

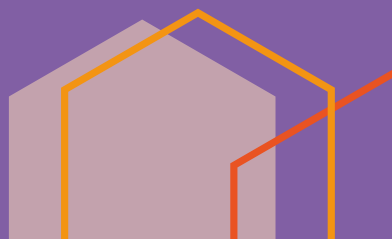


JAK ROZPOZNAWAĆ OSAMOTNIENIE WŚRÓD OSÓB STARSZYCH ORAZ ROZWIĄZYWAĆ ZWIĄZANE Z NIM PROBLEMY?

Profesjonalny przewodnik

HEALTHY LONELINESS

Project number: 2020-1- ES01-KA204-083167



Spis treści

Ogólny zarys	2
Aspekty związane z odczuwaniem samotności wśród osób starszych	4
Słabość fizyczna	5
Słabość społeczna	6
Słabość psychologiczna	8
Monitorowanie poczucia samotności	10
Podjęcie akceptacji w stosunku do samotnych osób starszych	12
Działania przeciwdziałające osamotnieniu	14
Rozwój umiejętności czytania i pisanie i innych przydatnych umiejętności	16
Budowanie więzi społecznych	17
Restrukturyzacja dysfunkcyjnych wzorców poznawczych	19
Institucje wsparcia dla osób starszych	21
Bibliografia	23



Ogólny zarys

Samotność jest złożonym zjawiskiem, które stanowi wyzwanie społeczne i zdrowotne, zwłaszcza dla krajów europejskich. Choć nie istnieje uniwersalna definicja, w literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa aspekty i odpowiadające im terminy: osamotnienie jest rozumiane jako subiektywny wymiar odczuwania braku kontaktów społecznych, bez względu na ich rzeczywistą liczbę, zaś samotność to obiektywny brak kontaktów społecznych, określane także jako izolacja społeczna. Zatem subiektywne odczucie może być (choć nie musi) konsekwencją obiektywnej sytuacji jednostki a tym samym pojęcie osamotnienia może obejmować swym zakresem samotność. W potocznym języku najczęściej nie rozgranicza się tych dwóch aspektów i stosuje się zamiennie terminy „samotność” i „osamotnienie”. W niniejszym opracowaniu posługujemy się terminem „osamotnienie” mając na względzie możliwe obiektywne przyczyny tego subiektywnego odczucia.

Więzi społeczne są przeciwieństwem osamotnienia i są podstawową ludzką potrzebą, która wykracza poza obiektywne kontakty społeczne. Są one subiektywną miarą jakości oraz wielkości znaczących relacji społecznych. Przynależność społeczna wiąże się z poczuciem troski i bycia zaopiekowanym, przynależności do grupy lub społeczności. Jako istoty społeczne, ludzie są uzależnieni od bezpiecznego środowiska, aby przetrwać w grupach. Doświadczenie osamotnienia obejmuje odczuwanie lęku o tę więź, generując reakcje fizjologiczne zwiększające zarówno ryzyko zachorowalności, jak i śmiertelności [1].

Badania konsekwentnie pokazują szkodliwy wpływ osamotnienia na zdrowie fizyczne i psychiczne. Jest on porównywalny z poziomem zagrożenia generowanym przez otyłość pod względem ryzyka zgonu i przewyższa ryzyko zagrożeń związanych z paleniem [2].

Z osamotnieniem wiążą się wielowymiarowe czynniki psychologiczne, kulturowe, społeczne oraz fizyczne. Identyfikacja głównych uwarunkowań osamotnienia może pomóc w opracowaniu skutecznych interwencji i polityki publicznej mającej na celu łagodzenie, a nawet eliminację osamotnienia, a także zapobieganie skutkom, jakie to zjawisko ze sobą niesie.

Zmiany stylu życia związane ze starzeniem się prowadzą do pewnych utrudnień, takich jak większe ograniczenie aktywności zawodowej, straty emocjonalne, choroby przewlekłe czy ograniczenia fizyczne. To wszystko sprawia, że osoby starsze należą do grupy, która jest

znacznie bardziej podatna na doświadczanie poczucia osamotnienia.

