyři výzkumné cíle a jedenáct hypotéz, pomocí nichž jsme zjistili následující:

- Seniori v důsledku probíhající pandemie COVID-19 a vyhlášených nouzových stavů vykazují že po psychické stránce trpí středně těžkou depresí, mírnými projevy úzkosti a středním projevům osamocení.
- Současným psychickým stavem (deprese, úzkost osamocení) zapříčiněným pandemií COVID-19 a nouzovým stavem jsou nejméně ovlivněni senioři muži, ženatí, žijící na venkově ve vlastní domácnosti s další osobou, kteří nejsou praktikující věřící, vysokoškolsky vzdělaní, ve věkovém intervalu 63 - 70 roků.
- Naopak současným psychickým stavem (deprese, úzkost osamocení) zapříčiněným pandemií COVID-19 a nouzovým stavem jsou nejvíce ovlivněné seniorky, svobodné, žijící ve městě, bydlící v domovech pro seniory, ve věkovém intervalu 76 - 80 roků, hlásící se ke Svědkům Jehovovým (tento poslední údaj je ovšem zkreslen z důvodu, že v celkovém statistickém souboru N = 149 se za Svědky Jehovovi označili pouze 3 seniorky).
- Současným psychickým stavem (deprese, úzkost osamocení) zapříčiněným pandemií COVID-19 a nouzovým stavem nejhůře trpí senioři bydlící v domově seniorů.

V tabulce níže uvádíme souhrnný přehled výsledků v rámci ověření operacionalizovaných hypotéz

Tabulka č. 38 - výsledky jedenácti definovaných testovaných hypotéz

výsledky jedenácti definovaných testovaných hypotéz	
hypotéza	výsledek
hypotéza H _{1A}	nulovou hypotézu nelze zamítnout
hypotéza H _{2A}	nulovou hypotézu nelze zamítnout
hypotéza H_{3A}	nulovou hypotézu zamítáme, přijímáme alternativní
hypotéza H_{4A}	nulovou hypotézu zamítáme, přijímáme alternativní
hypotéza H_{5A}	nulovou hypotézu zamítáme, přijímáme alternativní
hypotéza H_{6A}	nulovou hypotézu zamítáme, přijímáme alternativní
hypotéza H_{7A}	nulovou hypotézu zamítáme, přijímáme alternativní
hypotéza H _{8A}	nulovou hypotézu nelze zamítnout
hypotéza H _{9A}	nulovou hypotézu nelze zamítnout
hypotéza H _{10A}	nulovou hypotézu nelze zamítnout
hypotéza H_{11A}	nulovou hypotézu zamítáme, přijímáme alternativní

10 SOUHRN

Tato bakalářská diplomová práce se věnuje negativním dopadům jednotlivých vlivů způsobené pandemií COVID-19 a nouzovým stavem s ní vyhlášeným na zhoršení psychiky českých seniorů především v projevu zvýšené deprese, úzkosti nebo osamocení. Nad tímto tématem jsme uvažovali v kontextu, zda vznik a průběh pandemie a vyhlášení nouzových stavů zvýšili míru deprese, úzkosti a osamocení v podobě hrubých skóru, kdy senioři subjektivně porovnávali své prožívání před pandemií a po vzniku pandemie. Mimo tohoto celkového přehledu jsme se dále snažili, vytvořit základní kategorie seniorů a ty následně mezi sebou porovnat, na kterou měla pandemie COVID-19 a nouzový stav po psychické stránce v podobě zvýšené deprese, úzkosti a osamocení největší dopad a také zjistit, jestli jednotlivé kategorie seniorů a hrubé skóry deprese, úzkosti a osamocení mají mezi sebou nějaký korelační vztah.

V teoretické části jsme v kapitole jedna upřesnili co je stárání a jak vypadá úspěšné stárnutí (má vliv na nižší hrubý skór deprese, úzkosti i osamocení) a jak neúspěšné stárnutí po psychické stránce, v kapitole dva jsme definovali co je onemocnění COVID-19 a jaké somatické dopady má na zdravotní stav seniora, přičemž jsme vycházeli z čerstvých výzkumů a studií, které stále pokračují a zpřesňují se, jelikož onemocnění COVID-19 je stále ještě nedostatečně prozkoumáno a stále se zpřesňují případné post-covidové syndromy, dále jsme zmínily i neuropsychické dopady na zdraví seniora a především jaké má onemocnění COVID-19 psychické dopady na seniora.

Kapitola tři se v teoretické části této bakalářské práce zabývá nouzovým stavem a vyhlášenými vládními opatřeními v důsledku nouzového stavu. Tedy definovali jsme, co je nouzový stav, který zákon jej upravuje a jaké případné omezení svobod může být omezeno. Zároveň jsme zmapovali, které tři vládní opatření ze 14 hlavních vyhlášených vládou České republiky na psychiku seniorů působily nejhůře.

Čtvrtá kapitola se zaměřovala na hlavní negativní dopady, pandemie COVID-19 a s ní spojeným vyhlášeným nouzovým stavem a vládní opatření, které byly u seniorů nejzásadnější na výskyt deprese, úzkosti a osamocení – v tomto případě přesněji sociální izolace.

V našem výzkumu jsme se snažili zmapovat situaci v českém prostředí a zjistit v jak velké míře, každý z nadefinovaných vlivů měl nežádoucí dopad na psychiku seniorů a porovnat jednotlivé kategorie seniorů které na psychice byly nežádoucími vlivy zasaženy nejhůře. Stanovili jsme si čtyři výzkumné cíle, mezi kterými bylo také ověření jedenácti

výzkumných hypotéz. Tyto cíle jsme získali pomocí kvantitativního výzkumu formou dotazníků. Dotazník byl tvořen ze pěti částí - úvodní informační části o výzkumu a instrukce k vyplnění, sociodemografické části, části měřící hrubý skór deprese, části měřící hrubý skór úzkosti, části měřící hrubý skór osamocení, somatického průběhu, pokud se senior nakazil nemocí COVID-19 a části k zjištění, které vládní opatření vyhlášené v nouzovém stavu nejhůře působila na psychiku seniora. Dotazník jsme šířili fyzicky v papírové podobě pomocí záměrného výběru přes instituce, příležitostného výběru, a také metodou sněhové koule. Po očištění dat nám zbyly údaje od 149 respondentů. Tento výzkumný soubor jsme označili jako $N = 149$. Data z něj byla rozdělena různých zkoumaných podsouborů podle hlavních kategorií, do kterých se senior může zařadit.

