

Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Institut sociálního zdraví



## **Osamělost a její vliv na duševní zdraví seniorů**

Loneliness and its impact on the mental health of the elderly

Diplomová práce

Olomouc 2024

Autor: Bc. Kateřina Zbořilová

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Zdeněk Meier, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval/a samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci, dne 10. dubna, 2024

Kateřina Zbořilová

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu diplomové práce, Mgr. Ing. Zdeňkovi Meierovi Ph.D., za jeho pomoc při vedení diplomové práce a také jeho kolegyni Mgr. Kristýně Živné za pomoc s výzkumem a cenné rady. Velké poděkování patří mému snoubenci, přátelům a rodině, kteří mi byli po celou dobu studia velkou oporou a také děkuji svým respondentům, kteří se zapojili do výzkumu a poskytli tak data pro vypracování této práce.

**Klíčová slova**

Senioři, stáří, psychické zdraví, osamělost, domácí péče, pobytová zařízení

**Keywords**

Seniors, elderly, mental health, loneliness, home care, residential facilities



## **Abstrakt**

Diplomová práce zkoumá vliv osamělosti na psychické zdraví seniorů. Výzkum si klade za cíl prozkoumat, zda se osamělost u seniorů vyskytuje, v jakém množství a zda má vliv na jejich volnočasové aktivity. Dalším bodem výzkumu bude porovnání míry osamělosti u seniorů umístěných v pobytových službách a u seniorů žijících ve svých domácnostech. Pro výzkum byla použita kvantitativní metoda. Data byla získána za pomoci dotazníku, měřícího míru osamělosti u 221 seniorů. Data byla sbírána v rámci České republiky v různých pobytových zařízeních včetně domácností seniorů. Pro měření osamělosti byly použity škály DJGLS a TILS.

Výsledky výzkumu nám potvrdily všechny čtyři výzkumné hypotézy. Interpretované výsledky můžeme publikovat na náš výzkumný soubor a potvrdit tak, že u většiny z oslovených respondentů se prokázala vyšší míra osamělosti. Výsledky poukazují o vyšší zájem, ze strany seniorů z pobytových zařízení, trávit volný čas se svou rodinou či partnerem. Míra osamělosti se vyskytuje více u seniorů z pobytových zařízení než u seniorů v domácím prostředí. Na základě získaných dat můžeme potvrdit, že míra osamělosti má vliv na výběr konkrétních volnočasových aktivit.

## **Abstract**

The thesis examines the impact of loneliness on the mental health of the elderly. The research aims to investigate whether loneliness occurs in seniors, in what quantity and whether it affects their leisure activities. Another point of the research will compare the level of loneliness in seniors placed in residential services and seniors living in their own homes. A quantitative method was used for the research. Data was collected using a questionnaire measuring the degree of loneliness among 221 seniors. The data were collected across the Czech Republic in various residential facilities, including seniors' households. The DJGLS and TILS scales were used to measure loneliness.

The results of our research confirmed all four research hypotheses. The interpreted results can be published on our research file to confirm that most of the respondents interviewed showed higher levels of loneliness. The results indicate a higher interest, on the part of seniors from residential facilities, to spend leisure time with their family or partner. Loneliness is more prevalent among seniors in residential facilities than among seniors in a home environment. Based on the data obtained, we can confirm that the degree of loneliness influences the choice of specific leisure activities.

## Obsah

ÚVOD .....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1. Osamělost a psychické zdraví seniorů .....	10
1.1. Stáří a stárnutí .....	10
1.1.1. Změny ve stáří .....	14
1.1.2. Senior v dnešní společnosti.....	16
1.2. Teoretické koncepty osamělosti.....	18
1.2.1. Osamělost a její projevy .....	20
1.2.2. Faktory ovlivňující osamělost.....	21
1.3. Psychické a fyzické zdraví osamělosti.....	21
1.4. Měření osamělosti-TILS, DJGLS .....	23
2. Způsob žití a sociální podpora seniorů .....	24
2.1. Péče o seniory .....	24
2.2. Možnosti péče v domácím prostředí .....	25
2.2.1. Péče rodiny .....	25
2.2.2. Terénní a ambulantní služby pro seniory.....	26
2.2.3. Osamělost a dopady domácí péče na seniora.....	27
2.3. Možnosti péče v pobytových službách .....	28
2.3.1. Odlehčovací služby .....	29
2.3.2. Týdenní stacionář.....	30
2.3.3. Domov pro seniory a domovy se zvláštním režimem.....	30
2.3.4. Osamělost a dopady pobytové péče na seniora .....	31
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	33
3. Metodologie výzkumu .....	33

3.1.	Výzkumný problém .....	33
3.2.	Výzkumný cíl, výzkumné otázky a hypotézy .....	33
3.3.	Výzkumný přístup a metoda sběru dat .....	34
3.4.	Dotazníkové šetření .....	36
3.5.	Výzkumný soubor.....	37
3.6.	Analýza dat a interpretace výsledků .....	39
	DISKUZE .....	54
	ZÁVĚR .....	56
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....	57
	ZKRATKY .....	58
	LITERATURA .....	59

## ÚVOD

Senioři a osamělost bylo jedno z témat k výběru pro závěrečnou práci a jelikož mi toto téma přišlo zajímavé a dobře uchopitelné, vybrala jsem si jej pro svou diplomovou práci. Senioři nikdy nepatřili do mé cílové skupiny, na praxi jsem se dostávala do styku většinou s malými dětmi a dospívajícími, a proto mě lákalo, poznat také jinou věkovou skupinu v oblasti sociálních služeb. Jelikož mám stále všechny čtyři prarodiče, kteří mi jsou velkou oporou i motivací, rozhodla jsem se i je zapojit do své vědecké práce, včetně jejich přátel a nahlédnout tak do životů jiné generace.

Teoretická část práce je zaměřena především na stáří a seniory, ale také na samotný rozdíl mezi samotou a osamělostí, včetně škály TILS a DJGL, které osamělost měří. Druhá část teorie je zaměřena na sociální podporu seniorů a možnosti dostupné péče v České republice. Cílem výzkumné části bude zjistit, nakolik se liší osamělost u seniorů v domácím prostředí oproti seniorům v pobytových službách. Dalším cílem bude zjistit, jaký vliv má osamělost na volnočasové aktivity u oslovených seniorů.

Pro výzkum byl použit online dotazník, který obsahoval škály měřící osamělost, ale také doplňující otázky na volnočasové aktivity seniorů. Dotazník obsahoval také otázky na lži skóre, například výšku a váhu, které vyřadily větší polovinu respondentů z našeho výzkumu. Překvapilo mě, jak je obtížné získat data pro výzkum v této oblasti.

U výzkumu jsem očekávala větší zájem ze strany seniorů v pobytových službách a obecně větší počet respondentů v této věkové kategorii. Musím uznat, že téma osamělost nepatří na seznam oblíbených témat okolo Vánoc, a možná i proto se lidé báli výzkumu zúčastnit. Naopak mě mile překvapilo, kolik lidí mě samostatně oslovilo ze strany mladistvých, zda by se nemohli do výzkumu zapojit také.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Osamělost a psychické zdraví seniorů

První kapitola diplomové práce je věnována třem základním tématům, kterými jsou stáří, osamělost a psychické zdraví. V této kapitole věnujeme čas pro vymezení terminologie a teoretických východisek. Na úvod jsou uvedeny informace o stáří a stárnutí, které jsou klíčové k pochopení problematiky a seznámí čtenáře s tímto tématem. Je důležité si uvědomit, že stáří není pouze o zvýšení věku jedince, ale také o změnách, které tato životní fáze přináší. Jedná se o změny biologické, sociální a psychické, které jsou v této kapitole vysvětleny a doplněny také o periodizaci této životní etapy. Následně je zde popsán rozdíl mezi samotou a osamělostí a také to, jaké jsou důsledky a projevy osamělosti se mohou u jedinců vyskytnout. Závěr kapitoly je věnován psychickému zdraví.

### 1.1. Stáří a stárnutí

Stáří je životní etapou, kterou podstoupí v rámci života každý jedinec. Ne každý se s touto etapou vyrovnává rovnoměrně, a proto u každého jedince existuje jiný přístup a postoj k této životní etapě. Jedná se o nevratný proces, který mívá různé povahy a zanechává po sobě trvalé stopy (Pacovský & Heřmanová, 1981, s. 57 in Dvořáčková, 2012, s. 9). Nelze jednoznačně říct, kdy fyziologické staří nastává, hodnotí se individuálně a podle několika faktorů, a to sice podle věku, fyzického nebo psychického stavu nebo dle rozsahu samostatnosti. Stáří je poslední vývojovou etapou lidského života, která končí smrtí. Jedná se o období, které přináší každému z nás mnoho změn, ať už pozitivních, tak i negativních. Do našich životů toto období může přinést nejenom životní úspěchy a výsledky našeho konání během našeho života, ale také nové hodnoty, nemoci nebo zklamání.

Během procesu stárnutí se odehrává několik změn ve struktuře a funkcích organismu, které postupně způsobují pokles výkonnosti člověka a také způsobují jeho zranitelnost (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Pacovský a Heřmanová (1981) vypracovali teorii stárnutí, kterou rozdělili do tří skupin:

- Teorie o působení vnějších vlivů (ekologické podmínky, vliv bakterií, vliv virů,..)
- Teorie o působení vnitřních vlivů (genetika, proteinová syntéza, metabolické změny)
- Teorie porušené integrace a organizace

Seniorský věk lze klasifikovat dle různých autorů a definic. Nejčastěji je však za seniora považována osoba starší 60 let. Pro klasifikaci se používá zejména kalendářní věk, který je dán datem narození. Haškovcová (1989, s. 23) rozlišuje nejen věk chronologický (kalendářní), ale také sociální, biologický a psychologický. Sociální věk udává, jak by se měl jedinec určitého věku chovat a prezentovat. Biologický neboli též funkční věk, popisuje skutečné biologické stárnutí organismu a jeho změny. Psychologický věk vyjadřuje subjektivní vnímání vlastního věku a souvisí s psychickým stavem seniora.

Pichaud (1998) považuje stáří za období, ve kterém se značně mění způsob života. Mezi tyto změny patří například dospělost dětí a jejich odchod do vlastního bydlení, narození prvních vnoučat, odchod do důchodu či úmrtí partnera a vrstevníků. Na tyto změny se vážou další situace, které ovlivňují život jedince. Jedná se o finanční situaci, ztrátu dosavadních sociálních kontaktů, úbytek sil, zpomalení životního tempa a zhoršení zdravotního stavu (Dvořáčková, 2012, s. 10-11).

Životní etapa stáří je chápána jako období, kdy se většina důležitých funkcí člověka zhoršuje. Je potřeba poukázat i na stránky osobnosti, které se ve stáří mohou zlepšovat. Můžeme zde uvést například rozvážnost, moudrost, spirituálnost, předávání kulturního dědictví nebo třeba humor, který nabízí odstup od vážné skutečnosti a tlumí negativní emoce. Osobnostní stránky fungují jako obranný mechanismus před dopady stresu a podporují skupinovou solidaritu (Mareš, 2015, s. 66-67). Kdy tedy můžeme člověka označit za starého? Na tuto otázku neexistuje značná odpověď. Odpověď neexistuje ze tří základních důvodů. Prvním důvodem je individuální variabilita, která poukazuje na skutečnost, že pokud člověk vykazuje určitý pokles v jedné z funkčních oblastí, neznamená to, že i v ostatních musí být jeho výkonnost snížena.

Naopak může být jeho výkon stabilně zachován, či dokonce růst. Druhým důvodem je individuální duševní svěžest a tělesná zdatnost, které se mohou projevovat individuálně dle životního stylu, genetiky nebo třeba skrze předešlá onemocnění. U někoho se vyskytují první příznaky stáří dříve, u někoho mnohem později. Posledním důvodem je zdravotnická péče a velká škála přípravků, které mají pozitivní vliv na zdravotní stav jedince. Závěrem tedy můžeme říct, že člověk je pro společnost starý, pokud je tak vnímán ostatními členy ve společnosti (Langmeier, & Krejčířová, 2006, str. 203).

Stáří je nejčastěji vymezováno chronologickým věkem. Dle WHO (World Health Organization, 2003) je stáří děleno do tří základních kategorií:

60-74 let vyšší věk či ranné stáří

75-89 let stařecký věk

90 let a více dlouhověkost

Haškovcová (2012, str. 99-100) do periodizace zahrnuje také střední věk a ve své knize uvádí periodizaci stáří takto:

45 let až 59 let- STŘEDNÍ VĚK (zlatý věk)

60 let až 74 let -VYŠŠÍ VĚK (rané stáří)

75 let – 89 let- STAŘECKÝ VĚK (vlastní stáří)

90 a více let

Příhoda (1974, dle Šimičkové 2010) pojmenoval stáří jako Senium a rozdělil jej na tři kategorie:

60-75 let Senescence

75-90 let Kmetství

od 90 let Patriarchium

Poslední dělení, které bych zde uvedla je členění dle Čevely a kol. (2012, str. 29), kteří kromě kalendářního členění stáří berou v potaz také funkční věk člověka, který dokáže mnohem lépe zhodnotit, čeho je člověk opravdu schopný, jelikož je více objektivní a odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka (věk skutečný). Nemusí být totožný s věkem kalendářním. (Pacovský, 1994: 12-13).



Funkční věk dělí seniory na tyto skupiny:

**ELITNÍ SENIOŘI** –senioři, kteří podávají nadprůměrné výkony až do velmi vysokého věku

**ZDATNÍ SENIOŘI (fit)** – senioři, kteří zvládají pracovní a pohybové aktivity a zároveň se věnují svým koníčkům

**NEZÁVISLÍ SENIOŘI** –senioři u kterých se objevuje menší míra potenciálu zdraví (adaptabilita, zdatnost, odolnost), ale zvládají nároky, které jsou ně kladeny v průběhu života, energii čerpají hlavně z rekondičních pobytů

**KŘEHCÍ SENIOŘI** – senioři jejich funkční a zdravotní stav není tak dobrý jako dřív, využívají šetrné intervence a tísňovou péči

**ZÁVISLÍ SENIOŘI**– senioři, u kterých je velmi nízká úroveň zdraví, je zde nutná asistence druhé osoby, využívají více podpůrné služby ale i dlouhodobá péče

**ZCELA ZÁVISLÍ SENIOŘI**– senioři, kde je nutná trvalá péče, protože jsou často upoutáni na lůžku a neobejdou se bez ošetrovatelské péče někoho druhého, popřípadě tito lidé využívají pečovatelské služby, u seniorů zcela závislých je třeba dbát na jejich důstojnost

**UMÍRAJÍCÍ SENIOŘI**– senioři, kteří vyžadují paliativní péči

Haškovcová (2012, str.148) neoznačuje za seniora pouze staršího člověka, ale také nejstaršího a také váženého člena určitého společenství. Toto označení může být použito k rozlišení členů rodiny: mladšího (juniora) a staršího (seniora). Takovéto označení se využívá nejčastěji v situaci, kdy má více členů stejné jméno a příjmení. Proto, pokud je člověk nazván seniorem, nemusí to nutně znamenat, že je člověk starý.