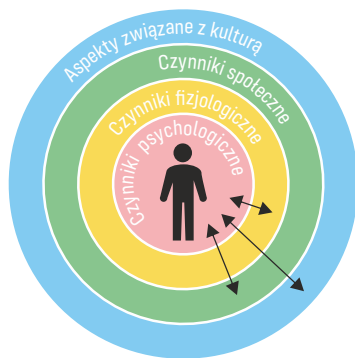
Badania wykazały, że interwencje wśród osób starszych, które były oparte na zaspokajaniu specyficznych potrzeb kontaktu społecznego oraz na poprawie ich dobrostanu psychicznego są skuteczne w minimalizowaniu ryzyka poczucia osamotnienia i jego konsekwencji dla zdrowia fizycznego oraz psychicznego [3]. Pod tym względem, rozwiązania nastawione na edukację zdrowotną osób starszych, ich opiekunów i członków rodzin, wspierane przez tworzenie strategii poznawczych i behawioralnych, może być skuteczne w zapobieganiu oraz zwalczaniu zarówno izolacji, jak i osamotnienia.

Projekt „Healthy Loneliness” stara się zaspokoić właśnie te potrzeby. Jego głównym celem jest minimalizowanie negatywnych skutków izolacji, zwiększanie świadomości jej czynników ryzyka oraz tworzenie przestrzeni do dialogu i interwencji. Projekt ten zapewni osobom starszym i ich opiekunom narzędzia do zarządzania emocjami, a także do lepszego przeciwdziałania doświadczeniu samotności. W końcu, życie w pojedynkę nie musi być odbierane jako doświadczanie osamotnienia.

Ta broszura, która jest częścią projektu „Healthy Loneliness”, koncentruje się na dostarczaniu wiedzy i technik pracownikom służby zdrowia oraz opiekunom społecznym, aby potrafili lepiej identyfikować osamotnienie doświadczane przez osoby starsze, a także skuteczniej z nim walczyli. Aby zrealizować ten cel, na wstępie zostaną przedstawione czynniki związane z poczuciem osamotnienia, a następnie narzędzia do rozpoznawania go. Osamotnienie może być tematem drażliwym, gdyż wiąże się ze stanem słabości, czyli odczuwaniem kruchości przez osoby starsze. Podręcznik ten opisuje strategie akceptacji dla osób starszych doświadczających poczucia osamotnienia, a także interwencje mające na celu radzenie sobie z nim.

Aspekty związane z odczuwaniem osamotnienia wśród osób starszych

Wiele badań skupia się na identyfikacji czynników związanych z osamotnieniem. Ustalenie jego predyktorów to złożone zadanie, zwłaszcza w przypadku grupy, jaką są osoby starsze. Osamotnienie jest bowiem zjawiskiem wielowymiarowym, na które składają się czynniki psychologiczne, fizjologiczne, społeczne i kulturowe, które bezpośrednio lub pośrednio przyczyniają się do jego występowania i wielkości skali zjawiska [4]. Ponadto, należy wziąć pod uwagę, że czynniki te oddziałują na siebie, a niektóre z nich działają w więcej niż jednym kierunku, będąc zarówno determinantą, jak i konsekwencją samotności [5, 6].



Związek między starzeniem się a osamotnieniem może być wyjaśniany poprzez pojęcie słabości. Zespół słabości to syndrom kliniczny, który odnosi się do stanu zwiększonej podatności na stresory endogenne i egzogenne, co w konsekwencji naraża osobę na wysokie ryzyko wystąpienia szkodliwych skutków.

Zespół słabości i osamotnienie są czynnikami wzajemnie powiązаныmi i tworzą obustronny związek przyczynowo-skutkowy. Zespół słabości zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia poczucia samotności i vice versa [7] - może być rozpatrywany z punktu widzenia jego fizycznych, społecznych i psychologicznych komponentów, które z kolei pomagają zrozumieć rolę osamotnienia jako problemu zdrowotnego. Następnie zostaną opisane koncepcje i specyficzne czynniki słabości fizycznej, społecznej i psychicznej obecne w doświadczaniu poczucia osamotnienia.

Słabość fizyczna / Zespół słabości / kruchości

Słabość fizyczna to zespół kliniczny określany jako zmniejszenie zdolności do utrzymywania i regulacji homeostazy organizmu i jego sprawności do radzenia sobie ze stresorami.

Prowadzi ona do skumulowanych problemów w wielu obszarach, takich jak mobilność, ostrość wzroku, zdolności poznawcze, siła i stabilność postawy.

Osoby starsze zmagające się z zespołem słabości są bardziej podatne na czynniki stresowe i bardziej narażone na utratę autonomii oraz zdolności do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życia codziennego i w konsekwencji na utratę autonomii [8]. Postęp zespołu słabości prowadzi do zwiększonego ryzyka występowania chorób współistniejących, upadków, ograniczenia socjalizowania się, obniżenia jakości życia, a nawet przedwczesnej śmierci [9].