Při ověřování hypotéz v programu Statistica 13.4 jsme pracovali s celým souborem i s jeho podsoubory. I přes dostatečný počet získaných respondentů pro výzkum data nesplňovala podmínku normálního rozložení, proto musely být všechny hypotézy ověřeny neparametrickými statistickými testy. Přesněji Spearmanovým testem korelačního koeficientu a Mann-Whitneyovým U testem. Přehled dosažených výsledků v rámci ověření hypotéz je obsahuje podkapitola 7.4 na straně 59.

11 Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Akman, J.S. (2009). *The developmental psychology of aged persons*. Psychology, 2, 412-427.
2. Aldwin, C., Gilmer, G.F. (2004). *Health, illness, and optimal aging: biological and psychosocial perspectives*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage publications.
3. Alex, L. (2010). *Resilience among very old men and women*. Journal of Research in Nursing, 15, 419-431.
4. Anstey, K. J., Luszcz, M. A. (2002). *Psychosocial factors, gender and late-life mortality*. Ageing International, 27, 73-89.
5. Antonucci, T. C., Fuhrer, R., a Jackson, J. S. (1990). *Social Support and Reciprocity: A Cross-Ethnic and Cross-National Perspective*. Journal of Social and Personal Relationships, 7(4), 519-530. <https://doi.org/10.1177/0265407590074008>.
6. Arnetz, B.B., Theorell, T., Levi, L., Kallner, A., a Eneroth, P. (1983). *An experimental study of social Isolation of elderly people: psychoendocrine and metabolic effects*. Psychosomatic Medicine, 45, 395-406.
7. Baltes, P.B. (1991). *The many faces of human ageing: toward a psychological culture of old age*. Psychological Medicine 21, 837-854.
8. Baltes, P. B., Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In P. B. Baltes. a M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York, Cambridge: University Press. 1-34.
9. Banerjee, D., Viswanath, B. (2020). *Neuropsychiatric manifestations of COVID-19 and possible pathogenic mechanisms: Insights from other coronaviruses*. Asian Journal of Psychiatry, 54. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102350>.
10. Bauman, S., Adams, J. H., a Waldo, M. (2001). *Resilience In the oldest-old*. Counseling and Human Development, 34, 1-19.
11. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., a Steer, R. (1988). *Beck Anxiety Inventory* [Database record]. APA PsycTests.
12. Beranová, K. (2020). *Babiš uvádí Blatného do úřadu*. Získáno 29. října 2021 z <https://www.novinky.cz/domaci/clanek/zeman-jmenuje-ministrem-zdravotnictvi-hematologa-blatneho-40340677>.
13. Blatný, M. (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum.
14. Blatný, M., Šolcová, I. (2015). *Well-being*. In M. Blatný (Ed.), *Personality and well-being across the life-span*. London: Palgrave Macmillan, 20-59.

15. Bowling, A. (1993). *The Concepts of Successful and Positive Ageing*. *Family Practice*, 10(4), 449-453. <https://doi.org/10.1093/fampra/10.4.449>.
16. Brummel-Smith, K.. (2007). *Optimal aging, part I: Demographics and definitions*. *Annals of Long-Term Care*. 15. 26-28.
17. Bulková, R. (2021). *Názory seniorů na informovanost v době pandemie COVID-19*. [Diplomová práce]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
18. Butler, M., Pollak, T., Rooney, A., Michael, B., Nicholson, T. (2020). *Neuropsychiatric complications of COVID-19*. *BMJ*, 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3871>.
19. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Clinical features*. (2021). Získáno 28. října z <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>.
20. Cody-Rydzewski, S. (2007). *Review of Positive Aging: A Guide for Mental Health Professionals and Consumers*, by R. D. Hill. *International Social Science Review*, 82(1/2), 97–99. Získáno 9. ledna 2022 z <http://www.jstor.org/stable/41887314>
21. Corrigan, D., Prucnal, C., a Kabrhel, C. (2016). *Pulmonary embolism: the diagnosis, risk-stratification, treatment and disposition of emergency department patients*. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 3(3), 117-125. <https://doi.org/10.15441/ceem.16.146>.
22. Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada.
23. Dein, S., Loewenthal, K., Lewis, C. A. a Pargament, K. I. (2020). COVID-19, mental health and religion: An agenda for future research. *Mental Health, Religion a Culture*, 23(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1768725>.
24. Depp, C. A., a Jeste, D. V. (2006). *Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc>.
25. Drapela, J.V. (2008). *Přehled teorií osobnosti*. 5. vyd. Praha: Portál.
26. Dostál, D. (2020). *Statistické metody v psychologii*. [studijní opora pro rok 2020/21 k předmětům BSMP1, DSMP1, BSMP2, DSMP2]. Olomouc.
27. Epley, N., Akalis, S., Waytz, A., Cacioppo, J. T. (2008). *Creating Social Connection Through Inferential Reproduction*. *Psychological Science*, 19(2), 114-120. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02056.x>.
28. Faleide, A.O., Lian, L.B., Faleide, E.K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.

29. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
30. Ferraro, K., a Carr, D. (2021). *Handbook of aging and the social sciences* (2.ed). Elsevier.
31. Fogtová, J. (2006). *Dilemata kvality života seniorů v současné společnosti* [Diplomová práce]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
32. Fotuhi, M., Mian, A., Meysami, S., Raji, C. (2020). *Neurobiology of COVID-19*. Journal of Alzheimer's Disease, 76(1), 3-19. <https://doi.org/10.3233/JAD-200581>.
33. Fry, P. S., a Keyes, C. L. M. (Eds.). (2010). *New frontiers in resilient aging: Life-strengths and well-being in late life*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511763151>.
34. Gale, C. R., Booth, T., Möttus, R., Kuh, D. a Deary, I. J. (2013). *Neuroticism and Extraversion in youth predict mental wellbeing and life satisfaction 40 years later*. Journal of Research in Personality, 47, 687-697.
35. Gardiner, C., Geldenhuys, G., Gott, M. (2018). *Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review*. Health a Social Care in the Community, 26(2), 147-157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>.
36. Garfein, A. J., a Herzog, A. R. (1995). *Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 50(2), S77-S87.
37. Guralnik, J. M., a Kaplan, G. A. (1989). *Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study*. American Journal of Public Health, 79(6), 703-708. <https://doi.org/10.2105/AJPH.79.6.703>.
38. Hardin, P.P. (1990). *Successful and Unsuccessful Aging: What Makes the Difference?* Získáno 18. ledna 2022 z <https://eric.ed.gov/?id=ED326654>.
39. Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří* (Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl). Praha: Havlíček Brain Team.
40. Heissler, R., Červenková, M., Kopeček, M., Georgi, H. (2020). *Geriatrická škála deprese (GDS-15): česká normativní studie*. Československá psychologie, 64 (1), 49-65.
41. Hendin, H. (2021). *Post-COVID Syndrome in the Psychiatric Clinic*. Psych Congress Network. Získáno 4. ledna 2022 z <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/pcn/article/post-covid-syndrome-psychiatric-clinic>.
42. Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod: Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.

43. Hewstone, M. E., Stroebe, W. E., a Jonas, K. E. (2008). *Introduction to social psychology*. Blackwell Publishing.
44. Hippel, W. von, Henry, J. D., a Matovic, D. (2008). *Aging and social satisfaction: Offsetting positive and negative effects*. *Psychology and Aging*, 23(2), 435-439. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.2.435>.
45. Holmerová, I., Jurašková, B., a Zikmundová, K. (2003). *Vybrané kapitoly z gerontologie* (2., dopl. vyd). Česká alzheimerská společnost.
46. Hooyman, N. R., a Kiyak, H. A. (2008). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*. Pearson Education.
47. Jones, Xenia Rochelle. (2020). *Covid-19: An Exposition, with a Focus on Social Isolation in the Elderly*. (UK) (Draft). 10.6084/m9.figshare.12022632.
48. Kamarádová, D., Práško, J., Latálová, K., a Panáčková, L. (2016). *Validizace české verze Beckova inventáře úzkosti*. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 112(4), 153-158.
49. Kashouty, R. (2021). *COVID-19 and the Brain: Post-COVID-19 Neurological Syndrome (PCNS)*. Získáno 31. října 2021 z <https://premierneurologycenter.com/blog/covid-19-and-the-brain-post-covid-19-neurological-syndrome-pcns/>.
50. Klimentová, M. (2020). *Vyjádření ČBK k rozhodnutí Vlády ČR o znovuoobnovení bohoslužeb*. Získáno 28. října z <https://www.cirkev.cz/cs/aktuality/200417vyjadreni-cbk-k-rozhodnuti-vlady-o-znovuoobnoveni-bohosluzeb>.
51. Kopecký, J., Vlachos, R. (2020). *Vláda zavřela restaurace a obchody, výjimku mají potraviny nebo lékárny*. Získáno z 28. října 2021 https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/koronavirus-vlada-restaurace-zakaz-prodejny-potraviny-obchody-tabak-drogerie-lekarny.A200314_031403_domaci_remy.
52. Kozáková, M. (2020). *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Praha: Grada.
53. Křivohlavý, J. (2010). *Mít pro co žít*. Kostelní Vydří: Karmelitánské Nakladatelství.
54. Kuchta, G. (2020). *Obrazem: Celé Česko šije roušky. Ke strojům usedli „drsní“ výsadkáři i obětaví Vietnamci*. Získáno 28. října z <https://denikn.cz/320738/obrazem-cele-cesko-sije-rouscky-ke-strojum-usedli-drsni-vysadkari-i-obetavi-vietnamci/>.
55. Kumar, S., Indira, R. (2020). *Role Of Religion During Covid-19*. *International Journal of Innovative Research and Advanced Studies*, 7(8), 126-130. https://www.ijiras.com/2020/Vol_7-Issue_8/paper_21.pdf.
56. Lang, M., Som, A., Mendoza, D. P., Flores, E. J., Reid, N., Carey, D., Li, M. D., Witkin, A., Rodriguez-Lopez, J. M., Shepard, J. -A. O., a Little, B. P. (2020). *Hypoxaemia related to COVID-19: vascular and perfusion abnormalities on dual-*