Stáří dle Saka a Kolesárové (2012, str. 14) je ohraničeno dvěma časovými úseky mezi horní a spodní hranicí. Horní hranici jasně stanovuje smrt. Spodní hranice naopak nemá jasně stanovený bod, který by ji definoval. Procesy a jevy, které jsou typické pro stáří, vstupují do našeho života postupně a jsou ovlivněny řadou okolností, mezi které řadíme například genetiku, charakter práce, kvalitu životního prostředí, hodnoty jedince nebo zdravotní a sociální systém. Proto spodní hranici můžeme určit pouze individuálně dle jedince.

### **1.1.1. Změny ve stáří**

Mlýnková (2011, str. 20-26) změny stáří rozlišuje na biologické, psychické a sociální. K biologickému stáří řadíme úbytek svalové a kostní hmoty a s tím spojený úbytek hmotnosti jedince, výskyt chorob nebo zhoršení funkčnosti smyslů. U sociálního stáří vnímáme změny v sociálních rolích a způsobu života, což je spojováno především s odchodem člověka ze zaměstnání do penze. Psychické stáří se vyznačuje změnou psychiky, emocí a kognitivních funkcí.

#### **Biologické změny**

U biologického stáří pozorujeme involuční změny, které jsou velice individuální, jelikož se vyskytují u každého jedince v jiné míře i v jiném časovém období. Jsou ovlivňovány množstvím faktorů, které na ně působí. Mezi tyto faktory můžeme zařadit dědičnost, sociální prostředí, ve kterém člověk žije, ale také samotný vývoj jedince.

Nejvýraznější změny pozorujeme u vzhledu jedince. Mezi tyto viditelné změny patří úbytek a šedivění vlasů, svrašťování a vysušování kůže, úbytek svalové hmoty, poruchy sluchu a zraku, změna postavy nebo pohybu. V oblasti pohybového systému můžeme pozorovat sníženou rychlost pohybu, pružnost, obratnost nebo také špatné držení těla. Mezi biologické aspekty řadíme také změny v trávicím traktu, změny smyslů, termoregulace, vylučování, činnosti srdce a cév nebo sexuální a celková fyzická aktivita. U člověka můžeme pozorovat celkový úbytek sil a schopností, jelikož se snižuje výkonnost a zvyšuje se potřeba odpočinku (Malíková, 2020).

Období stáří samo o sobě není vnímáno jako chorobný stav, jedná se spíše o období, kdy se začíná kumulovat velké množství nemocí, které mají vliv na rychlost stárnutí. Nemoci jsou často chronické. V tomto spojení můžeme mluvit o tzv. polymorbiditě, což znamená, že lidé trpí více chorobami naráz (Vágnerová, 2008).

## **Psychologické změny**

Stáří ovlivňují také psychické aspekty, které silně korelují s těmi biologickými. Dle Jarošové (2006) mezi hlavní psychické změny patří zvýšené zapomínání, snížení schopnosti paměti, snížení funkce řeči, snížení výkonnosti intelektových funkcí, zvýšená emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků, citová oploštělost, částečný pokles zájmu seniora v oblasti socializace, apatie a neochota zapojit se do jakékoliv činnosti. Tendence k bilancování svého života a posuzování situací s časovým odstupem, změny potřeb a jejich pořadí nebo snížená schopnost adaptace na změny. Krajčík (2000, str. 16) říká, že psychické změny se projevují hlavně v oblasti poznání (paměť, pozornost, vnímání, představy a myšlení).

## **Sociální změny**

Mezi nepříznivé sociální aspekty patří odchod do důchodu, změna ekonomické situace, sociální izolace, strach z osamělosti a nesoběstačnosti, zhoršená možnost kontaktů s přáteli a jinými osobami, fyzická závislost z důvodu nemoci, pohybové nebo smyslové omezení, nutná změna životního stylu nebo strach ze stáří a samoty (Malíková, 2020).

Podle Klevetové & Dlabalové (2008, str.71) potřebuje každý člověk ve společnosti někoho milovat a být milován. Důležitá je také úcta k druhému, což je podle autorek jeden z největších projevů pokory, a to především ve vztahu k seniorům.

Ve stáří čelí jedinec mnoha změnám, které s přibývajícím věkem přichází a mnohdy není úplně jednoduché je zvládnout. Zásadním momentem je odchod do penze a ztráta pracovního kolektivu. Změna nastává také v době, kdy jedinec nezvládá o svoji osobu pečovat samostatně nebo se rozhodne přestěhovat do domova pro seniory. Odchod ze zaměstnání do důchodu s sebou nese také změnu režimu, zhoršení ekonomické situace, úbytek sociálních kontaktů, pocit neužitečnosti a ztrátu smyslu života.

U seniorů dochází také k izolaci, jelikož mají horší podmínky k navazování nových kontaktů a udržují si především ty z mladých let. O tyto přátele senioři často přichází z důvodu nemoci a úmrtí. Mezi hlavní sociální změny patří tedy odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráta blízkých osob, osamělost a finanční obtíže (Venglářová, 2007, str. 96).

### **1.1.2. Senior v dnešní společnosti**

V dnešní společnosti můžeme vnímat seniory jako větší skupinu lidí, jelikož úmrtnost klesá a lidé se dožívají vyššího věku. Počet osob ve věku 65 a více let se v Česku neustále zvyšuje od poloviny 80. let 20. století. Nárůst počtu seniorů se výrazně zvýšil na konci 21. století. V letech 2011-2021 byl nárůst seniorů o 515 tisíc. (Český statistický úřad, 2023) Společnost seniory vnímá ve dvou různých pohledech. Prvním pohledem vnímáme seniory jako zkušené a moudré osoby, které nám mohou předat řadu svých osobních zkušeností, zážitků nebo kulturní tradice, které můžeme využít během svého života. Na druhou stranu společnost považuje seniory za nepotřebné a vnímá je jako ekonomickou zátěž.

Český statistický úřad každý rok aktualizuje informace a počty obyvatel v České republice. I letos poukazuje na život seniorů nyní a v loňských letech. Do kategorie seniorů řadí všechny osoby starší 65 let. Dle statistiky jsou senioři v dnešní době více ekonomicky aktivní než před deseti lety. Zatímco v roce 2013 pracovalo v této věkové skupině jen 26,9 % lidí, nyní je to 54,8 %. Znamená to tedy, že ekonomicky aktivní je více než polovina této populace (Český statistický úřad, 2023).

Je dnešní společnost pro seniory lepší než v předešlých letech? Toto bude otázka na každého jedince, jelikož každý vnímá věci jinak. Určitě bychom našli také rozdíly, zda senior bydlí na vesnici či ve městě, v jakém zdravotním stavu je a také zda má dostatek fyzických sil a podobně. Osobně vnímám jako pozitivum větší svobodu v cestování, modernější přístupy a metody ve zdravotnictví, větší dostupnost léků a zdravotnické péče, pobytová zařízení pro seniory, volnočasové aktivity nebo slevy na vstupné na kulturní a společenské akce. Vnímám také negativní dopady dnešní doby, kterými mohou být nízké důchody, vysoké poplatky na bydlení a služby nebo ceny potravin.

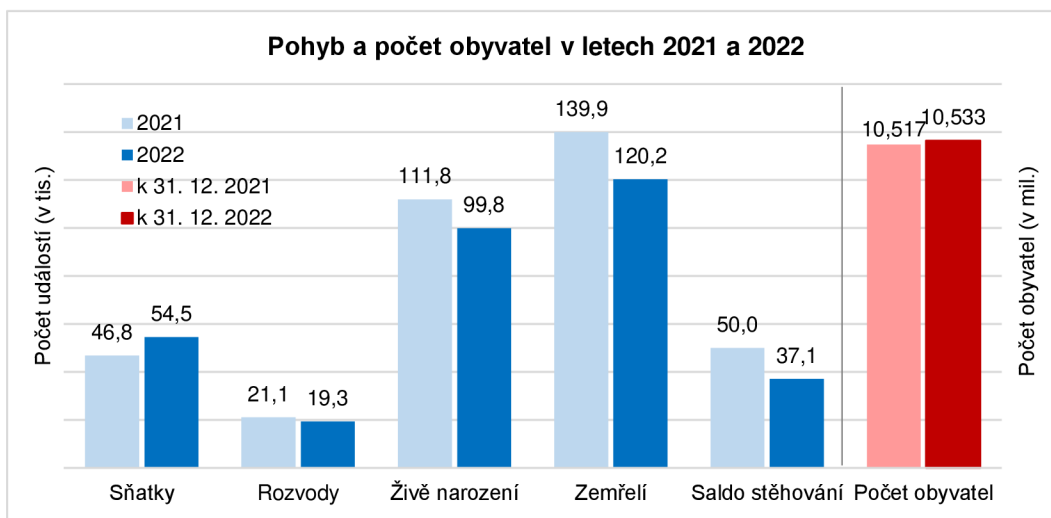
Výše důchodu stále roste, ale s nimi také výdaje na vlastní bydlení a také ostatní náklady. V roce 2019 činil čistý příjem na osobu starší 65 let v domácnosti celkem 198,3 tisíc, v roce 2022 to bylo 222,1 tisíc. Senioři žijící v jednočlenných domácnostech vydali za náklady spojené s bydlením v roce 2020 celkem 62 071 Kč, v roce 2022 částka vzrostla na 75 124 Kč (Český statistický úřad, 2023).

Významnou roli hraje míra úcty a respektu, které představují významný faktor ovlivňující sociální pozici seniora ve společnosti. Sociální pozice je většinou určena na základě původu, dosaženého vzdělání, biologickými znaky nebo mírou společenské angažovanosti. Společenský status bývá snižován díky jejich závislosti na důchodových platbách a nízkému ekonomickému zapojení. Někteří členové společnosti mohou zastávat stereotypní názory vůči seniorům, například se domnívají, že všichni senioři jsou senilní a představují zátěž pro společnost (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

Populace nejen České republiky stárne a podle dlouhodobých prognóz se bude podíl starších lidí neustále zvyšovat. K demografickému stárnutí dochází především v důsledku změn v oblasti demografické reprodukce. Ve společnosti dochází ke snižování úmrtnosti a také k poklesu intenzity porodnosti. V souvislosti se stárnutím populace a poklesem úmrtnosti ve vyšším věku je otázka kvality života ve stáří více než aktuální (Čevela a kol., 2012, s. 23-25).

## Graf č.1

Český statistický úřad (2023): Pohyb a počet obyvatel v ČR



Senioři jsou více aktivní při využívání moderních technologií, proto dokážou lépe ovládat chytré mobilní telefony, počítače nebo sociální sítě. Nejvíce osvojenou technologií je především mobilní telefon, který se naučilo používat již 96 % osob starších 65 let. Více než polovina osob v tomto věku používá tlačítkový přístroj, k chytrému telefonu si našlo cestu zatím 40 % seniorů, každopádně tento podíl každým rokem stoupá, a to poměrně výrazným tempem. Chytrý telefon mají zatím 4 z 10 seniorů, přičemž internet na telefonu používá 30 % z nich (Český statistický úřad, 2023).

## 1.2. Teoretické koncepty osamělosti

Mnozí lidé si často neuvědomují rozdíl mezi samotou a osamělostí, a často je tak zaměňují nebo jim přiřkládají stejný význam. Samota může být svobodnou volbou jedince a být tak únikem od shonu a každodenních tlaků, zatímco osamělost je pocit, který nás může zasáhnout uprostřed davu. Oba tyto pojmy se velice často zaměňují, i přesto, že mají zcela jiný dopad na lidskou psychiku. Zatímco samota může být osvobozující a poskytnout tak jedinci prostor pro sebereflexi a osobní růst, osamělost může vést k pocitům izolace a odcizení (Galderisi et al., 2017).

Samotu můžeme řadit mezi potřeby jedince být sám. Vyjádřením samoty může být únik jedince ze sociálního prostoru či mezilidských vazeb. Člověk si může zvolit samotu dobrovolně v různých situacích a duševních rozpoloženích. Tento stav jedinec vyhledává převážně v době, pokud se potřebuje srovnat své myšlenky, nabrat energii nebo se vyrovnat s prožitými událostmi (Galderisi et al., 2017). V některých kulturách je samota jako součást rituálů, neboť v samotě může jedinec věnovat svou pozornost poznání sebe sama a svých schopností. Dle Tylové a kol. (2014) je samota považována za nedostatek kontaktů a vztahů s ostatními lidmi.

Osamělost je subjektivní a negativní pocit z nedostatku sociálních vztahů nebo pocitu spojení s ostatními lidmi (Cacioppo, 2010). Holt-Lunstad, Smith a Baker (2015) ve své knize definují osamělost jako subjektivní pocit nedostatku sociálního propojení s ostatními. Jedná se tedy o stav, kdy jedinec necítí dostatečnou podporu, respekt a přijetí ve svém sociálním okolí.

Osamělost je stav, který mnoho lidí zažívá a často se stává zdrojem trápení a nepohodlí. Je to pocit izolace a nedostatku sociálního kontaktu, který může vést k psychickým i fyzickým problémům. Nejedná se pouze o fyzické odtrženosti od ostatních lidí, ale také pocit nedostatečného spojení a porozumění

Samota je rozdělena na samotu dobrovolnou a nedobrovolnou. V podobě dobrovolné samoty jsou lidé rádi sami, jelikož si mohou urovnat myšlenky a najít své místo v neustálém toku informací. Takovýto stav jedinci vyhledávají záměrně. Nedobrovolná samota je obvykle spojována s pojmem osamělost. Jedná se o nepříjemný či stísněný afektivní nebo kognitivní stav, ve kterém se jedinec cítí být sám a opuštěný (Hartl & Hartlová, 2010, s. 372).