Osoby starsze cierpiące na zespół słabości częściej doświadczają poczucia osamotnienia. Wynika to z ograniczenia mobilności i interakcji społecznych, a także mniejszej autonomii i zadowolenia z życia [10]. Odwrotna zależność jest również prawdziwa: doświadczanie poczucia osamotnienia zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu słabości fizycznej u osób starszych. Osamotnienie jest odczuwane jako sytuacja stresująca. Zwiększa ono aktywność współczulno-adrenergiczną (SAA), wynikającą ze zwiększonej aktywności osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA), zwanej osią stresu. Aktywność tej osi powoduje zmiany immunologiczne i zwiększa aktywność zapalną za pośrednictwem glikokortykoidów i niektórych czynników prozapalnych, które wzmagają aktywność leukocytów i limfocytów. Pogorszenie aktywności zapalnej zwiększa stan wrażliwości organizmu, charakterystyczny dla zespołu słabości fizycznej.

Warto wspomnieć, że zespół słabości fizycznej ma przede wszystkim charakter biologiczny, ponieważ powoduje zmiany na poziomie komórkowym. Przewlekła aktywacja osi HPA (osi stresu) i układu współczulnego, obecna w sytuacji doświadczenia osamotnienia, przyspiesza proces starzenia się na skutek wzrostu składników prozapalnych i oksydacyjnych na poziomie komórkowym i tkankowym. Badania naukowe wykazały, że ludzie, którzy doświadczają osamotnienia, mają wysokie biomarkery stanu zapalnego (a mianowicie białko C-reaktywne -CRP, fibrynogen, czynnik martwicy nowotworu alfa-TNF- α i interleukina 6), które są również związane z słabością fizyczną i kilkoma chorobami przewlekłymi [11].

Słabość wiąże się z przewlekłym bólem, który jest kolejnym czynnikiem zmniejszającym jakość życia, autonomię i interakcje społeczne. Badanie kontrolne przeprowadzone w domach opieki w Stanach Zjednoczonych wykazało istotny bezpośredni związek między bólem a początkiem doświadczania osamotnienia, nawet po skorygowaniu analizy o zmienną „stan cywilny”, która z kolei jest znana jako silny predyktor odczuwania samotności wpływającym na więzi społeczne [6].

Pojęcie słabości zostało zrównane z pojęciem integralności osoby. Tak więc, oprócz czynników fizjologicznych, brane są pod uwagę również społeczne i psychologiczne poziomy słabości. Takie wymiary oddziałują na siebie i przyczyniają się do większej lub mniejszej słabości danej jednostki [7].

Całościowa koncepcja słabości jest zgodna z nowoczesnym spojrzeniem na zdrowie jako wielowymiarowy proces, który obejmuje subiektywne i obiektywne aspekty różnych wymiarów. Dopiero tak poszerzone spojrzenie umożliwi zrozumienie równie złożonych zjawisk, jakim jest poczucie osamotnienia.

Słabość społeczna

Słabość społeczna to zestaw czynników, które oddziałują w kontinuum – ryzyka bądź utraty – zasobów, zajęć lub kluczowych umiejętności w celu zaspokojenia jednej lub więcej podstawowych potrzeb społecznych [12].

Jeśli nie są one zaspokojone, potrzeby te w nieprawidłowy i dwukierunkowy sposób wchodzi w interakcje, z czynnikami psychologicznymi oraz biologicznymi, przyczyniając się zarówno do wzrostu wrażliwości, jak i słabości [7].

Jednym z głównych elementów słabości społecznej jest **brak wsparcia społecznego**. Samotność jest uważana za obiektywny aspekt ograniczania lub braku interakcji społecznych. Zwiększa ona prawdopodobieństwo rozwoju chorób sercowo-naczyniowych i zakaźnych. Ponadto, brak kontaktów społecznych i wsparcia prowadzi do dalszego pogorszenia zdolności poznawczych związanych z wiekiem i wzrostu ryzyka demencji.