- energy CT. The Lancet Infectious Diseases*, 20(12), 1365-1366. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30367-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30367-4).
57. Langmeier, J., Krejčířová, D. (2007). *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing.
58. Lečbych, M. (2021). *Souvislosti nemoci COVID-19 a duševních poruch: Pohled klinicko-psychologické praxe*. Získáno 28. října z <http://psychologie.lecbych.cz/index.php/2021/02/19/souvislosti-nemoci-covid-19-a-dusevnich-poruch-pohled-klinicko-psychologicke-praxe/>.
59. Li, Z., Yi, Y., Luo, X., Xiong, N., Liu, Y., Li, S., Sun, R., Wang, Y., Hu, B., Chen, W., Zhang, Y., Wang, J., Huang, B., Lin, Y., Yang, J., Cai, W., Wang, X., Cheng, J., Chen, Z. et al. (2020). *Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS-CoV-2 infection diagnosis*. *Journal of Medical Virology*, 92(9), 1518-1524. <https://doi.org/10.1002/jmv.25727>.
60. Machielse, Anja. (2015). *The Heterogeneity of Socially Isolated Older Adults: A Social Isolation Typology*. *Journal of gerontological social work*. 58. <https://doi.org/10.1080/01634372.2015.1007258>.
61. Mackey, R. M., Yeow, M. E., Christensen, A. R., Ingram, C., Carey, E. C., Lapid, M. I. (2020). *Reconnecting: Strategies for Supporting Isolated Older Adults during COVID-19 through Tele-palliative Care*. *Clinical Gerontologist*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1830905>.
62. MacLeod, S., Kraemer, S., Fellows, A., Albright, L., Ruiz, J., McGinn, M., Schaeffer, J., Yeh, C. (2020). *Defining the Personal Determinants of Health for Older Adults*. *Innovation in Aging*, 4(Supplement_1), 924-924. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.3392>.
63. Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada.
64. Mazza, M., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, E., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P., Benedetti, F. (2020). *Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors*. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 594-600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>.
65. McIntosh, K. (2021). COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention. Získáno 28. října z <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>.
66. Mikkelsen, M., Abramoff, B. (2021). *COVID-19: Evaluation and management of adults following acute viral illness*. Získáno z 5. listopadu 2021 <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-evaluation-and-management-of-adults-following-acute-viral-illness>.

67. Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., a Sherraden, M. (Eds.). (2001). *Productive aging: Concepts and challenges*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
68. Mueller, A., McNamara, M., Sinclair, D. (2020). *Why does COVID-19 disproportionately affect older people?*. *Aging*, 12(10), 9959-9981. <https://doi.org/10.18632/aging.103344>.
69. Nakamura, Z. M., Nash, R. P., Laughon, S. L., a Rosenstein, D. L. (2021). *Neuropsychiatric Complications of COVID-19*. *Current Psychiatry Reports*, 23(5). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01237-9>.
70. Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., Madhavan, M. V., McGroder, C., Stevens, J. S., Cook, J. R., Nordvig, A. S., Shalev, D., Sehrawat, T. S., Ahluwalia, N., Bikdeli, B., Dietz, D., Der-Nigoghossian, C., Liyanage-Don, N., Rosner, G. F., Bernstein, E. J., Mohan, S., Beckley, A. A., et al. (2021). *Post-acute COVID-19 syndrome*. *Nature Medicine*, 27(4), 601-615. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>.
71. Nouzový stav. (2020). Získáno 28. srpna z <https://www.mvcr.cz/clanek/zpravodajstvi-nouzovy-stav.aspx>.
72. Pacovský, V. (1994). *Geriatrická diagnostika*. Vydání 1. Praha: Scientia medica.
73. Pantell, M., Rehkopf, D., Jutte, D., Syme, S. L., Balmes, J., Adler, N. (2013). *Social Isolation: A Predictor of Mortality Comparable to Traditional Clinical Risk Factors*. *American Journal of Public Health*, 103(11), 2056-2062. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301261>.
74. Paseková, E. (2020). *Od půlnoci nebudou moci lidé ven bez roušky, schválila vláda*. Získáno 28. srpna z <https://www.ceska-justice.cz/2020/03/od-pulnoci-nebudou-moci-lide-ven-bez-rouscky-schvalila-vlada/>.
75. Perlman, D., a Peplau, L. A. (1984). *Loneliness research: A survey of empirical findings*. Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness, 13, 46.
76. Pokorný, M. (2021). *Vláda od pondělí na tři týdny omezí pohyb lidí mezi okresy. Zavřené budou i školy a školky*. Získáno 28. srpna z https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/zive-vlada-koronavirus-v-cesku-opatreni-covid-19-uzavreni-okresu_2102262148_vtk.
77. Pondělíček, I. (1987). *Stárnutí: osobnost a sexualita* (2nd ed.). Praha: Avicena.
78. Preiss, M. a Vacíř, K. (1999). *Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé: BDI - II. Příručka*. Brno: Psychodiagnostika.
79. Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., a Cartwright, F. (2010). *A Two-Factor Model of Successful Aging*. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(6), 671-679. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq051>.

80. Psychology and Aging. (2008). Získáno 28. 8. 2021 z <https://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/aging.pdf>.
81. Rogers, J., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M., Lewis, G., David, A. (2020). *Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic*. The Lancet Psychiatry, 7(7), 611-627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0).
82. Rowe, J. W., a Kahn, R. L. (1987). *Human Aging: Usual and Successful*. Science, 237(4811), 143-149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>.
83. Russell, D. W. (1996). *UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure*. Journal of Personality Assessment, 66, 20 – 40.
84. Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., Koushede, V. (2020). *Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis*. The Lancet Public Health, 5(1), e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0).
85. Sarkisian, C. A., Hays, R. D. a Mangione, C. M. (2002). *Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults*. Journal of the American Geriatrics Society, 50(11), 1837-1843. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50513.x>.
86. Scheid, J. L., Lupien, S. P., Ford, G. S., West, S. L. (2020). *Commentary: Physiological and Psychological Impact of Face Mask Usage during the COVID-19 Pandemic*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph17186655>.
87. Schmidt, S. R. (1994). *Effects of humor on sentence memory*. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 20(4), 953-967. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.20.4.953>.
88. Staudinger, Ursula a Marsiske, Michael a Baltes, Paul. (1995). *Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span*. Developmental Psychopathology: Vol. 2. Risk, Disorder, and Adaptation.
89. Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., a Cohen, R. D. (2002). *Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn*. The gerontologist, 42(6), 727-733.
90. Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., a Shema, S. (2010). *Differential impacts of sensory impairment on succesful aging for older married couples*. Referát na The Gerontological Society of America (GSA) 63rd Annual Scientific Meeting, New Orleans, Novemember 19-23.