Na rozdíl od samoty je tedy osamělost prožívána jako nenaplnění potřeby zapojit se do sociálních vztahů a nevzniká na základě svobodné volby. Osamělost je výsledkem vnějších okolností, které jedinec nedokáže ovlivnit a je spojena s nepříjemným a nechtěným pocitem (FYZIOklinika s.r.o). Osamělost může být vymezena třemi základními znaky, kterými jsou nepříjemný stav, subjektivní prožitek a vnímání určitých nedostatků v interpersonálních vztazích (Tylová a kol., 2014).

Osamělost je vnitřní a nepříjemný subjektivní zážitek jedince, který začíná v době, kdy sociální síť jedince prodělá kvalitativní nebo kvantitativní ztrátu (Tabue et al, 2016). Stickley et al. (2013) ve svém výzkumu poukazuje na nižší výskyt osamělosti v severoevropských zemích, jako je Dánsko, Německo, Švédsko a Velká Británie. Osamělost je komplexní duševní vzrušení, které je prožíváno ve formě nepříjemného pocitu stresu z nedostatku spojení nebo shody s ostatními ve společnosti (Chana, 2016). Jedná se o nepříjemnou emoční reakci, která zahrnuje úzkostné pocity vztahující se k absenci mezilidských vztahů a komunikace s ostatními lidmi. Člověk může cítit osamělost i když je obklopen jinými lidmi. Pocity osamělosti se vyskytují u všech věkových kategorií. Zvýšený výskyt můžeme ovšem pozorovat u mladších dospělých a seniorů (Just, 2022).

### **1.2.1. Osamělost a její projevy**

Projevy osamělosti mohou být emocionální, fyzické i sociální. Emoční projevy zahrnují deprese, úzkost, pocit prázdnoty a nízké sebehodnocení. Fyzické projevy mohou zahrnovat zhoršenou kvalitu spánku, vyšší riziko srdečních onemocnění a další zdravotní problémy. Sociální důsledky zase mohou zahrnovat omezení sociálních interakcí, nedostatek podpory a izolaci, což může zvýšit pocit osamělosti (Cacioppo, 2010). Bylo zjištěno, že osamělost přispívá k celkovému zhoršení duševního i fyzického zdraví. Toto tvrzení vyplívá z výsledků zahraniční studie, kde je dokázáno, že osamělost má značný vliv na výskyt demence nebo zvýšení úmrtnosti (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Cacioppo, Hawkley & Thisted (2010) ve svém výzkumu potvrdili vliv osamělosti na výskyt deprese u seniorů. Kromě toho osamělost silně ovlivňuje kognitivní funkce seniorů a může tak mít také vliv na výskyt demence. Osamělost u seniorů se často vyskytuje v kombinaci s dalšími proměnnými, mezi které může patřit manželský stav, vyšší věk, nízký finanční příjem, nižší úroveň vzdělání, špatný zdravotní stav nebo nízká kvalita sociálních vztahů. Dle výzkumu Cohena (2016) má na výskyt osamělosti u seniorů vliv pohlaví. U ženského pohlaví, můžeme osamělost pozorovat více než u mužů.



U seniorů, u kterých se pocity osamělosti vyskytly, byly také vyzorovány kognitivní deficity, špatný psychický a zdravotní stav nebo nízké sebevědomí (Cohen-Mansfield et al., 2016).

Existují různé typy osamělosti. Jedním z nich je situační osamělost, která může nastat po ztrátě blízkého člověka, rozvodu nebo odchodu dětí do vlastního života. Lidé se cítí opuštěně, izolovaně a bezpečnostně ohroženi. Dalším typem je sociální osamělost, která vzniká na základě nedostatečného sociálního kontaktu a ztráty přátel. Tato forma osamělosti může být pro lidi nejbolestivější, jelikož vnímají nedostatek podpory a přijetí ze strany okolí (Hartl & Hartlová, 2010).

### **1.2.2. Faktory ovlivňující osamělost**

Osamělost ovlivňují tři základní faktory, mezi které řadíme sociální, zdravotní a životní změny. Sociální faktory zahrnují nedostatek blízkých vztahů, odloučení od rodiny a přátel nebo změny ve společenském prostředí. Příkladem může být obtížné navazování kontaktů v novém prostředí, například přestěhování do nového místa nebo změna pracovního prostředí. Mezi zdravotní faktory můžeme řadit fyzickou nemoc, omezení mobility nebo duševní onemocnění, které mohou hrát významnou roli v pocitech osamělosti, jelikož mohou vést k omezení sociálních aktivit a kontaktů. Životními změnami, které mají vliv na osamělost jedince mohou být rozvod, úmrtí partnera nebo blízkého příbuzného, či odchod dětí do vlastního života (Dvořáčková, 2012).

### **1.3. Psychické a fyzické zdraví osamělosti**

Psychické zdraví se týká stavu duševní pohody, emocionální rovnováhy a mentálního zdraví jedince. Obsahuje schopnost jedince vyrovnávat se s různými emocemi, zvládat stresové situace, efektivně pracovat a přizpůsobovat se změnám. Pro zachování psychického zdraví je potřeba sociální podpory, vyrovnaných mezilidských vztahů, schopnost řešit problémy a také každodenní radosti. Psychickému zdraví je potřeba věnovat pozornost a péči, jelikož hraje klíčovou roli v celkovém blahu jedince (Galderisi et al., 2017).

Duševní onemocnění je stav našeho nitra, který má negativní dopad především na myšlení, prožívání a vztahy, ať už k nám samotným nebo ostatním ve společnosti. Duševní onemocnění patří k nejčastějším příčinám pracovní neschopnosti nebo předčasného odchodu do důchodu a invalidity.

V dnešní době můžeme pozorovat větší výskyt vlivem nevyváženého životního stylu a podceňování faktorů. Mezi faktory můžeme řadit stres, nezdravá strava, nedostatek spánku a odpočinku, vysoké pracovní tempo nebo také nedostatek sociálních vazeb (Galderisi et al., 2017).

Dle Wanga má osamělost a nízká sociální podpora vliv na psychické zdraví jedince a může způsobovat vyšší úmrtnost. Dle výsledků výzkumu se u osamělých lidí vyskytuje více rizikových faktorů. Můžeme zde řadit také fyzické faktory jako je obezitu, nižší fyzickou aktivitu, ischemické srdeční choroby, cévní mozkové příhody, zvýšený krevní tlak nebo chronické bolesti (Wang et al., 2018). Kromě toho bývá osamělost spojována s progresí Alzheimerovy choroby, s výskytem deprese, s poruchami spánků a narušením kognitivních funkcí. (Coyle & Dugan, 2012). V roce 2012 byla pozorována osamělost a její dopad na psychické zdraví u obyvatelstva Indie. Výsledky výzkumu poukazují nejenom na potíže při každodenních činnostech, ale také na vyšší výskyt mrtvice nebo angíny. Stejně jako předchozí výzkumy poukázala i tato studie na souvislost mezi osamělostí a depresí či nespavostí. I zde se prolínají faktory psychického a fyzického zdraví. Jako další symptomy byly uvedeny pokles tělesné hmotnosti a nižší fyzická výkonnost. (Pengpid & Peltzer, 2021).

Dle různých výzkumu můžeme potvrdit, že osamělost má výrazný vliv na tělesnou hmotnost jedince. Nejde jednoznačně říct, zda se jedná o úbytek či nárůst tělesné hmotnosti. Některé studie poukazují na výrazný pokles tělesné váhy u osob trpících osamělostí (Pengpid & Peltzer, 2021) a některé naopak zmiňují spojitost s nadváhou a obezitou. Výzkum z roku 2021 se zaměřil na obyvatelstvo z Evropy, především z Německa, Finska a Spojeného Království. I v tomto výzkumu se prokázala spojitost mezi osamělostí a nárůstem tělesné hmotnosti (Hájek et al., 2021).

## 1.4. Měření osamělosti-TILS, DJGLS

Pro měření osamělosti používáme měřicí škály, které mohou být jednodimenzionální, nebo dvoudimenzionální. Nejlepších výsledků dosáhneme v případě, kdy použijeme dvě škály měřící osamělost. Pro výzkum této diplomové práce byly využity dvě základní škály. První škála je označena zkratkou TILS, jelikož vychází z anglického „Three-item loneliness scale. V překladu do Českého jazyka se jedná o tři položkovou škálu osamělosti, která byla navržena pro použití ve velkých populačních průzkumech jako rychlé měření osamělosti (Trucharte et al., 2021).

V našem výzkumu respondenti volili na škále mezi třemi odpověďmi: Téměř nikdy, občas a Často. Respondenti byli dotázáni, například jak často mají pocit, že postrádají společnost druhých osob, nebo jak moc se cítí být izolováni od ostatních. Odpovědi jednotlivců byly sečteny, přičemž vyšší skóre indikovalo větší osamělost.

Další škálou je GJGLS škála, jejíž název je odvozen od autora, jímž je De Jong Gierveld. Tuto škálu vyvinul společně s Kamphulsem v roce 1985. Jedná se o 11 položkovou škálu, která se skládá ze dvou subškál. Tato škála je tvořena šesti negativně orámovaných položek měřící emocionální osamělost a pět pozitivně orámovaných položek měřící sociální osamělost. Jedná se tedy o dvoudimenzionální škálu, jelikož se zaměřuje na sociální a emociální osamělost. Součet těchto dvou subškál tvoří obecné skóre osamělosti. Respondent vybírá z možností: ano, ne a více nebo méně. Celkové skóre se může pohybovat od 0 do 22, přičemž vyšší skóre označuje závažnější osamělost. Škála DJGLS byla testována na validitu a spolehlivost v roce 2015 v Turecku (Bahceli, 2018).

## **2. Způsob žití a sociální podpora seniorů**

V této kapitole jsou popsány dva typy péče o seniory, konkrétně tedy péče v institucionálních službách a péče v domácím prostředí. Služby, které jsou seniorům nabízeny, mohou být sociální i zdravotnické. Jsou zde popsány jednotlivé typy pobytových služeb a možnosti domácí péče a také jejich dopady na osamělost seniorů. Je zde zmíněna také podkapitola o historii pobytových služeb.

### **2.1. Péče o seniory**

V České republice vychází péče o seniory z principu, kdy je za zajištění základních životních potřeb těchto osob zodpovědná hlavně rodina. Zdravotnické či sociální služby přichází na řadu až v době, kdy rodina péči o svého blízkého nezvládá, nebo pokud senior nikoho blízkého nemá (Hrozenská & Dvořáčková, 2013, str. 60).

Jedlička (1991) dělí péči o seniora na zdravotnickou a sociální. Mezi zdravotnické služby řadí geriatrická oddělení v nemocnicích, psychiatrické léčebny, sociálně ošetrovatelská zařízení, léčebny dlouhodobě nemocných nebo paliativní péči-hospic. Pro výběr vhodné sociální služby hraje významnou roli soběstačnost jedince, o kterého má služba pečovat. Pokud jedinec zvládá většinu denních povinností samostatně a jeho zdravotní stav není špatný, volíme pro seniory takzvanou terénní sociální službu. Pokud člověk nedokáže většinu úkonů vykonávat samostatně, je potřeba zvolit dům s pečovatelskou službou, kde mu pracovníci pomáhají s péčí. Pokud u seniora pozorujeme nízkou soběstačnost a jedinec není schopný zůstat sám v domácím prostředí, je vhodné využít pobytovou službu v domově pro seniory, a v případě demence i domov se zvláštním režimem. Mezi nejčastější sociální služby patří rodinná domácí péče, terénní služba, osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služba, centra denních služeb nebo denní či týdenní stacionáře.

Poskytování služeb se řídí dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., která se pojí se zákonem o sociálních službách (Holmerová, 2014). Hlavním posláním sociální služby je pomoci jedincům zůstat rovnocennými členy společnosti i přes nepříznivou sociální situaci. Cílem sociálních služeb není pouze zachovat lidskou důstojnost klientů, nebo vycházet z klientových individuálních potřeb a zlepšovat či zachovat soběstačnost klientů, ale také aktivně rozvíjet jeho schopnosti a poskytovat kvalitní služby, které jsou v zájmu klientů (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

## **2.2. Možnosti péče v domácím prostředí**

Etapa stáří je doprovázena fyzickými a psychickými změnami a senior se tak dostává do stavu závislosti na péči ostatních. Přiznání si vlastní neschopnosti vnímá mnoho seniorů jako ponížení, především pokud je závažně narušena fyzická mobilita bez narušení kognitivních funkcí. Ve fázi, kdy se vykytuje trvalá závislost seniora na péči jiné osoby, může mnoho seniorů lépe snášet nabídku pomoci od jiné osoby než od svých potomků (Vágnerová, 2007). Péče třetí osobou, je zpravidla prováděna zdravotní sestrou či pečovatelkou zaměstnanou u registrovaných agentur domácí péče.

Haškovcová (2012) definuje domácí péči jako systém odborných zdravotnických služeb, které jsou pacientům či klientům poskytovány v jejich domácím prostředí a jsou více než 90 % hrazeny zdravotní pojišťovnou. Jednotlivé typy poskytované péče se mohou lišit dle závislosti na potřebách seniora a na možnostech pečovatelských agentur v daném regionu.

### **2.2.1. Péče rodiny**

Péči v domácím prostředí můžeme označit jako neformální péči, která je zajišťována převážně jedním členem rodiny, tedy neformálním pečovatelem. Nejčastějšími pečujícími osobami jsou ženy. Konkrétně dcery, snachy nebo partnerky či sestry. Muži se nepodílejí tolik na přímé péči o seniora, ale zajišťují spíše technickou a finanční pomoc (Dudová & Vohlídalová, 2018).

Díky zavedení příspěvku na péči, dostávají osoby finanční příspěvek, který je určen seniorům potřebující pomoc, nikoliv pečujícím. Záleží pak na seniorovi, na co příspěvek využije. Může ho použít na podporu pečujících příbuzných či na odbornou pomoc a uhradit si tak poskytnutí sociální služby (Malíková, 2011).

U rodinné péče je velmi důležitá motivace, která člověka k péči o seniora vede. Motivace je dána morální kvalitou rodiny, žebříčkem hodnot a mravní výchovou (Klevetová & Dlabalová, 2008, str. 82). Aby rodina mohla pečovat o svého blízkého, je důležité, aby dodržel tyto tři zásady: chtít pečovat, umět pečovat a moci pečovat. Senior se dostává do stavu závislosti na péči ostatních a je tak narušena jeho fyzická, psychická, materiální i finanční autonomie.