Postrzegane wsparcie społeczne wpływa na procesy fizjologiczne na poziomie organizmu, oddziałując na odporność, przemianę materii i zdolność przeciwwzapalną. Mózg interpretuje zagrożenia i stresory, co oddziałuje na pobudzenie osi stresu, a to z kolei przekłada się na szeroki zakres skutków fizjologicznych, behawioralnych i zdrowotnych [7]. Poczucie osamotnienia jest subiektywnym aspektem izolacji i choć te pojęcia nie są tożsame, mają bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy. Powszechnie wiadomo, że osoby starsze mające większe ograniczenia kontaktów społecznych są bardziej narażone na odczuwanie osamotnienia.

Stan cywilny jest przedstawiany jako czynnik wpływający na postrzeganie wsparcia społecznego i osamotnienia. Badania wykazały, że osoby starsze pozostające w stałym związku rzadziej czują się samotne w porównaniu z osobami nie będącymi w stałej relacji, zwłaszcza w porównaniu z osobami owdowiałymi [10]. Jakość związku ma fundamentalne znaczenie dla postrzegania wsparcia i poczucia przynależności [4].

Dochód to kolejny składnik słabości społecznej, który również jest związany z osamotnieniem. Uważa się, że czynnik ten ma pośredni wpływ. Im niższa zdolność finansowa, tym większe problemy z szybkim dostępem do opieki zdrowotnej; styl życia wyróżnia się coraz mniejszą aktywnością społeczną, zmniejsza się autonomia i niezależność.

Alfabetyzm, dodatkowy czynnik silnie skorelowany z samotnością, jest rozumiany jako zestaw umiejętności danego języka, który – opanowany – pozwala na lepszą interakcję i integrację w różnych kontekstach społecznych. Kiedy osoby starsze nie posiadają umiejętności zdobywania i wykorzystywania informacji, czy to w celu integracji ze społeczeństwem, czy też rozwijania autonomii aby o siebie zadbać, stają się bardziej podatne na różnorodne trudności stawiane przez życie.

Biorąc pod uwagę znaczące przemiany w relacjach społecznych za pośrednictwem technologii cyfrowej w ostatnich dziesięcioleciach, niski poziom umiejętności cyfrowych może zagrażać integracji ze społeczeństwem. Dyskryminacja cyfrowa utrudnia również dostęp do istotnych informacji dotyczących samoopieki i zdrowia, a także ogranicza możliwości utrzymywania aktywności poznawczej, rozwijania umiejętności i wiedzy w interesujących daną osobę obszarach i poświęcania czasu na przyjemności. Dotyczy to zwłaszcza osób starszych z ograniczeniami mobilności lub niesprawnością, które nie mają możliwości wchodzenia w bezpośrednie interakcje - socjalizowania się.

Większość czynników społecznych związanych z koncepcją słabości społecznej podlega modyfikacjom, w przeciwieństwie do wielu aspektów słabości fizycznej i biologicznej. Dlatego niezwykle ważne jest uwzględnienie ich we wdrażaniu strategii polityki zdrowia publicznego i wsparcia społecznego.

Słabość psychologiczna

Słabość psychiczną można uznać za utratę odporności komponentów motywacyjnych, poznawczych i nastroju, co prowadzi do większej wrażliwości psychicznej i trudności w stawianiu czoła napotkanym sytuacjom życiowym.

Słabość można scharakteryzować zarówno pod względem poznawczych, jak i emocjonalnych objawów oraz form, a także już rozwiniętych zaburzeń psychicznych.

Depresja to stan psychiczny ściśle powiązany z osamotnieniem. Oba mogą być swoją wzajemną przyczyną lub skutkiem w dysfunkcjonalnej reakcji na rozbieżność między aktualną sytuacją a upragnioną sytuacją życiową jednostki. Osoby samotne mają tendencję do postrzegania świata jako zagrażającego i mogą rozwijać zachowania dysfunkcjonalne, takie jak izolacja społeczna i utrata zaangażowania w czynności sprawiające przyjemność, co może przyczyniać się do rozwoju depresji, a w konsekwencji do doświadczania chronicznego osamotnienia [10].

Kolejnym stanem psychicznym związanym z osamotnieniem jest lęk, powiązany również w negatywny sposób ze słabością, [10]. Objawy lęku, takie jak nadmierne zamartwianie się, fizyczny dyskomfort i izolacja społeczna, są czynnikami ryzyka doświadczania osamotnienia. Podobnie, osamotnieni ludzie wykazują objawy lęku. Powiązanie to wynika z nieprawidłowej neurofizjologicznej aktywności stresu, która, jak wspomniano wcześniej, występuje również w doświadczaniu osamotnienia i jest związana z mechanizmami prz zapalnymi oraz słabością fizyczną i biologiczną.