91. Šmahaj, J. (2008). *DETERMINANTY MOTIVACE PRO STUDIUM NA VYSOKÉ ŠKOLE*. [Diplomová práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
92. Štílec, M. (2004). *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál.
93. Šolcová, I. (2011). *PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ*. *Československá psychologie*, 55 (2), 152.
94. Špatenková, N., a Smékalová, L. (2015). *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada.
95. TIBCO Software Inc. (2020). *Data Science Workbench*, version 14. <http://tibco.com>.
96. Topinková, E. (2006). *Nejčastější zdravotní potíže seniorů*. Získáno 28. srpna z <http://vademecum-zdravi.cz/nejcastejsi-zdravotni-potize-senioru/>.
97. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
98. Tošnerová, T. (2009). *Jak si vychutnat seniorská léta*. Praha: Computer Press.
99. Troyer, E., Kohn, J., a Hong, S. (2020). *Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms*. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.027>.
100. Tylová, V., Kuželová, H., Ptáček, R. (2014). *Emoční a sociální osamělost v etologii a léčbě duševních poruch*. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 3(110), 151 - 157. Získáno 32. října 2021 z http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=959afbclid=IwAR2Bc_fUhxIJZVRyFEI46o-RckQ2rENg65V6AwjB0JCfzFX-thmBLdewCm4.
101. Vaillant, George. (2007). *Aging Well*. *American Journal of Geriatric Psych*. 15. 181-183. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31803190e0>.
102. Vařečková, M. (2021). *Sociální izolace žen na mateřské a rodičovské dovolené*. [Bakalářská práce]. Masarykova univerzita v Brně.
103. Vágnerová, M. (1999). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
104. Vejrostová, A. (2011). *Souvislost mezi rodičovským konfliktem a romantickými vztahy v pozdní adolescenci: strach z intimity a osamělost*. [Bakalářská práce]. Masarykova univerzita v Brně.
105. Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada.
106. Výrost, J., Slaměník, I. (2019). *Sociální psychologie*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada.

107. Wagnild, G. (2004). *Resilience and Successful Aging: Comparison Among Low and High Income Older Adults*. *Journal of gerontological nursing*, 29, 42-9. 10.3928/0098-9134-20031201-09.
108. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. (2020). Získáno 5. listopadu z <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>.
109. Wiersinga, W., Rhodes, A., Cheng, A., Peacock, S., Prescott, H. (2020). *Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. *JAMA*, 324(8). <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12839>.
110. Wijeratne, T., a Crewther, S. (2020). *Post-COVID 19 Neurological Syndrome (PCNS); a novel syndrome with challenges for the global neurology community*. *Journal of the Neurological Sciences*, 419. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.117179>.
111. Zákon č. 240/2001 Sb., zákon o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon). Česká republika.
112. Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada.

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - přehled institucí kde proběhl sběr dat

Tabulka č. 2 - popisná statistika celkového statistického souboru pro metrické proměnné

Tabulka č. 3 - četnosti pohlaví celkového statistického souboru

Tabulka č. 4 - četnosti místa kde senior žije celkového statistického souboru

Tabulka č. 5 - četnosti typů domácnosti seniorů celkového statistického souboru

Tabulka č. 6 - četnosti rodinného stavu seniora celkového statistického souboru

Tabulka č. 7 - četnosti typu vzdělání seniora celkového statistického souboru

Tabulka č. 8 - četnosti spiritualit seniorů celkového statistického souboru

Tabulka č. 9 - průměrné hrubé skóry a směrodatné odchylky deprese, úzkosti, osamocení statistického souboru

Tabulka č. 10 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „pohlaví“

Tabulka č. 11 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „bydliště“

Tabulka č. 12 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „domácnost“

Tabulka č. 13 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „věkové intervaly“

Tabulka č. 14 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „vzdělání“

Tabulka č. 15 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „rodinný stav“

Tabulka č. 16 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru „spiritualita“

Tabulka č. 17 - tabulka se Spearmanovými korelačními koeficienty

Tabulka č. 18 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru “nákaza“

Tabulka č. 19 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru “průběh nákazy“

Tabulka č. 20 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru “hospitalizace s nákazou“

Tabulka č. 21 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru “vznik post-covidového syndromu“

Tabulka č. 22 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru “obava z nákazy“

Tabulka č. 23 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru “zhoršení spánku“

Tabulka č. 24 - tabulka se Spearmanovými korelačními koeficienty

Tabulka č. 25 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru “omezení zdravotní péče nouzovým stavem“

Tabulka č. 26 - průměrné hrubé skóry deprese, úzkost, osamocení a jejich směrodatné odchylky statistického podsouboru “strach z návštěv zdravotnických zařízení“

Tabulka č. 27 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{1A} : Mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům žijících na venkově

Tabulka č. 28 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{2A} : Mezi seniory žijícími ve městě existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům žijících na venkově

Tabulka č. 29 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{3A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti

Tabulka č. 30 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{4A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti

Tabulka č. 31 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{5A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou

Tabulka č. 32 - Mann-Whitneyho test U pro hypotézu H_{6A} : Mezi seniory bydlícími v Domově pro seniory existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bydlící sami ve své domácnosti s další osobou

Tabulka č. 33 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{7A} : Mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům bez náboženské víry

Tabulka č. 34 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{8A} : Mezi seniory praktikující náboženskou víru existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům bez náboženské víry

Tabulka č. 35 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{9A} : U senierek existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre deprese oproti seniorům

Tabulka č. 36 - Mann-Whitneyho U test pro hypotézu H_{10A} : U senierek existuje statisticky významný rozdíl v naměřeném skóre osamocení oproti seniorům