Určitým nebezpečím domácí péče může být násilí páchané na seniorech. Senior může být obětí fyzického, psychologického a emocionálního násilí či sexuálního obtěžování a zneužívání. Dle Špatenkové (2017) je násilí nejčastěji pácháno potomky seniora. Zanedbávání se odehrává jak vůči soběstačným seniorům, tak vůči seniorům závislým na péči. Nejčastěji se jedná o důsledek syndromu vyhoření.

### **2.2.2 Terénní a ambulantní služby pro seniory**

Do kategorie terénních služeb řadíme podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách služby, jako je pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby, tísňovou péči, odlehčovací služby a podporu samostatného bydlení (Zákon č.108, § 38-44). Jedná se o sociální služby, které představují odbornou péči v domácím prostředí. Služba je určena seniorům, kteří nejsou hospitalizováni v nemocnici a rodina jim nechce nebo nemůže péči zajišťovat sama. Cílem této péče je, aby člověk mohl co možná nejdéle setrvat ve svém domácím prostředí, ve kterém je zvyklý a kde se cítí dobře (Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2015, str. 50). Terénní služby nabízí komplexní pomoc, která je strukturovaná podle klientových potřeb a je časově flexibilní (Kubalčíková, 2015).

Ambulantní sociální služby jsou určeny seniorům, kteří nemají dostatek sociálních kontaktů a z nějakého důvodu nechtějí nebo nemohou zůstat celý den sami doma. Jsou tak dobrým řešením pro seniory, o které pečuje jejich blízký člen a v průběhu dne potřebuje chodit do svého zaměstnání. Hlavním úkolem služby je posílit samostatnost a soběstačnost klientů. Ve službě je zajištěna kompletní péče o seniora včetně poskytnutí stravy nebo pomoc při osobní hygieně. Tito klienti za sociální službou dochází nebo dojíždí, ale nejedná se o pobytovou formu sociální služby. Mezi ambulantní sociální služby pro seniory patří: sociální rehabilitace, centra denních služeb, denní stacionáře a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (Zákon č.108, § 46-70).

Pracovníky pečovatelské služby nejsou pouze zdravotníci, ale také osobní asistenti, jejichž obsahem práce je pomoc seniorům při hygieně, obstarávání nákupů, dovážka jídla či pomoc při denních aktivitách. Klasická domácí péče je poskytována kvalifikovanými ošetrovatelkami, které musí splňovat kvalifikaci dle zákona o zdravotnických službách. Nedílnou součástí týmu jsou zdravotní sestry, které mohou ošetřit proleženiny, aplikovat inzulin, podávat předepsané léky, ošetřovat rány a poskytovat další medicínské nelékařské služby (Prajznerová, 2018). Tyto služby nejsou hrazeny ze systému zdravotního pojištění. Část nákladů pokryje příspěvek na péči, nebo také zdravotní pojišťovna, pokud tuto službu předepíše lékař.

### **2.2.3 Osamělost a dopady domácí péče na seniora**

Dle Jarošové (2004) je rodinné prostředí optimálním zázemím pro péči o seniora. Zapojení rodinných příslušníků do péče o seniora může mít pozitivní i negativní dopady na jeho psychiku. Pozitivní aspekty se zvyšují, pokud o seniora pečuje nejenom rodina, ale více osob včetně profesionálních pečovatelek či zdravotních sester. Rodinné zázemí představuje pro seniora důležitý zdroj opory a stability, je to prostředí, které senior důvěrně zná a kde se cítí svobodně. Senior v domácím prostředí se cítí bezpečně na základě opakování určitých rituálů, které pro něho znamenají propojení s minulostí a určitý rámeček budoucnosti. Každá rodina má své vlastní rituály neboli rutinní i méně časté praktiky uvnitř rodinných vztahů, které upevňují rodinnou spjitost (Sýkorová a kol., 2007).

Současní senioři vyrůstali v době, která je naučila neprojevat svou nespokojenost, a proto mají často problém sdělit svým blízkým své pocity o tom, zda jim něco nevyhovuje. Toto chování může často vést k osamění seniora i přesto, že má kolem sebe funkční rodinné i přátelské vztahy. Pocity osamělosti mohou vyplývat také z jazykové bariéry mezi generacemi nebo díky vzájemnému neporozumění (Havránková, 2021). Senioři se v určité fázi svého života nacházejí v postavení závislé osoby. Navazování nových mezilidských vztahů je pro ně mnohem obtížnější, zejména pokud již nejsou zcela soběstační. V etapě stáří dochází k výrazným biologickým změnám, díky kterých se objevuje vyšší citlivost. Drobné poznámky, pronesené blízkými osobami, jim pak mohou připadat útočné, a tak se senioři raději stáhnou do své samoty (Havránková, 2021). Velký vliv na únik do samoty může mít nízké sebehodnocení jedince, neboť ztráta určité sociální role může způsobit změny v sebepojetí seniora.

### **2.3. Možnosti péče v pobytových službách**

Pokud nastává situace, kdy člověk nedokáže doma žít samostatně a nemá nikoho, kdo by se o něj postaral, přichází na řadu institucionální služby. Tato situace nastává v době, kdy senior přestává zvládat běžné činnosti a nejčastěji se vyskytuje po úraze a následné imobilitě. Jedná se o velkou změnu, jelikož se musí senior adaptovat na nové prostředí, zvyky a způsoby a musí navazovat nové kontakty (Ondrušová, 2011).

Pobytové zařízení může být využíváno dobrovolně, z rodinných a ekonomických důvodů, nebo také díky okolnostem, které v životě seniora nastanou. Příčinou může být zhoršený zdravotní stav, kdy není možné zajistit péči v domácím prostředí (Janečková, 2005, str. 178). Při přesunu seniora do institucionálních služeb je důležité, aby měli senioři dostatek času na adaptaci a orientaci v novém prostředí. Často nastává problém, kdy senior začne vnímat izolaci od rodiny, přátel a známých. Pokud se objeví také zdravotní komplikace a senior je upoután na lůžko, může dojít k tomu, že se vyskytne pocit nepotřebnosti a neužitečnosti, dokonce senior vnímá ztrátu svého místa a postavení ve společnosti (Příbyl, 2015).



Mezi pobytové sociální služby řadíme domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře a odlehčovací služby. Odlehčovací služby mohou být ambulantní i pobytové a jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které jinak pečuje doma rodina. Cílem této služby je především ulevit pečující osobě od každodenní péče o seniora. Týdenní stacionáře jsou určeny pro osoby, jejichž situace si vyžaduje stálou pomoc druhé osoby v týdnu, kdy rodina chodí do zaměstnání.

Domovy pro seniory, na rozdíl od stacionáře, slouží k dlouhodobému pobytu seniora v zařízení (Čevela a kol., 2012). Pokud senior trpí závažným fyzickým či duševním onemocněním, bývá zpravidla umístěn do domova se zvláštním režimem či do léčebny dlouhodobě nemocných (Haškovcová, 2012).

### **2.3.1 Odlehčovací služby**

Jedná se o službu určenou osobě, která má sníženou soběstačnost kvůli věku nebo špatnému zdravotnímu stavu. Mohou být poskytovány ve formě ambulantní i pobytové péče. Ambulantní služba poskytuje pouze dočasné lůžko v daném zařízení, většinou tedy v domovech pro seniory (Slámová a kol., 2018). Hlavní náplní práce je zejména zajištění osobní hygieny, podání jídla, zajištění nákupů nebo úklid domácnosti. Péči o klienty poskytují převážně příspěvkové organizace měst a obcí, nebo církevní neziskové organizace jako je Charita ČR, Diakonie atd. Nevýhodou této služby je časové omezení, jelikož se nejedná o službu fungující nepřetržitě a nejedná se ani o zdravotní službu.

O klienta pečují vyškolení asistenti či dobrovolníci, nikoliv zdravotníci, a tudíž nesmějí podávat klientovi léky, ani jiné léčebné prostředky. Tato služba může být hrazena dvěma způsoby, z příspěvku na péči, nebo přímou úhradou od klienta. Hlavním cílem odlehčovací služby je poskytnout odpočinek rodinným příslušníkům, kteří o seniora pečují, aby během této služby načerpali nové síly. Jedná se o poskytnutí péče formou krátkodobých pobytů mimo rodinu (Matoušek a kol., 2010, str. 48).

### **2.3.2. Týdenní stacionář**

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám, které se neobejdou bez neustálé pomoci druhé osoby. Služba je vhodná pro klienty se sníženou soběstačností, která je způsobena vlivem věku či zdravotního a psychického stavu. Hlavním cílem této služby je poskytnutí pomoci a podpory osobám se sníženou soběstačností. Nabízí zajištění seniora pomocí bydlení s veškerým zázemím a poskytovanou péčí. Pobyt ve stacionáři mohou senioři využívat od pondělí do pátku a o víkendu se vrací zpět ke svým rodinám.

Pracovníci stacionáře podporují seniory k samostatnosti a k rozvoji jejich osobního potenciálu. Během pobytu jsou pro klienty připraveny terapeutické a zájmové činnosti, včetně situací z běžného společenského prostředí. Služba zahrnuje pomoc při zvládnání všech běžných denních činností - pomoc při osobní hygieně a sebeobsluze, poskytování stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, nabízí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv nebo vyřizování osobních záležitostí (Česká alzheimerská společnost, o.p.s., 2015).

### **2.3.3. Domov pro seniory a domovy se zvláštním režimem**

V období stáří je důležitým faktorem pro samostatnost soběstačnost seniora. Pokud člověk soběstačný není, pak je odkázán na péči ze svého okolí anebo na péči poskytovanou sociálními službami. Domov pro seniory nenabízí pouze ubytování, ale také zajištění a podání stravy, pomoc při osobní hygieně, zajišťují pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společností, aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a také pomoc při vyřizování osobních věcí (Zákon č. 108, § 49).

Hlavním úkolem této služby je zachovávat kvalitu života seniorů, jejich soběstačnost a napomáhat jim v začleňování se do života ve společnosti. Jedná se o společenství osob s podobnými problémy či zájmy a senior tak tráví čas mezi vrstevníky.

O klienty se stará kvalifikovaný personál, který je tvořen týmem zdravotníků, pracovníků přímé péče, sociální pracovníky, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, ale také dalšími odborníky (Janečková, 2005).

Další pobytovou službou, která se stará o seniory se sníženou soběstačností je Domov se zvláštním režimem. Režim tohoto zařízení je přizpůsobený specifickým potřebám klientů a nabízí tak nepřetržitou pomoc při každodenních činnostech a aktivitách. Pobyt v tomto zařízení je určen osobám se stařeckou a Alzheimerovou demencí, nebo dalšími typy demencí, při kterých je důležitá péče druhé osoby. V zařízení mohou pobývat také jedinci s duševním onemocněním nebo lidé se závislosti na návykových látkách (Zákon č. 108, § 50).

#### **2.3.4. Osamělost a dopady pobytové péče na seniora**

Dle Vágnerové (2007) může senior vnímat odchod do zařízení pobytových služeb negativně i pozitivně. Popisuje dvě fáze adaptace při dobrovolném nástupu k pobytu.

- Fáze nejistoty a vytvoření nového stereotypu – V první fázi se klient orientuje v novém prostředí, získává nové informace a mohou se objevit přecitlivělosti. Klientům se vynořují vzpomínky z minulosti.
- Fáze adaptace a přijetí nového stylu života – Ve druhé fázi se klient vžívá do nové situace a vytváří si nové životní struktury. Pokud pobyt v domově přinese pozitivní změny (nové přátele, Lepší prostředí, ...), je pravidlem, že se lidé cítí spokojenější.

Pokud je nezbytné využívat pobytové služby, nastává v životě seniora velká změna, se kterou se musí nějak vyrovnat. Významnou změnou je ztráta zázemí, orientace, jistoty a pocitu bezpečí. Senioři často vnímají ztrátu samostatnosti a soběstačnosti jako signál, který ukazuje blížící se konec jejich života (Kopecká, 2011, str. 171-173).

Vágnerová (2007) definuje tři fáze adaptace, při nedobrovolném nástupu do zařízení:

- Fáze odporu – konflikty s okolím (spoluobyteli, personálem), jedná se o projev frustrace a obrannou reakci jako protest proti násilí a nespravedlivou životní změnu
- Fáze zoufalství a apatie – pokud odpor klienta k ničemu nevede, přichází útlum a nezájem o všechno kolem, včetně vlastního života, v tomto případě může nastat až smrt z nepřizpůsobení se okolí
- Fáze vytvoření si nové pozitivní vazby – klientovi se podaří vytvořit dobrý vztah se spoluobyteli a personálem, klient nachází nový smysl života a novou perspektivu

Umístění seniora do pobytového zařízení by nemělo být považováno za řešení problému v oblasti péče, ale spíš za významnou pomoc. Je důležité, aby se rodina i nadále podílela na této péči. Důležitou roli hraje udržení komunikace personálu nejen s klienty, ale také s jejich rodinnými příslušníky, kteří se podílejí na péči o seniora ve formě návštěv či společných aktivit (Ondrušová & Krahulcová, 2020).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 3. Metodologie výzkumu

Tato kapitola představuje metodu výzkumu. Jsou zde popsány zkušenosti získané během sběru dat, výzkumný soubor, metody a výzkumné otázky. Dále je zde vymezen postup sběru a zpracování dat a následná interpretace výsledků výzkumu.

### 3.1. Výzkumný problém

Osamělost u seniorů je v poslední době jedno z témat, o které ve výzkumech roste zájem. Dle systému Theses byl vliv osamělosti na výskyt deprese, zkoumán již v několika závěrečných pracích, a proto jsem se rozhodla do výzkumu zařadit také vztah osamělosti na volnočasové aktivity seniorů a porovnat míru osamělosti u seniorů v domácím prostředí a v pobytových zařízeních. Výzkum osamělosti byl zaměřen na seniory v ústavních zařízeních, ale také na seniory žijících v domácím prostředí. Původně jsem chtěla oslovit rovnoměrný počet respondentů z obou skupin, ale výsledný sběr obsahuje větší počet seniorů z domácího prostředí. Právě tato skupina seniorů není součástí kolektivu a jejich kontakt s lidmi je často ovlivněn různými faktory. Dle Klevetové & Dlabalové (2008) je největší pozornost věnována především seniorům, kteří žijí v zařízeních.

### 3.2. Výzkumný cíl, výzkumné otázky a hypotézy

Hlavním cílem této práce je analyzovat pocity osamělosti seniorů v domácím prostředí i v pobytových službách v rámci České republiky. K tomuto hlavnímu cíli byly sestaveny následující výzkumné otázky. První z nich zkoumá, jak se míra osamělosti liší u seniorů v domácí péči a u seniorů v pobytových službách a druhou výzkumnou otázkou je, jaký dopad má osamělost na volnočasové aktivity seniorů.