Psychologia pozytywna to nazwa szkoły psychologicznej zajmującej się zrozumieniem uwarunkowań prężności i subiektywnego dobrostanu. Według tego nurtu, gdy dana osoba nie wykazuje pewnych zachowań, następuje oderwanie od doświadczania dobrostanu i osoba ta staje się bardziej podatna na cierpienie psychiczne.

Psychologia pozytywna opisuje czynniki determinujące dobrostan w oparciu o schemat **PERMA**, gdzie każda litera jest skrótem czynnika: **P**ositive emotions – Pozytywne emocje (dbanie o ich doświadczanie i przeżywanie, a nie tłumienie); **E**ngagement – Zaangażowanie (zaangażowanie w przyjemne czynności), **R**elationships – Relacje (utrzymywanie pozytywnych stosunków z innymi, które wzmacniają poczucie przynależności i wsparcie

społeczne), *Meaning* – Sens (cel życiowy, który umożliwia połączenie sensu własnej egzystencji z głębszą misją) oraz *Accomplishment* – Samorealizacja (spełnienie działań, które sprzyjają zaangażowaniu, postrzeganiu własnych postępów oraz rozwojowi swoich umiejętności i kompetencji). Osoby samotne mogą zmagać się z cierpieniem psychicznym i doświadczać czynników psychologii pozytywnej w delikatny, subtelny sposób, sprawiając, że są bardziej podatne na zaburzenia psychiczne.

Rozwój niepokoju psychologicznego zależy od tego, jak dana osoba angażuje się w stresujące doświadczenie i czuje, że jest w stanie zmienić swoje zachowania, aby temu przeciwdziałać. Postrzeganie własnej zdolności do rozwiązywania problemów i osiągania oczekiwanych celów nazywamy poczuciem własnej skuteczności. Jest ono ważnym zasobem psychospołecznym w radzeniu sobie ze stresem związanym z negatywnymi wydarzeniami życiowymi i doświadczaniem niekorzystnych warunków, takich jak izolacja społeczna, ograniczenie ról społecznych i utrata zdolności fizycznych – czyli czynnikami obecnymi w życiu osób starszych.

Samoocena zdolności danej osoby do radzenia sobie z problemami determinuje ilość i wytrwałość w wysiłku, jaki będzie zużywać w reakcji na przeszkody. Biorąc pod uwagę doświadczenie osamotnienia, osoby o wysokim poczuciu własnej skuteczności aktywniej się angażują. Podejmują bardziej zdecydowane środki w celu zmniejszenia poczucia osamotnienia, niż osoby o niskim poczuciu własnej skuteczności. Czują się bardziej zmotywowane do proszenia o pomoc i zmiany nawyków, które doprowadziłyby ich do negatywnego odczuwania samotności.

Ponadto, jeśli ludzie mają pozytywne nastawienie do możliwych do wprowadzenia zmian, które by mogły poprawić ich sytuację, negatywne myśli są mniej dominujące. Z drugiej strony, osoby o niskim poczuciu własnej skuteczności odczuwają mniej pozytywnych emocji i zwykle nie odnoszą takich sukcesów w budowaniu satysfakcjonujących i trwałych relacji, jak osoby o wysokim poziomie poczucia własnej skuteczności. Przyczynia się to do odczuwania niższego zadowolenia z życia [13].

Tak jak niskie poczucie własnej skuteczności jest czynnikiem zwiększającym ryzyko poczucia osamotnienia, może również zdarzyć się sytuacja przeciwna. Osoby osamotnione czują się mniej zdolne do radzenia sobie z przeszkodami i sprawowania kontroli nad własnym życiem [13]. Częściej czują się odrzucone i stają w obliczu niepewności społecznej i niskiej pewności siebie. Interwencje w obszarze społecznym i zdrowotnym powinny uwzględniać filary i techniki psychologii pozytywnej. Przemyślana zmiana zachowania ma na celu zwiększenie poczucia własnej skuteczności. Może to zwiększyć prawdopodobieństwo prowadzenia zdrowszego stylu życia i zapobiegania psychicznemu cierpieniu.