Tabulka č. 37 - Spearmanovi korelační koeficienty pro hypotézu H_{11A} : U seniorů existuje statisticky významný vztah mezi depresí a osamocením

Tabulka č. 38 - Výsledky jedenácti definovaných testovaných hypotéz

Seznam grafů

Graf č. 1 - průměrné hrubé skóry a směrodatné odchylky deprese, úzkosti, osamocení statistického souboru

Graf č. 2 - četnosti čtrnácti nejvýznamnějších vládních opatření nejhůře působící na psychiku seniora

Seznam zkratk

BAI - Beck anxiety inventory

BDI-II - Beck depression inventory - II

CNS - centrální nervový systém

SOU - střední odborné učiliště

SŠ - střední škola

UCLA - UCLA loneliness scale

VŠ - vysoká škola

WHO - World Health Organization

ZŠ - základní škola

ZZ – zdravotnické zařízení

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha č. 1: Český abstrakt diplomové práce

Příloha č. 2: Anglický abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Dotazník vlastní konstrukce

Příloha č. 4: Český překlad dotazníku UCLA LS (Version 3) (Vejrostová, 2011)

Příloha č. 5: Výsledky normálního rozložení dat - histogramy

Příloha č. 6: Ukázka datové matice - printscreen

Příloha č. 1: Český abstrakt bakalářské práce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Dopad pandemie COVID-19 na seniory

Autor práce: Martin Píka

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Počet stran a znaků: 87 stran, 143 213 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 112

Abstrakt (800-1200 zn.):

Práce se zaměřuje na negativní dopady pandemie COVID-19 na psychiku seniorů. Cíl je prozkoumat, jak silné měly jednotlivé vlivy dopad na psychiku seniorů z různých kategorií a vzájemně je porovnat. V teoretické části se zabýváme hlavními principy a souvislosti negativních vlivů na psychiku seniorů. Praktická část se věnuje kvantitativnímu výzkumu s využitím dotazníkového šetření, jak jednotlivé hlavní vlivy působily na psychiku seniorů, především v podobě deprese, úzkosti a osamocení, což už ukazují výzkumy použité v teoretické části. Pro určité analýzy byl využit celý soubor (N = 149) a pro některé byl celkový soubor rozdělen na jednotlivé kategorie seniorů, do kterých senior spadal a ty poté porovnány a analyzovány. Výzkumný soubor tvoří senioři 63-88 let bez výrazně snížených kognitivních schopností. Pro ověření jedenácti hypotéz jsme použili Mann-Whitneyův U test a jednou Spearmanův test korelačního koef. Zjistili jsme, že na každou seniorskou kategorii měly jednotlivé vlivy pandemie COVID-19 a nouzový stav vyhlášený v souvislosti s ní jinak silný psychický dopad. Také jsme zkoumali, jaké mají jednotlivé vlivy pandemie COVID-19 a nouzového stavu vzájemné korelační vztahy.

Klíčová slova: senior, pandemie COVID-19, sociální izolace, nouzový stav, psychika

ABSTRACT OF THESIS

Title: The impact of a COVID-19 pandemic on the seniors

Author: Martin Píka

Supervisor: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Number of pages and characters: 87 pages, 143 213 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 112

Abstract (800-1200 characters):

The work focuses on the negative effects of the COVID-19 pandemic on the psyche of the elderly. The aim is to examine how strong the individual influences had an impact on the psyche of seniors of different categories and to compare them with each other. In the theoretical part we deal with the main principles and contexts of negative influences on the psyche of seniors. The practical part is devoted to quantitative research using a questionnaire survey, how the individual effects affected the psyche of seniors, especially in the form of depression, anxiety and loneliness, as shown by the research used in the theoretical part were the most important. The whole set (N = 149) was used for certain analyzes and for some the whole set was divided into individual categories of seniors, to which the senior belonged, and these were then compared and analyzed. The research group consists of seniors 63-88 years without significantly reduced cognitive abilities. We used the Mann-Whitney U test and one the Spearman correlation coefficient test to test eleven hypotheses, and found that the COVID-19 pandemic and the state of emergency declared otherwise had a strong psychological impact on each senior category. We also investigated the inter-correlational effects of the COVID-19 pandemic and the state of emergency.

Key words: senior, pandemie COVID-19, social izolation, state of emergency, psyche

Příloha č. 3: Dotazník vlastní konstrukce

Dobrý den, jsem studentem jednooborové psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ve své bakalářské práci se zabývám psychickými dopady způsobenými nemocí COVID-19, a také dopady vzniklé v souvislosti s nouzovým stavem. Vyplněním tohoto **anonymního** dotazníku můžete pomoci nejen mně, ale i ke zjištění psychosociálních problémů, které vznikly v průběhu pandemie mezi seniory. Dotazník je **zcela anonymní**.

Vaše účast zabere **přibližně 20 minut**. Dotazník je konstruován tak, aby byl dobře čitelný a otázky byly srozumitelné. V případě, že používáte nějaké kompenzační pomůcky, prosím při vyplňování je použijte. Máte-li jakýkoliv dotaz k vyplnění dotazníku, kontaktujte mě prosím e-mailem: **martin.pika01@upol.cz**

Souhlasím se zpracováním údajů

Potvrzením souhlasíte se shromažďováním, analyzováním, uchováváním, tříděním a předáváním svých osobních údajů v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., zákon o zpracování osobních údajů, v platném znění.

Instrukce k vyplnění dotazníku: Pokud je to možné, k vyplnění si najděte klidné místo, kde se cítíte dobře. Vyhradte si prosím dostatek času k vyplnění dotazníku. Dotazník prosím vyplňujte samostatně tak, jak otázky nebo tvrzení vnímáte vy sami, s nikým se o odpovědích neradte. Dotazník vyplňujte, když se cítíte dobře a odpočatě. Používáte-li nějaké kompenzační pomůcky, jako například brýle ke čtení, použijte je prosím.