Z výše stanoveného výzkumného cíle byly vymezeny následující hypotézy, které budou na základě získaných dat ověřovány.

**Hypotéza č. 1:** U většiny z oslovených seniorů se vyskytuje vysoká míra osamělosti

Hypotéza bude potvrzena, pokud se u většiny z dotázaných seniorů objevila míra osamělosti.

**Hypotéza č. 2:** Míra osamělosti se liší u seniorů v pobytových službách a u seniorů žijících v domácím prostředí.

Hypotéza bude potvrzena, pokud ze získaných dat bude potvrzena vyšší míra osamělosti u jedné z uvedených skupin seniorů.

**Hypotéza č. 3:** Senioři z pobytových zařízení upřednostňují rodinu před jinými možnostmi trávení volného času.

Hypotéza bude potvrzena, pokud větší počet respondentů z pobytových služeb uvedlo, že svůj čas nejraději věnují své rodině.

**Hypotéza č.4:** Existuje pozitivní vztah mezi aktivitami a mírou osamělosti.

Hypotéza bude potvrzena, pokud nalezneme souvislost mezi mírou osamělosti a zvýšeným zájem o konkrétní aktivity.

### **3.3. Výzkumný přístup a metoda sběru dat**

Pro diplomovou práci byla použita kvantitativní metoda sběru dat. Kvantitativní výzkum se využívá především v případě, kdy je nutné zodpovědět otázku konkrétním číslem. Kvantitu charakterizuje mnohost, četnost, množství a velikost. Jedná se tedy vlastnost, kterou můžeme změřit a následně vyjádřit číslem (Olecká & Ivanová, 2010). Dle Kutnohorské (2009) pracuje kvantitativní výzkum se statistickými jednotkami, které se následně třídí.

S ohledem na cíl výzkumu byl použit strukturovaný dotazník se dvěma validovanými škálami TILS a GJGLS. Disman (2000) označil dotazníkové šetření za velkou výhodu při sběru velkého objemu dat u většího počtu jedinců během krátkého časového úseku. Použití dotazníku může mít také nevýhody mezi které může patřit nízká návratnost dotazníku, možnost přeskočení či vynechání odpovědí nebo zodpovězení otázek jinou osobou.

Abychom těmto negativním dopadům předešli, oslovila jsem raději menší vzorek respondentů, u kterých jsem věděla, že budou otázky pravdivě zodpovězeny dotazovanou osobou a že návratnost bude co nejvyšší. Dotazníkové šetření ovšem vyžaduje ochotu a odpovědnost respondenta, tudíž pravdivost a smysluplnost vyplnění otázek záviselo čistě na každém respondentovi.

Většina získaných dat byla sbírána za pomoci mé asistence anebo za pomoci mých přátel či dobrovolníků pracujících v pobytových sociálních službách. Tudíž mohu potvrdit, že dotazník nebyl vyplněn jinou osobou nespádající do výzkumného souboru. Jelikož byl dotazník šířen několika způsoby, vyplnily jej také osoby, které nespádaly do naší věkové kategorie, tudíž museli být z našeho výzkumu vyřazeny. Díky moderním technologiím jsme mohli dotazník vytvořit v elektronické verzi, kde jsme nastavili povinnost označit odpověď, aby se respondent dostal k další otázce, a tudíž jsme získali všechny potřebné odpovědi. Během dotazníkového šetření jsem bohužel musela vyřadit několik respondentů ze dvou důvodů. Prvním důvodem byla nízká koncentrace, kdy senioři nedokázali udržet pozornost po celou dobu sběru dat, a tudíž nebyl dotazník vyplněn až do konce v souladu s našimi požadavky. Druhým problémem byl soubor otázek na začátku a na konci dotazníku, který mimo jiné obsahoval otázky pro zjištění váhy a výšky respondentů. Značná část respondentů, odmítla tyto otázky zodpovědět, a tudíž nebyli ochotni pokračovat dále v dotazníkovém šetření. Nedokážu jednoznačně říct, proč tyto otázky budily v lidech jakousi nedůvěru nebo pocit nevhodných otázek. Dle vlastního pozorování, tyto otázky seniory urážely a působily jako nevhodné do našeho výzkumu. Toto vnímání se vyskytovalo rovnoměrně u obou pohlaví.

### 3.4. Dotazníkové šetření

Pro získání dat bylo zvoleno kvantitativní výzkumné dotazníkové šetření. K měření subjektivního pocitu osamělosti seniorů v České republice byl použit strukturovaný elektronický dotazník, který je rozdělen na dvě části. První část je zaměřená na obecnou charakteristiku a demografické údaje seniorů, konkrétně na věk, pohlaví, váhu, výšku, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání nebo způsob bydlení. Tyto informace nám pomohly roztrždit respondenty, dle zvolené odpovědi. Pokud na otázky nebylo formálně správně odpovězeno, vyřadili jsme tyto vzorky z výzkumu, abychom získali pouze kvalitní data. Jelikož jsme pracovali s výzkumným vzorkem nad 60 let, kde se často vyskytuje demence či ztráta soběstačnosti, bylo za potřebí mé osobní asistence při vyplňování dotazníků. Pokud jsem nemohla být přítomná sama, poprosila jsem své přátele či zaměstnance pobytových zařízení, aby byli seniorům nápomocní při vyplňování a případně jim mohli poradit. Druhá část dotazníku byla zaměřena na oblasti osamělosti a volnočasové aktivity seniorů.

Dotazník byl sestaven z pětadvaceti otázek s možností volby jedné či více odpovědí. Pro měření osamělosti byly použity dvě základní škály měřící osamělost. Jednou z nich je tři položková škála osamělosti TILS, která nabízela respondentům na výběr ze tří odpovědí. Škála obsahovala otázky ve stylu, jak často mají pocit, že postrádají společnost druhých osob, nebo jak moc se cítí být izolováni od ostatních. Na škále pak respondenti vybírali odpovědi v rozpětí téměř nikdy, občas a často. Odpovědi jednotlivců byly sečteny, přičemž vyšší skóre indikovalo větší osamělost. Další použitou škálou v dotazníku je dvoudimenzionální škála GJGLS, jejíž název je odvozen od autora De Jong Giervelda. Jedná se o jedenácti položkovou škálu, která je tvořena šesti negativně orámovanými položkami měřící emocionální osamělost a pěti pozitivně orámovanými položkami, měřící sociální osamělost. Respondenti vybírali z možností: ano, ne a více nebo méně. Celkové skóre se může pohybovat od 0 do 22, přičemž vyšší skóre označuje závažnější osamělost.



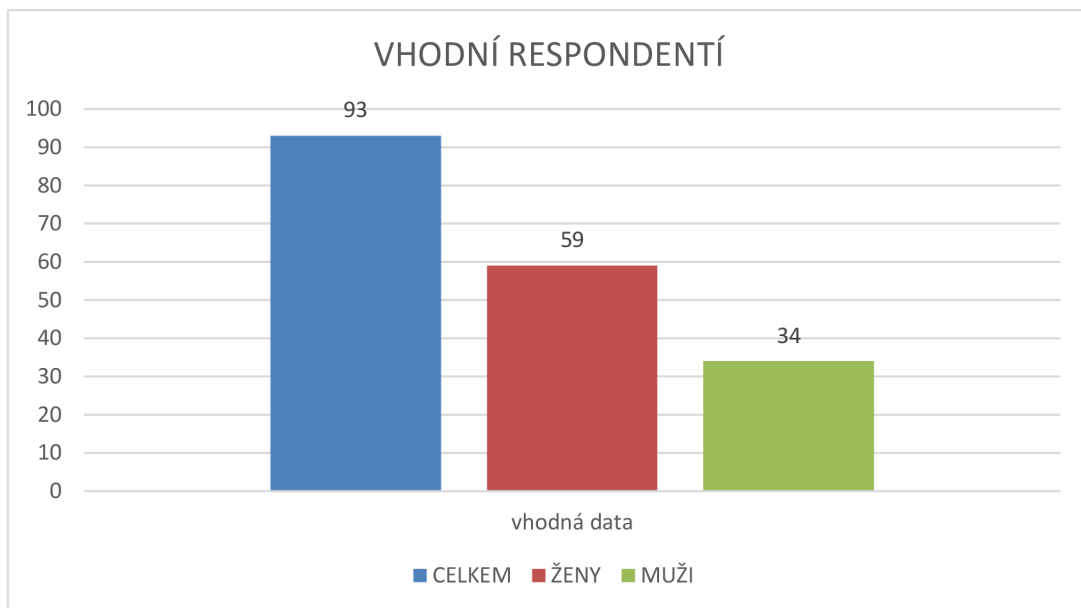
### 3.5. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili senioři ve věku 60 let a více z pobytových zařízení, ale i z domácího prostředí. Výzkumu se zúčastnili ženy i muži v rámci celé České republiky. Pro získání dat bylo osloveno několik pobytových zařízení, výzkumu se však zúčastnili senioři žijící v pobytových zařízeních pouze z Moravskoslezského, Zlínského, Jihomoravského a Pardubického kraje. Co se týče seniorů žijících v domácím prostředí, podařilo se nám získat navíc data také z Jihočeského kraje a hlavního města Prahy.

Dotazník vyplnilo celkem 221 respondentů, ale abychom zajistili kvalitní výsledky výzkumu, použili jsme odpovědi pouze od 93 respondentů, kteří splnili podmínky ke zpracování. Výzkumu se zúčastnilo celkem 59 žen a 34 mužů. Z 221 výsledků jsme tedy celkem 128 respondentů museli vyřadit. Jedná se o větší polovinu dat, což nás poměrně překvapilo, ale máme pro tuto situaci vysvětlení, kde se stala chyba, a tudíž víme, na co si v příštím dotazníkovém šetření dát pozor. Velký problém ve výzkumu nastal u vstupních otázek, které byly v dotazníku nastaveny jako lži skóre a zjišťovaly váhu a výšku respondentů. U těchto otázek se senioři často rozhodli nepokračovat v dotazníkovém šetření, a tudíž jsme přišli o 83 respondentů díky nevhodně zvoleným otázkám v úvodu dotazníku. Tyto otázky se objevily také na konci dotazníkové šetření pro ověření, a i zde jsme zaznamenali pokles odpovědí. Těchto 83 seniorů odmítlo odpovědět na tyto otázky, a tudíž nedokončili dotazník do konce. K další redukci došlo u 45 z dotázaných osob, jelikož odpovědi těchto respondentů nesplnily podmínky pro kvalitní data do výzkumu. Dalším důvodem mohla být nízká koncentrace seniorů, kteří nedokázali udržet pozornost do konce, a tudíž jsme vyloučily i tyto odpovědi. Dotazník byl poměrně krátký, ale přesto bylo pár seniorů, kteří nedokázali udržet pozornost a od určité části dotazníku až do konce volili stále první odpověď, což naznačovalo zavádějící a nevhodná data do výzkumu.