Nejedná se o žádný test, proto zde nejsou správné ani špatné odpovědi. U většiny uzavřených, takzvaných „zaškrťovacích“ otázek nebo tvrzení jsou odpovědi předpřipravené a Vy jen vyberte tu, která dle vašeho názoru nejvíce charakterizuje Váš postoj k tvrzení či otázce nebo která se k němu nejvíce blíží. Pokud budete chtít, můžete kdykoliv účast v tomto výzkum ukončit.

Příklad 1:

	souhlasím	spíše souhlasím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Cítíte se dnes dobře?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V případě, že chcete svou odpověď opravit, označte novou odpověď opět křížkem a ten potom zakroužkujte

Příklad 2:

souhlasím spíše souhlasím spíše nesouhlasím nesouhlasím

Cítíte se dnes dobře?

U otázek otevřených takzvaných „vypisovacích“ prosím do rámečku vedle otázky dopište Váš názor, mínění nebo postoj, který k otázce máte.

Příklad 3:

Proč se dnes necítíte dobře?

Protože jsem v noci špatně spal(a) a jsem

Otázka č. 1

Jsem

Muž

Žena

Otázka č. 2

Žiji ve

Městě

Městysu

Na venkově

Otázka č. 3

Bydlím ve

Své domácnosti s jinými osobami

Své domácnosti sám

Sociálním zařízením

Otázka č. 4

Kolik máte roků?

Otázka č. 5

Nejvyšší dosažené vzdělání mám

ZŠ

SOU

SŠ

VŠ

Otázka č. 6

Kolik máte dětí?

Otázka č. 7

Jsem praktikující věřící

Ne

Ano

Jakého náboženství?

Otázka č. 8

Můj rodinný stav je

Svobodný(á)

Ženatý / Vdaná

Rozvedený(á)

Vdovec / Vdova

Otázka č. 9

Cítím se obecně smutnější, než jsem byl(a) před vypuknutím pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 10

Připadá mi, že jsem obecně pesimističtější než před vypuknutím pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 11

Mám dojem, že obecně selhávám více než před vypuknutím pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 12

Vnímám, že se obecně raduji méně než před vypuknutím pandemie Cvid-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 13

Jeví se mi, že se obecně více obviňuji za své chyby, než před vypuknutím pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 14

Myslím si, že mě život více trestá, než jsem si to myslel(a) před vypuknutím pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 15

Mám o sobě horší mínění, než jsem měl(a) před vypuknutím pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 16

Připadá mi, že jsem k sobě kritičtější než před vypuknutím pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 17

Po vypuknutí pandemie COVID-19 mám častěji sebevražedné myšlenky než předtím

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 18

Po vypuknutí pandemie COVID-19 pláču častěji než předtím

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 19

Připadá mi, že po vypuknutí pandemie COVID-19 jsem více neklidný(á) než předtím

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 20

Mám pocit, že po vypuknutí pandemie ztrácím zájem o věci, o které jsem se dříve zajímal(a)

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 21

Po vypuknutí pandemie COVID-19 mám pocit, že mám větší problémy se rozhodovat

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 22

Pocit'uji větší pocity bezcennosti, než jsem pocit'oval(a) před vypuknutím pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 23

Po vypuknutí pandemie COVID-19 mám méně energie, než jsem míval(a) před ní

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 24

Spím více/méně, než jsem spal(a) před vznikem pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 25

Vnímám, že jsem více podrážděný(á) než před nastoupením pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 26

Mám větší/menší chuť k jídlu než před nastoupením pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 27

Mám pocit, že po vypuknutí pandemie COVID-19 se hůře soustředím na jiné věci

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 28

Cítím se nyní více unavený(á), než jsem se cítil(a) před vypuknutím pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 29

Mám menší zájem o sex, než jaký jsem měl(a) před vypuknutím pandemie COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 30

Mám častější pocit mrtvení nebo mravenčení končetin, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 31

Mám častější pocity horka, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka 32

Mám častější pocit vratkosti nohou, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 33

Dosáhnout kvalitního odpočinku je pro mě těžší, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 34

Mám strach z pandemie COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 35

Trpím častěji závratí nebo pocitem na omdlení, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 36

Trpím častěji bušením srdce nebo zrychleným tepem, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 37

Cítím se více neklidný(á), než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 38

Častěji se něčeho vyděším, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 39

Cítím se více nervózní, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 40

Mám častější pocit dušnosti, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 41

Častěji se mi chvějí ruce, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 42

Častěji trpím třesem celého těla, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 43

Po vypuknutí pandemie COVID-19 mám větší strach, že ztratím kontrolu na věcmi/situacemi

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 44

Vnímám, že je pro mě občas dýchání namáhavější než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 45

Ze smrti mám nyní větší strach než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 46

Po vypuknutí pandemie COVID-19 mám častější pocity paniky

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 47

Mám častěji trávicí potíže nebo bolest břicha, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 48

Častěji mě přepadá pocit, že omdlím, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 49

Častěji zarudnu v obličejí, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 50

Častěji se více bezdůvodně potím, než před pandemií COVID-19

- VÁŽNÉ
- STŘEDNÍ
- MÍRNÉ
- VŮBEC

Otázka č. 51

Mám pocit, že jsem byl(a) během pandemie naladě(n)a na stejnou vlnu jako lidé kolem mě

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 52

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že mi chybí společnost

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 53

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že jsem se neměl(a) na koho obrátit

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 54

Během pandemie COVID-19 jsem se často cítil sám(a)

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 55

Během pandemie COVID-19 jsem se často cítil(a) součástí skupiny přátel

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 56

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že mám hodně společného s lidmi s kolem mě

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 57

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že už nemám k nikomu blízko

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 58

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že moje zájmy nejsou sdíleny s lidmi kolem mě

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 59

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že jsem společenský(á) a přátelský(á)