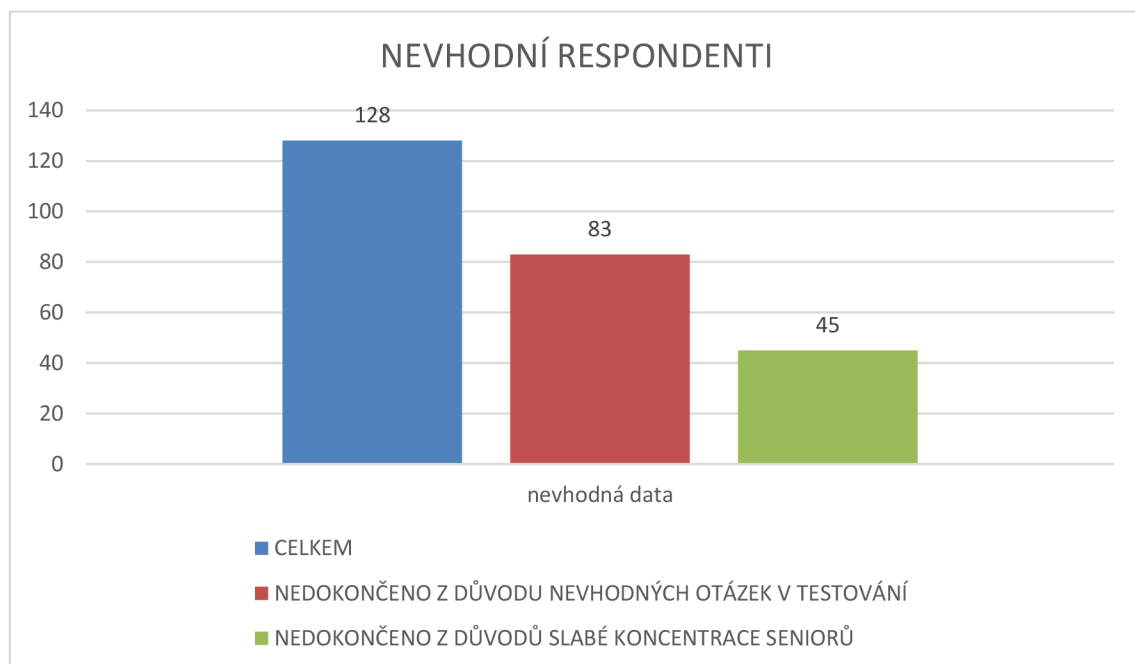
## Graf č.2

*Respondenti ve výzkumu*



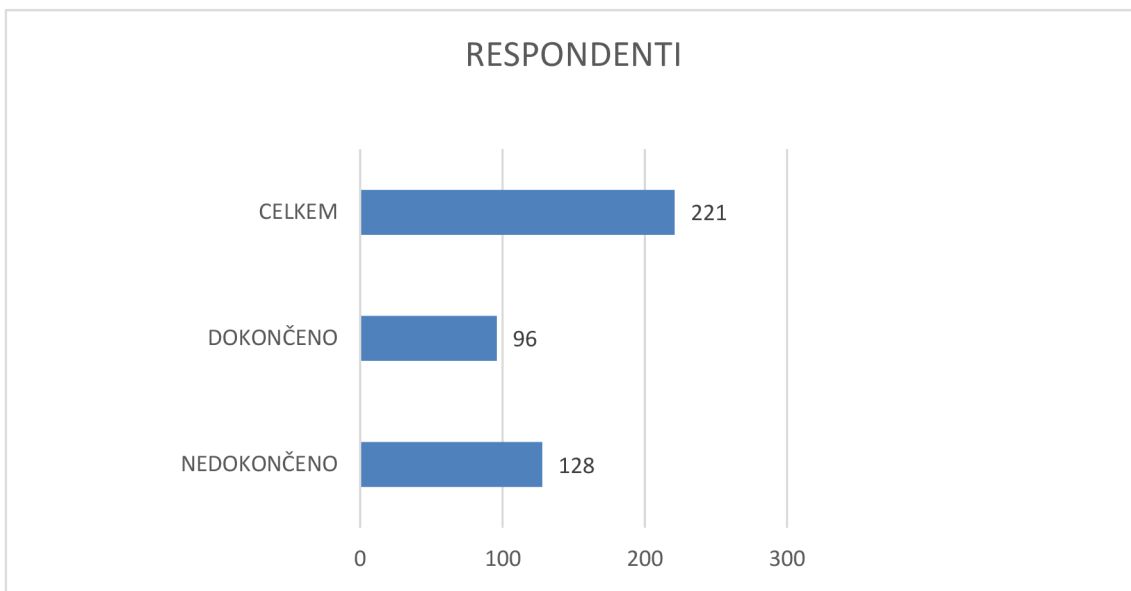
## Graf č.3

*Respondenti vyřazení z výzkumu*



#### Graf č.4

*Celkový počet získaných respondentů*



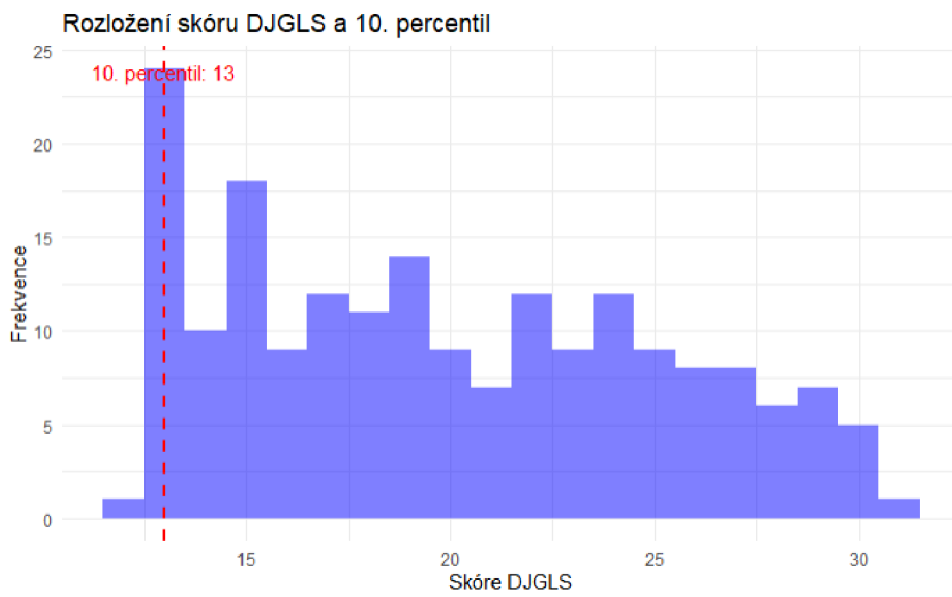
### 3.6. Analýza dat a interpretace výsledků

V této kapitole je popsána analýza dat a interpretace výsledků včetně potvrzení či zamítnutí výzkumných hypotéz. Pro náš výzkum jsem zvolila celkem čtyři hypotézy, které budou objasněny a popsány pomocí grafů a tabulek.

**Hypotéza č.1:** U většiny z oslovených seniorů se vyskytuje vysoká míra osamělosti. V našem výzkumu jsme se zaměřili na měření osamělosti na základě dvou škál. Konkrétně jsme použili jednodimenzionální tři položkovou škálu TILS a dvoudimenzionální škálu DJGLS. U obou těchto škál platí: čím vyšší skóre tím vyšší osamělost. U škály TILS je možné dosáhnout minimálního skóre 3, v případě, kdy respondent odpověděl na všechny otázky „téměř nikdy“. U DJGLS je minimální možné skóre 11, a to v případě, pokud respondent na všechny otázky odpověděl „ne“. V následujících dvou grafech můžeme vidět naměřenou míru osamělosti, za pomoci obou zmíněných škál.

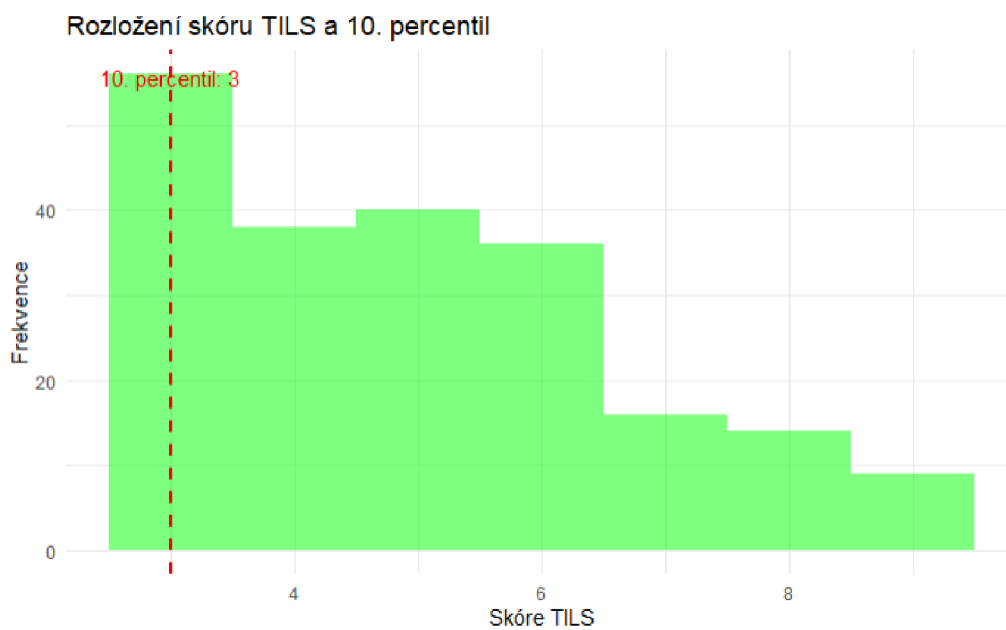
## Graf č.5

*Míra osamělosti respondentů na škále DJGLS*



## Graf č.6

*Míra osamělosti respondentů na škále TILS*



Obě tyto škály dle výsledků poukazují na vysokou míru osamělosti u našich respondentů. Dle percentilu můžeme potvrdit hypotézu, jelikož u více než 90% respondentů se potvrdila vyšší míra osamělosti.

Hypóza č.1 byla v našem výzkumu potvrzena. U většiny z oslovených respondentů se vyskytuje vyšší míra osamělosti.

**Hypotéza č. 2:** Míra osamělosti se liší u seniorů v pobytových službách a u seniorů žijících v domácím prostředí. Tato hypotéza byla testována za pomoci t-testu a Wilcoxonova testu. Parametrický Studentův T-test může být způsobem testování, pokud je splněna podmínka normálního rozložení a homogenity rozptylů. Wilcoxonův test, tedy neparametrický test porovnává dvě měření v jednom výzkumném souboru.

#### **Testování podmínek pro t-test:**

##### **TILS**

Abychom zjistili, zda je rozložení v obou skupinách normální použili jsme Shapiro-wilkův test normality. Jde o neparametrický test pro srovnání rozdílu dvou rozložení.

TILS skóre pro důchodce žijící ve domácí péči:

$W = 0.88505$ ,  $p\text{-value} = 1.541e-10$

TILS skóre pro důchodce žijící v pobytovém zařízení:

$W = 0.91043$ ,  $p\text{-value} = 0.01757$

Výsledky Shapiro-Wilkova testu ukazují, že pro obě skupiny je p-hodnota nižší než běžně používaná hladina významnosti 0.05, což naznačuje, že můžeme zamítnout nulovou hypotézu o tom, že data pocházejí z normálního rozdělení. Vzhledem k tomu, že data nejsou normálně rozdělená, pro srovnání středních hodnot proměnné sumární TILS mezi skupinami by bylo vhodné použít ne-parametrické testy, jako je Wilcoxonův test, který nevyžaduje předpoklad normálního rozdělení.

## DJGLS

Shapiro-wilkův test stejně jako u TILS testuje, zda je rozložení normální:

DJGLS skóre pro důchodce žijící ve vlastním bydlení/nájmu:

$W = 0.66818$ ,  $p\text{-value} < 2.2e-16$

DJGLS skóre pro důchodce žijící v pobytovém zařízení:

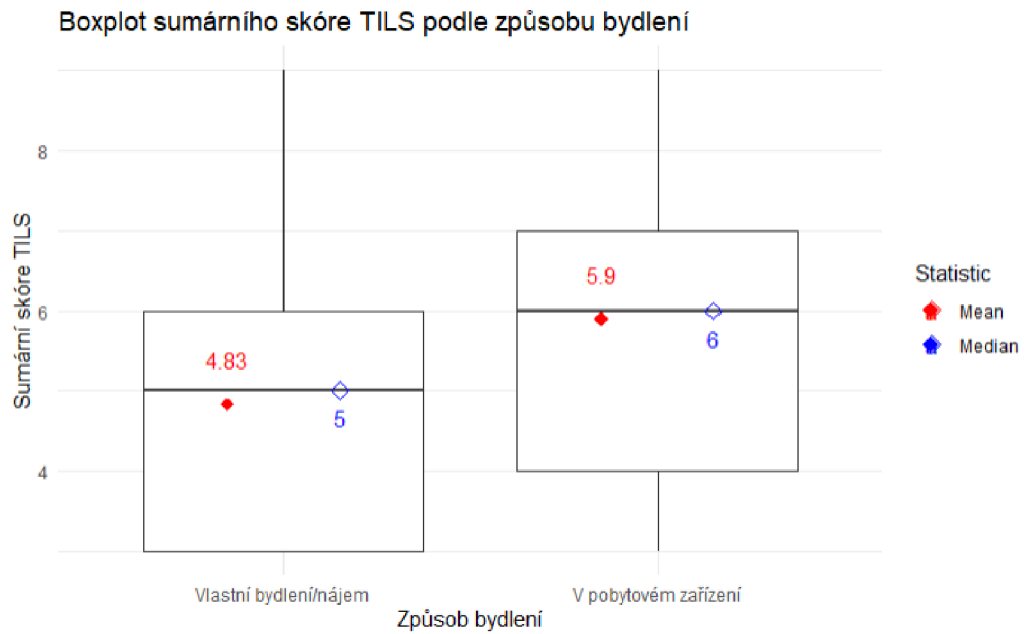
$W = 0.92481$ ,  $p\text{-value} = 0.04045$

Výsledky Wilcoxonova testu v případě sumárního skóre TILS ukazují, že p-hodnota je 0.003637, což znamená, že můžeme zamítnout nulovou hypotézu. Mediány sumární proměnné TILS jsou stejné mezi skupinou lidí žijících v domácím prostředí a skupinou v pobytovém zařízení. Tzn. míra osamělosti (měřená TILS), se statisticky významně liší mezi lidmi žijícími v rodině a lidmi v pobytovém zařízení. Tzn. hypotéza, že je rozdíl mezi osamělostí u lidí žijících v rodině oproti pobytovému zařízení je potvrzena.

P-hodnota sumárního skóre DJGLS u wilcoxonova testu =  $7.117e-05$  --> tzn. platí to samé co u TILS. Při testování hypotézy H1 jsme pomocí Wilcoxonova testu zjistili, že mezi seniory v domácím prostředí a seniory v pobytových službách existuje odlišná míra osamělosti. A tudíž můžeme naši hypotézu potvrdit.

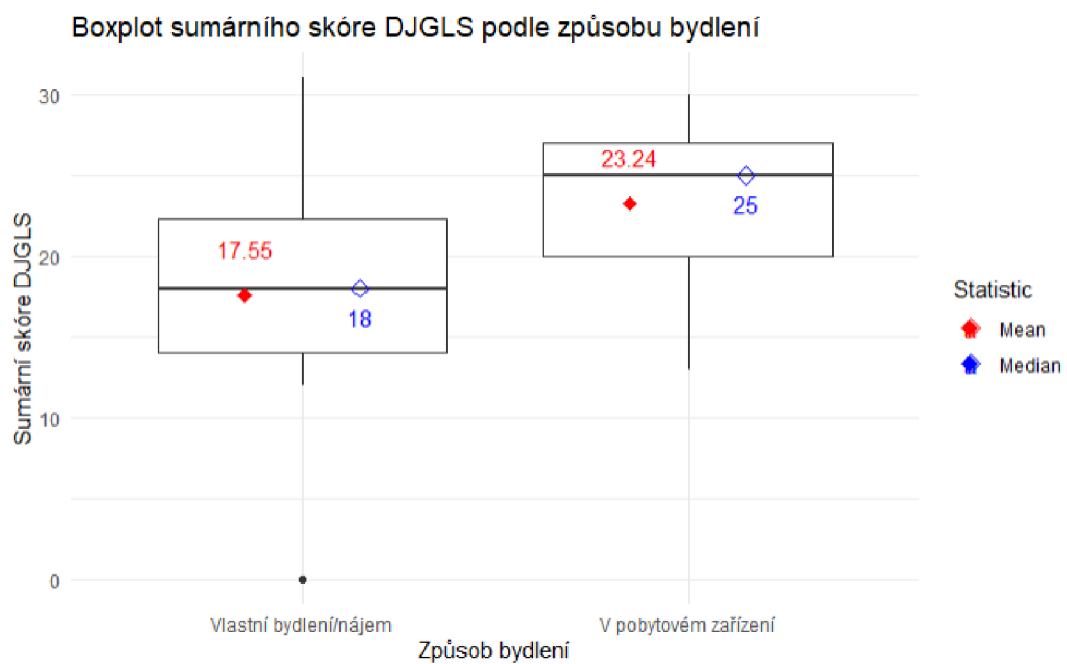
### Graf č.7

*Škála TILS -osamělost u seniorů v pobytových službách a u seniorů v domácím prostředí*



### Graf č.8

*Škála DJGLS-osamělost u seniorů v pobytových službách a u seniorů v domácím prostředí.*



Dle přiložených grafů můžeme vidět, že v obou škálách převažuje míra osamělosti u seniorů žijících v pobytových zařízeních. Graf č.7 znázorňuje míru osamělosti dle TILS a poukazuje na výsledky v hodnotě 5,9 u seniorů v pobytových zařízeních. Graf č.8 znázorňuje míru osamělosti dle škály GJGLS v hodnotě 23,24. U obou škál měřících osamělost se nám tedy potvrdilo, že osamělost u seniorů v pobytových zařízeních je vyšší než u seniorů žijících v domácím prostředí, a tudíž potvrzují naši hypotézu.