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 60

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že jsem lidem blízký(á)

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 61

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že jsem opomíjený(á)

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 62

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že nejsou moje vztahy s ostatními smysluplné

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 63

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že mě vlastně nikdo pořádně nezná

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 64

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že jsem od druhých izolovaný(á)

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 65

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že můžu najít přátele kdykoliv budu chtít

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 66

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že existují lidé, kteří mi skutečně rozumí

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 67

Během pandemie COVID-19 jsem se častěji stydl(a) než před pandemií COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 68

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že jsou lidé kolem mě, ale ne semnou

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 69

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že existují lidé, s kterými můžu mluvit

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 70

Během pandemie COVID-19 jsem měl(a) pocit, že existují lidé, na které se mohu obrátit

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 71

Prodělal(a) jste onemocnění COVID-19 (pokud jste COVID-19 neprodělal(a) otázky č. 72 - 75 prosím nevyplňujte)?

- ANO
- NE

otázka č. 72

Pokud jste onemocnění prodělal(a), jaký byl průběh?

- LEHKÝ
- STŘEDNÍ
- TĚŽKÝ

Otázka č. 73

Byl(a) jste hospitalizovaní s nemocí COVID-19?

- ANO
- NE

Otázka č. 74

Trpíte postcovidovým onemocněním nebo syndromem?

- ANO
- NE

Otázka č. 75

Zhoršili se Vám po onemocnění COVID-19 dříve diagnostikované nemoci?

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 76

Mám strach z onemocnění COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 77

Mám strach, že se znovu nakazím, pokud jsem COVID-19 už jednou prodělal nebo pokud bych jej prodělal(a)

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 78

Zemřel některý z vašich blízkých na onemocnění COVID-19

- ANO
- NEVÍM
- NE

Otázka č. 79

Mám strach, že budu mít přetrvávající zdravotní problémy v důsledku prodělaného onemocnění COVID-19 nebo pokud bych jej prodělal(a)

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 80

Mám větší problémy se spánkem než před pandemií COVID-19

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 81

Mám obavu, že nakazím jiné osoby

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 82

Zhoršily se mi zdravotní obtíže v důsledku omezení zdravotní péče vlivem nouzového stavu

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 83

Měl jsem obavu navštěvovat zdravotnická zařízení během nouzového stavu

- ANO
- Spíše ANO
- Spíše NE
- NE

Otázka č. 84

Které vládní opatření v souvislosti s pandemií COVID-19 a vyhlášením nouzového stavu pro Vás bylo PSYCHICKY NEJTĚŽŠÍ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> VYHLÁŠENÍ NOUZOVÉHO STAVU | <input type="checkbox"/> ZRUŠENÍ BOHOSLUŽEB |
| <input type="checkbox"/> UZAVŘENÍ RESTAURACÍ A OBCHODŮ
SPORT. AKCÍ | <input type="checkbox"/> ZRUŠENÍ KULT. A |
| <input type="checkbox"/> VYMEZENÍ NÁKUPNÍ DOBY SENIORŮM
RESPIRÁTOR | <input type="checkbox"/> POVINNOST NOSIT |
| <input type="checkbox"/> UZAVŘENÍ KLUBU PRO SENIORY
DOMA | <input type="checkbox"/> IZOLACE SENIORŮ |
| <input type="checkbox"/> DEZORIENTACE VE VLÁD. NAŘÍZENÍCH
VENKU | <input type="checkbox"/> ZÁKAZ POHYBU V NOCI |
| <input type="checkbox"/> NEMOŽNOST CESTOVAT | <input type="checkbox"/> UZAVŘENÍ VŠECH ŠKOL |
| <input type="checkbox"/> NEMOŽNOST SETKAT SE S RODINOU | <input type="checkbox"/> UZAVŘENÍ OKRESŮ |
| <input type="checkbox"/> NEMOŽNOST SETKAT SE S PŘÁTELI | <input type="checkbox"/> OMEZENÍ KONÍČKŮ |
| <input type="checkbox"/> OMEZENÍ LÉKAŘSKÉ PÉČE | |

Přesné znění položek Škály osamělosti (UCLA Loneliness Scale (Version 3))

UCLA LS - Osamělost

1. Jak často máš pocit, že jsi naladěný na stejnou vlnu jako lidé kolem tebe? (rekódováno)
2. Jak často máš pocit, že ti chybí společnost?
3. Jak často máš pocit, že se nemáš na koho obrátit?
4. Jak často se cítíš sám?
5. Jak často se cítíš být součástí skupiny přátel? (rekódováno)
6. Jak často máš pocit, že máš hodně společného s lidmi kolem sebe? (rekódováno)
7. Jak často máš pocit, že už nemáš k nikomu blízko?
8. Jak často máš pocit, že tvoje zájmy a nápady nejsou sdíleny lidmi kolem tebe?
9. Jak často se cítíš společenský a přátelský? (rekódováno)
10. Jak často cítíš, že jsi lidem blízký? (rekódováno)
11. Jak často máš pocit, že jsi opomíjený?
12. Jak často máš pocit, že nejsou tvé vztahy s ostatními smysluplné?
13. Jak často máš pocit, že tě vlastně nikdo pořádně nezná?
14. Jak často se cítíš od druhých izolovaný?
15. Jak často máš pocit, že můžeš najít přátele kdykoliv budeš chtít? (rekódováno)
16. Jak často cítíš, že existují lidé, kteří ti skutečně rozumí? (rekódováno)
17. Jak často se stydíš?
18. Jak často máš pocit, že jsou lidé kolem tebe, ale ne s tebou?
19. Jak často máš pocit, že existují lidé, s kterými můžeš mluvit? (rekódováno)
20. Jak často máš pocit, že existují lidé, na které se můžeš obrátit? (rekódováno)

Příloha č. 5: Výsledky normálního rozložení dat - histogramy