Hypotéza č.2 byla v našem výzkumu potvrzena. Míra osamělosti se liší u seniorů v domácím prostředí a u seniorů v pobytových službách. Konkrétně je tedy míra osamělosti vyšší u seniorů v pobytových službách.

**Hypotéza č.3:** Senioři z pobytových zařízení upřednostňují rodinu před jinými možnostmi trávení volného času. V první hypotéze se nám podařilo potvrdit, že míra osamělosti je vyšší u seniorů v pobytových zařízeních než u seniorů v domácí péči. V návaznosti na tuto hypotézu jsme zkoumali, zda tito senioři preferují čas strávený s rodinou před ostatními volnočasovými aktivitami.

Dle získaných dat nemůžeme posoudit, zda lidé z pobytových zařízení preferují rodinu méně či více než lidé v domácím prostředí, jelikož jsme ve výzkumu neměli rovnoměrný vzorek respondentů z obou těchto skupin. Následující tabulka znázorňuje v procentech data obou těchto skupin.



## Tabulka č.1

### Trávení volného času seniorů s rodinou

*Kontingenční tabulka: Typ ubytování vs. priorita trávení volného času s řádkovými procenty*

	Sám	S partnerem	S domácím mazlíčkem	S přáteli	S rodinou	V klidném prostředí	V rušném prostředí	“jen nechci být sám”	celkem
Vlastní bydlení/nájem	16	43	8	12	49	23	2	4	157
%	10. 19	27.39	5.1	7.64	31.21	14.65	1.27	2.55	100
Pobytová služba	5	6	2	2	6	2	0	5	28
%	17. 86	21.43	7.14	7.14	21.43	7.14	0	17.86	100

Z výsledků v tabulce můžeme vidět, že v obou případech se na prvním místě umístila volba rodiny před ostatními možnostmi trávení volného času. Pokud se tedy zaměříme na seniory žijící v pobytovém zařízení, můžeme si v tabulce všimnout červeně vyznačené hodnoty. Jedná se o procentuální hodnotu, která poukazuje, že 21,43 % respondentů upřednostňuje čas s rodinou před ostatními možnostmi. Stejnou hodnotu můžeme pozorovat také u volby trávení času s partnerem, což můžeme považovat za korelaci, jelikož partneři nemusí být v zařízení umístěni společně, a tudíž bychom tuto možnost mohli sloučit do jedné. Pokud tedy sečteme obě hodnoty, dostaneme hodnotu 42,86 %, což je skoro polovina z dotázaných respondentů z pobytových služeb. Díky těmto hodnotám můžeme potvrdit naši hypotézu, jelikož je z tabulky zřetelné, kterou možnost volili senioři nejvíce.

Hypotéza č.3 byla v našem výzkumu potvrzena. Senioři z pobytových zařízení upřednostňují čas strávený s rodinou nebo se svým životním partnerem.

Pokud bychom výzkum zaměřili na celkový zkoumaný vzorek, a nikoliv pouze na seniory z pobytových služeb, dosáhli bychom poměrně jiných výsledků, což napomáhá k potvrzení hypotézy, že vyplnění volného času s rodinou preferují především senioři z pobytových zařízení.

## Tabulka č. 2

### *Trávení volného času*

	Název hodnoty proměnné	Medián DJGLS	Medián TILS
1	Sám	20	5
2	S partnerem	18	5
3	S domácím mazlíčkem	21,5	6
4	S přáteli	17	3,5
5	S rodinou	20	5
6	V klidném prostředí	17	4
7	V rušném prostředí	22,5	6,5
8	“jen nechci být sám”	27	5

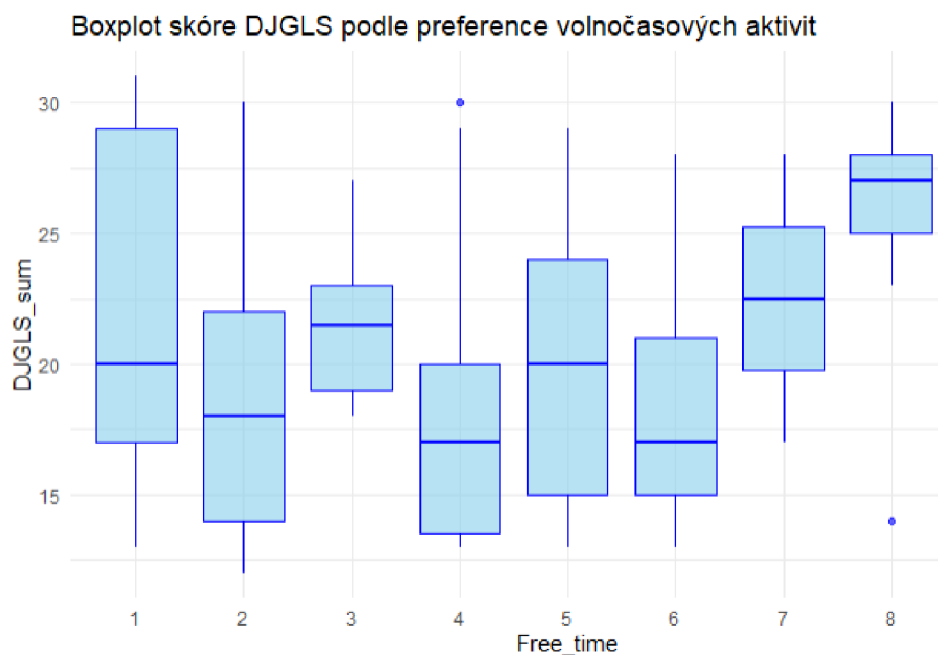
Dle dat v tabulce můžeme vidět vyšší skóre také o zájem trávení času v rušném prostředí nebo například s domácím mazlíčkem. Toto zjištění vyplývá ze situace, kdy senioři v pobytových zařízení často domácí mazlíčky nemají, jelikož nejsou v pobytových zařízeních povoleni. Z dat můžeme vyčíst také vyšší zájem o rušná prostředí a místa, kde senior nebude sám, tato varianta naopak převládala u seniorů v domácím prostředí, jelikož často bydlí o samotě, nebo pouze s partnerem.

Naopak lidé z pobytových zařízení mají kolem sebe několik vrstevníků, s kým volný čas mohou trávit. Tato data byla získaná z celého výzkumného vzorku a jelikož jsme získali více dat od respondentů z domácího prostředí, hodnoty od hypotéze č. 3 se nám odklonily.

Tabulka č. 2 slouží k interpretaci boxplotů níže. Obsahuje vysvětlení hodnot proměnných a mediány skóre DJGLS a TILS. Byla provedena analýza ANOVA, abychom zjistili, zda jsou střední hodnoty skóre osamělosti pro jednotlivé preference trávení volného času rozdílné. V analýze rozptylu byla testována statistická významnost vztahu mezi typem volnočasových aktivit (hodnoty 1 až 8) a sumárním skóre osamělosti (DJGLS) u seniorů.

### Graf č.9

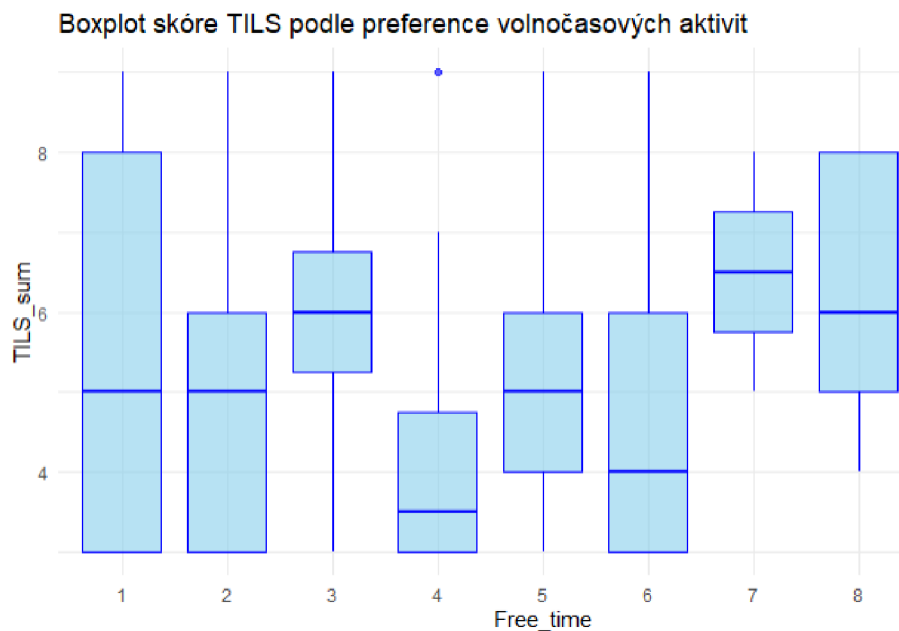
*Boxplot- DJGLS a volnočasové aktivity u seniorů*



Také u škály TILS bylo možné sledovat, že existuje statisticky významný rozdíl mezi alespoň dvěma skupinami preferencí trávení volného času a sumárním skóre osamělosti u seniorů ( $F(7, 177) = 2.729$ ,  $p = 0.0103$ ). Avšak tím, že škála TILS obsahuje pouze tři otázky a dosažená skóre tak mohou mít pouze omezenou variabilitu, je škála DJGLS pro testování rozdílů v preferenci trávení volného času vhodnější.

### Graf č.10

*Boxplot-TILS a volnočasové aktivity seniorů*



Výsledky ANOVA prokázaly statisticky významný rozdíl mezi typy volnočasových aktivit v jejich vlivu na sumární skóre osamělosti ( $F(7, 177) = 3.492$ ,  $p = 0.00156$ ). Signifikantní hodnota  $p < 0.05$  nám umožňuje zamítnout nulovou hypotézu a konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl mezi alespoň dvěma skupinami preferencí trávení volného času a sumárním skóre osamělosti u seniorů

**Hypotéza č.4:** Existuje pozitivní vztah mezi aktivitami a mírou osamělosti. Tabulka č.1 znázorňuje statisticky významné souvislosti, které jsou znázorněny tučně. Výsledky byly získány pomocí regresní analýzy, která obsahuje závisle proměnné = sumární skóre TILS, a nezávisle proměnné = jednotlivé aktivity. Jednalo se o multiple\_choice otázky, tzn. 12 různých proměnných, které nabývají hodnoty 0 nebo 1, podle toho, jestli je respondent vybral nebo ne.

### Tabulka č.3

*TILS: osamělost a volnočasové aktivity seniorů*

**Tabulka: Výsledky regresní analýzy**

variables	Estimate	p.value	std.error
	5.225	<0.001	0.215
<b>Návštěva přátel</b>	<b>-0.776</b>	<b>0.006</b>	<b>0.278</b>
Návštěva rodiny	-0.385	0.147	0.265
<b>Návštěva kavárny</b>	<b>0.749</b>	<b>0.017</b>	<b>0.310</b>
Procházka s partnerem/přáteli	-0.250	0.372	0.280
Procházka s pejskem	-0.127	0.652	0.281
Návštěva obchodních center	0.293	0.51	0.444
Sportovní aktivity	-0.075	0.79	0.283
Háčkování/pletení	0.663	0.064	0.355
Luštění křížovek	-0.312	0.316	0.310
<b>Poslech hudby</b>	<b>0.631</b>	<b>0.016</b>	<b>0.259</b>
Sledování televize	0.234	0.354	0.252
<b>Divadlo/kino</b>	<b>-0.994</b>	<b>0.002</b>	<b>0.313</b>

V tabulce můžeme pozorovat kladné i záporné výsledky. Pokud se zaměříme na tučně zvýrazněné hodnoty, znamená to, že existuje korelace mezi aktivitou a mírou osamělosti. Kladné hodnoty poukazují na souvislost mezi vyšší mírou osamělosti a zájem o danou aktivitu.

Z tabulky č.1 je tedy viditelné, že osamělí senioři dle škály TILS jako nejčastější volnočasovou aktivitu volili návštěvu kavárny a poslech hudby. V případě fantazie se může jednat o způsob, kdy senioři hledají společnost druhých a berou tak prostory kaváren jako dobré místo pro seznámení a nalezení nových přátel. U poslechu hudby se může jednat útočiště, kdy jedinec uteče do světa hudby, kde se cítí dobře. Opačné výsledky můžeme pozorovat u aktivity jako je návštěva divadla a kina nebo přátel, kdy se jednalo o nejčastější odpovědi z hlediska seniorů, u kterých se osamělost nepotvrdila. Z vlastní zkušenosti svých prarodičů vnímám, že navštěvují divadlo s přáteli a vnímají tak tuto aktivitu jako více společenskou.

#### Tabulka č.4

*DJGLS: osamělost a volnočasové aktivity seniorů*

*Tabulka: Výsledky regresní analýzy*

variables	estimate	p.value	std.error
	15.641	<0.001	0.933
Návštěva přátel	-2.305	0.057	1.202
Návštěva rodiny	-0.083	0.943	1.146
Návštěva kavárny	2.493	0.065	1.342
Procházka s partnerem/přáteli	-0.389	0.749	1.211
Procházka s pejskem	0.476	0.696	1.217
Návštěva obchodních center	1.253	0.515	1.923
Sportovní aktivity	0.688	0.575	1.224
<b>Háčkování/pletení</b>	3.716	0.017	1.539
Luštění křížovek	0.064	0.962	1.343
Poslech hudby	1.889	0.093	1.120
<b>Sledování televize</b>	3.528	0.001	1.090
Divadlo/kino	-1.796	0.186	1.354



V tabulce č. 2 pozorujeme souvislost osamělosti a volnočasových aktivit dle škály DJGLS, kde můžeme dle zvýrazněných hodnot znázorňujících statisticky významné souvislosti zjistit, že osamělí senioři nejčastěji volili jako volnočasovou aktivitu háčkování a pletení nebo sledování televize. Zde jsme neporovnávali aktivity zvlášť u seniorů v domácím prostředí a u seniorů v pobytových službách, ale zaměřili jsme na se celkový oslovený vzorek respondentů.

Hypotéza č. 4 může být potvrzena, jelikož se mezi výsledky našly souvislosti mezi vyšší mírou osamělosti a zájmem o konkrétní volnočasové aktivity. Toto zjištění však můžeme uplatnit pouze pro tento výzkumný vzorek a nelze jej uplatnit velkoplošně.

## DISKUZE

Prezentovaný výzkum této práce se zaměřuje na to, jak senioři žijící v domácí prostředí prožívají pocity osamělosti na rozdíl od seniorů žijících v pobytových službách. Snaží se také zjistit, zda se s vyšší mírou osamělosti zvyšuje zájem seniorů o určité volnočasové aktivity. Celý výzkum byl proveden v rámci kvalitativního výzkumu.

Osamělost je často vnímána negativně a je spojována především se smutkem, nudou nebo depresemi (Pichaud & Thareauová, 1998). Původním cílem diplomové práce bylo prozkoumat souvislosti mezi osamělostí seniorů a depresí. Toto téma však dle systému Theses bylo často zkoumané a v řádech případech byla tato souvislost potvrzena. Informace jsem čerpala především z webových stránek Web of science, Psycom, National Library of Medicine nebo také z českých článků E-psychologie a také z volně přístupných článků na internetu. Tyto zjištění mě navedly na novou myšlenku prozkoumat míru osamělosti u seniorů žijících v domácím prostředí a u seniorů žijících v pobytových službách.

Dle výsledku jsme došli k závěru, že u seniorů žijících v pobytových službách se vyskytuje vyšší míra osamělosti než u seniorů v domácím prostředí. Ve výzkumu jsme se také zaměřili na preferované aktivity u seniorů s vyšší mírou osamělosti a došli jsme ke zjištění, že nejvíce převládá zájem o trávení volného času s rodinou či partnerem. Na dalších příčkách senioři volili poslech hudby nebo návštěvu kavárny.

Zaměření na tuto oblast mi přineslo implikaci nejen do psychologie, ale také do sociální práce, jelikož jsem pracovala nejen se seniory z domácí péče, ale také s těmi, kteří žijí v pobytových službách, především v domovech pro seniory. Příklad do domova pro seniory může být pro některé jedince náročný, jelikož takovou instituci senioři vnímají jako vyhlídku smrti (Vohralíková & Rabušic, 2004). Při rozsáhlejší komunikaci s jedním z respondentů jsme na toto téma navázali, a došli k závěru, že při příchodu do zařízení o takových věcech vůbec nepřemýšlel. Když však následně začal vnímat situaci v zařízení, kde lidé kolem něj umírali rychleji, než když žil v domácím prostředí, bylo to pro něj hrůzné zjištění, se kterým se musel vyrovnat.

Osobně jsem čekala opačné výsledky, jelikož senioři v domácím prostředí bývají často sami, nebo pouze s partnerem a vychází z domu zřídka. Tento názor vztahuji pouze na skupinu seniorů, kteří nejsou tolik vitální a nemají kolem sebe tolik přátel. Seniory v pobytových službách vnímám, jako skupinu lidí se stejnými zájmy a tématy, kteří jsou obklopení ve společenských místnostech několika dalšími seniory. Proto jsem nečekala vyšší míru osamělosti u seniorů v pobytových službách. Výsledky výzkumu poukázaly na to, že senioři žijící v pobytových službách upřednostňují zájem především o svou rodinu a čas strávený s ní. Z výsledků mi vyplývá odpověď na definici, co je to osamělost. Člověk může být obklopen několika lidmi, ale neznamená to, že není osamělý. U seniorů v domácím prostředí nám u volnočasových aktivit vyplynul zvýšený zájem o domácí mazlíčky a čas strávený s nimi a ostatními páníčky. Tato varianta může být volena z důvodu, kdy senior díky venčení navazuje nové kontakty, dostane se více do přírody a najde společné téma s okolím a popřípadě i pozná nová místa. Jako inspirace k porovnání výsledků mi přispěl například výzkum, jehož autory jsou Prieto-Flores et al. (2010), kteří se ve svém výzkumu zaměřili na rozdíly osamělosti u seniorů žijících v instituci a u seniorů žijících v domácím prostředí. V tomto i v podobném výzkumu od Pajaly et al. (2022) se prokázala vyšší osamělost u seniorů v pobytových službách.

## ZÁVĚR

Diplomová práce zkoumala vliv osamělosti na psychické zdraví seniorů. Cílem bylo prozkoumat, zda se u seniorů vyskytuje, v jakém množství a zda má vliv na jejich volnočasové aktivity. Dalším bodem výzkumu bylo porovnání míry osamělosti u seniorů umístěných v pobytových službách a u seniorů žijících v domácím prostředí. Pro výzkum byla použita kvantitativní metoda. Data byla získána za pomoci online dotazníku, měřícího míru osamělosti u 221 seniorů. Data byla sbírána v rámci České republiky v různých pobytových zařízeních včetně domácností seniorů. Pro měření osamělosti byly použity škály DJGLS a TILS.

Výsledky výzkumu nám potvrdily všechny čtyři výzkumné hypotézy a to sice, že u většiny z oslovených respondentů se prokázala vyšší míra osamělosti na škále TILS i DJGLS. Výsledky ukázaly spojitost mezi osamělostí u seniorů v pobytových službách a jejich zájmem trávit volný čas se svou rodinou či partnerem. Dalším zjištěním bylo, že u seniorů v pobytových zařízeních se vyskytuje míra osamělosti více než u seniorů v domácím prostředí. Na základě získaných dat můžeme potvrdit, že míra osamělosti má vliv na výběr konkrétních volnočasových aktivit. U seniorů s vyšší mírou osamělosti jsme pozorovali vyšší zájem o poslech hudby, nebo o návštěvu kavárny.

Jako limity této práce považuji především malý výzkumný vzorek a také nerovnoměrnost respondentů z domácího prostředí a pobytových služeb. V případě dalšího výzkumu bych upravila otázky v oblasti dotazníku ve lži skóre, které nám vyřadily značnou část respondentů z výzkumu. Díky velkému poklesu respondentů nemůžeme výsledky výzkumu interpretovat jako celoplošné, ale pouze je navázat na náš výzkum.

Korelace výzkumu jsem našla například ve studii od Pajaly et al. (2022), který ve svém výzkumu zkoumal osamělost u seniorů v době pandemie Covid 19, kde došel ke stejným závěrům a to sice, že u seniorů v pobytových zařízeních se objevila vyšší míra osamělosti než u seniorů v domácí péči.

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

- Graf č.1- Český statistický úřad (2023): Pohyb a počet obyvatel v ČR (str.18)
- Graf č.2- Respondenti ve výzkumu (str. 38)
- Graf č.3- Respondenti vyřazení z výzkumu (str.38)
- Graf č.4- Celkový počet získaných respondentů (str.39)
- Graf.5- Míra osamělosti respondentů na škále DJGLS (str.40)
- Graf č.6- Míra osamělosti respondentů na škále TILS (str.40)
- Graf č.7- Škála TILS-osamělost u seniorů v pobytových službách a u seniorů v domácím prostředí (str.43)
- Graf č.8- Škála DJGLS-osamělost u seniorů v pobytových službách a u seniorů v domácím prostředí (str. 43)
- Graf č.9- Boxplot- DJGLS a volnočasové aktivity u seniorů (str.47)
- Graf č.10- Boxplot-TILS a volnočasové aktivity seniorů (str.48)
- Tabulka č.1- trávení volného času seniorů s rodinou (str.45)
- Tabulka č. 2- trávení volného času (str.46)
- Tabulka č.3-TILS: osamělost a volnočasové aktivity seniorů. (str.50)
- Tabulka č.4-DJGLS: osamělost a volnočasové aktivity seniorů (str.52)

## **ZKRATKY**

WHO Světová zdravotnická organizace

TILS Three-item loneliness scale

GJDLS DeJong Gierveld Loneliness Scale

## LITERATURA

- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. (2015). *Chci zůstat doma*. 2015. Tábor.
- Bahceli, P., (2018). *The Effect of Laughter Therapy on Life Satisfaction and Loneliness*. Dostupné z: <https://ichgcp.net/clinical-trials-registry/NCT03687788>
- Bień, B. & Bień-Barkowska, K. (2016). *Objective drivers of subjective well-being in geriatric inpatients: mobility function and level of education are general predictors of self-evaluated health, feeling of loneliness, and severity of depression symptoms*. *Qual Life Res* 25, 3047–3056. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-016-1355-x>
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., & Thisted, R. A. (2010). *Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study*. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2010-11857-019?doi=1>
- Cacioppo, T. & Patrick, W., (2010): *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. Norton
- Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. (2016). *Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights*. *International Psychogeriatrics*. 28(4), 557–576. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/abs/correlates-and-predictors-of-loneliness-in-olderadults-a-review-of-quantitative-results-informed-by-qualitative-insights/EF57448627F1EF5CFD89F83C3F188175>
- Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). *Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults*. *Journal of Aging and Health*. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0898264312460275>
- Česká alzheimerská společnost, o.p.s. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/tydenni-stacionare/>
- Český statistický úřad (2023). *Seniři v ČR v letech 2023*. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-ajnoatmxkq>
- Čevela, R. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada.

- Dudová, R. & Vohlídalová, M. (2018). *Muži a ženy pečující o seniory v rodině*. Sociologický časopis. [cit. 24-01-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.13060/00380288.2018.54.2.400>
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. FYZIOklinika s.r.o., *Samota vs, Osamělost*. Dostupné z: <https://fyzioklinika.cz/poradna/clanky-o-zdravi/736-samota-vs-osamelost>
- Galderisi S, et al. (2017). *Proposed new definition of mental health*. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28866712/>
- Hájek, A., Kretzler, B. & König, G. (2021). *The Association Between Obesity and Social Isolation as Well as Loneliness in the Adult Population: A Systematic Review*. University Medical Center Hamburg-Eppendorf. Hamburg: Germany.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník* (ilustroval Karel NEPRAŠ). Praha: Portál.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník* (Třetí, aktualizované vydání). Praha: Portál.
- Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.
- Haškovcová, H. (2002). *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén.
- Havránková, O. (2021). *Sebevražednost seniorů*. Univerzita Karlova, Praha: Karolinum.
- Holmerová, I. (2014). *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D., (2015) *Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review*. Faculty Publications. Dostupné z: [https://local.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c\\_c/rsrscs/rdgs/emot/PerspectivesonPsychologicalScience-2015-Holt-Lunstad-227-37.pdf](https://local.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rsrscs/rdgs/emot/PerspectivesonPsychologicalScience-2015-Holt-Lunstad-227-37.pdf)
- Hrozenská M., & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada.



- Chana R, Marshall P, Harley C. (2016). *The role of the intermediate care team in detecting and responding to loneliness in older clients*. Br J Community. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.6.292>
- Janečková, H. (2005). *Sociální práce se starými lidmi*. Praha: Portál.
- Jedlička, V. (1991). *Praktická gerontologie*. 2.vyd. Brno: Grafia-Zlín.
- Just, S., Seethaler, M., Sarpeah, R. et al. (2022). *Loneliness in Elderly Inpatients*. *Psychiatr*. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-022-10006-7>
- Klevetová, D.& Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada.
- Kopecká, I. (2011). *Psychologie:učebnice pro obor sociální činnost. 1. díl*. Praha: Grada.
- Kubalčíková, K. (2015). *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualiz. vyd). Praha: Grada.
- Loono. *Druhy duševních onemocnění a jejich prevence*. Dostupné z: <https://www.loono.cz/prevence/dusevni-zdravi>
- Luanagh C. & Lawlor BA. (2008). *Loneliness and the health of older people*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2054>
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních*. Praha: Grada.
- Mareš, J. (2015). *Pozitivní aspekty stáří: Senioři a humor*. Časopis lékařů českých.
- Matoušek, O., Kodymová, P. & Koláčková, J. (Eds.). (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (Vyd. 2). Praha: Portál.
- Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.
- Ondrušová, J.& Krahulcová, B. (2019). *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.

- Pacovský, V. 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o.
- Heinz, A., Kastrup, M., et al. (2017). *A proposed new definition of mental health*. *Psychiatria Polska*. Dostupné z: <https://doi.org/10.12740/PP/74145>
- Pajala, R et al. (2022). *Anxiety and loneliness among older people living in residential care facilities or receiving home care services in Sweden during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional study*. Dostupné z: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-03544-z#Sec8>
- Pengpid & Peltzer (2021). *Associations of loneliness with poor physical health, poor mental health and health risk behaviours among a nationally representative community-dwelling sample of middle-aged and older adults in India*. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/gps.5592>
- Pichaud, C.& Thareauová, I. (1998). *Soužití se staršími lidmi: Praktické informace pro Ty, kdo DOMA pečují o stare lidi, I pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha:Portál.
- Prieto-Flores, M.-E.,et al. (2010). *Factors Associated With Loneliness of Noninstitutionalized and Institutionalized Older Adults*. *Journal of Aging and Health*, Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20881107/>
- Prajznerová, J. (2018). *Služby pro seniory v domácím prostředí*. (online) Dostupné z: <https://peceosverodice.cz/sluzby-pro-seniory-v-domacim-prostredii/>
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*.Praha: Maxdorf.
- Sak, P. & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada.
- Slámová, R., Marková, A., Kubáčková, P. & Antonová, B. (2018). *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*.Brno: Edika.
- Stickley, A, et al. (2013). *Loneliness: Its Correlates and Association with Health Behaviours and Outcomes in Nine Countries of the Former Soviet Union*. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067978>
- Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Sociologické nakladatelství.
- Špatenková, N. a kol. (2017). *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada.

- Tabue T., et al., (2016). *Feelings of Loneliness and Living Alone as Predictors of Mortality in the Elderly: The PAQUID Study*. Psychosomatic Medicine. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27583712/>
- Trucharte A, et al., (2023). *Three-item loneliness scale: psychometric properties and normative data of the Spanish version*. Curr Psychol. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-021-02110-x>
- Tylová, V. a kol. (2014) *Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch*. Česká a slovenská psychiatrie Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2014\\_3\\_151\\_157.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_3_151_157.pdf)
- Ulsperger, J.& Knottnerus, D. (2011). *Elder Care Catastrophe: Rituals of Abuse in Nursing Homes and What You Can Do About It*. US: Routledge.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory. 1. vyd.* Praha: Grada.
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B. et al. (2018). *Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review*. BMC Psychiatry. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- World Health Organization (2003). *Active ageing: a policy framework*. Geneva. Dostupné z: <http://www.who.int/hpr/ageing>
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>