Monitorowanie poczucia osamotnienia

W literaturze opisano różne skale przesiewowe dotyczące poczucia osamotnienia. Skala samotności UCLA jest wśród nich złotym standardem [5]. Pierwotnie opracowana przez Russella i in. [14] skala ta ocenia częstotliwość, z jaką dana osoba czuje się odizolowana od innych. Jest używana w różnych sytuacjach, na przykład w warunkach klinicznych i w badaniach epidemiologicznych. Długa wersja UCLA składa się od 16. do 20. zdań w zależności od walidacji dla każdego kraju. Wynik opiera się na trzystopniowej skali Likerta, a wersja rozszerzona ma cztery opcje odpowiedzi, mianowicie: nigdy, rzadko, czasami, często.

Skrócona wersja zawiera tylko trzy pytania i została zastosowana w badaniu Hughes i wsp. ze względu na zastosowaną technikę badawczą, jaką był wywiad telefoniczny [15]. Poniżej znajduje się instrukcja użycia tej krótkiej wersji do badania osób starszych, jednak należy zastrzec, iż w Polsce ta skrócona wersja nie została dotychczas zwalidowana i obowiązuje pełna wersja UCLA zaadaptowana przez Kwiatkowską, M.M., Rogożę, R. i Kwiatkowską, K.

Poniższe pytania dotyczą tego, co sądzi Pan/Pani o różnych aspektach swojego życia.

Przy każdym proszę określić, jak często Pan/Pani tak się czuje.

1. Po pierwsze, jak często czuje Pan/i, że nie ma towarzystwa?

prawie nigdy czasami często

2. Jak często czuje się Pan/i wykluczony/a?

prawie nigdy czasami często

3. Jak często czuje się Pan/i odizolowany/a od innych?

prawie nigdy czasami często

<https://www.radoslawrogoza.com/uploads/1/2/3/1/123141801/r-ucla-polish.pdf>

Instrukcje jej stosowania dla osób starszych opisane są poniżej. Ostateczny wynik uzyskuje się sumując wartości odpowiedzi dla wszystkich stwierdzeń, przy czym wartość każdej opcji odpowiedzi jest następująca: prawie nigdy (1); czasami (2); często (3). Wynik zatem może wynosić od 3 do 9, a punkt odcięcia dla identyfikacji poczucia samotności wynosi > 5.

Gdy ma się do czynienia z poczuciem osamotnienia, ważne jest, aby wziąć pod uwagę nie tylko czynniki ryzyka i metody badań przesiewowych, ale także strategie rozpoznawania osób podatnych, które potrzebują działań zapobiegawczych. Samotni ludzie zwykle nie wchodzi w interakcje z innymi, nie dzielą się swoimi emocjami ani nie korzystają z usług socjalnych lub zdrowotnych. Skuteczne mogą być społeczne działania psychoedukacyjne mające na celu wyjaśnienie, jak poruszyć temat samotności z członkami rodziny i sąsiadami. Równoległe z tymi strategiami, kluczowe jest przygotowanie pracowników profesjonalnej opieki zdrowotnej i społecznej do zachęcającego i aktywnego słuchania podczas opieki nad osobami starszymi doświadczającymi poczucia osamotnienia.



Podejście akceptacji w stosunku do osamotnionych osób starszych

Rozmowa na temat osamotnienia zwykle nie jest łatwym zadaniem. Wiele osób doświadczających go ukrywa swoje uczucia ze strachu przed osądem lub dlatego, że wierzą, że nie zostaną zrozumiani. Starsi mężczyźni mają zwykle większe trudności w poruszaniu tego tematu niż kobiety.

Oprócz trudności w mówieniu o samotności i osamotnieniu, osoby które doświadczają tych stanów, mają tendencję do nieangażowania się w czynności życia codziennego i zmiany zachowań w walce z samotnością i osamotnieniem. Utrudnia to możliwość skutecznej interwencji przez pracowników służby zdrowia i opieki społecznej.

Psychologiczne techniki motywacyjne okazały się skuteczne w zmianie zachowania i przestrzegania zaleceń zdrowotnych na poziomie klinicznym. Jedną z takich technik jest wywiad motywujący (*MI – motivational interviewing*) [16]. Ma on na celu stymulowanie zmiany zachowania poprzez identyfikowanie i redukcjonowanie natarcywych myśli i emocji oraz poprawę gotowości do zmiany [17].

Główne strategie MI to:

I) **okazywanie empatii:** zainteresowanie i otwartość okazywane przez profesjonalistę w stosunku do innych, w procesie ich zmiany, jest kluczowe. Wiąże się to z niektórymi z następujących podejść: akceptowanie postawy danej osoby bez jej osądzania; nadawanie priorytetu pytaniom otwartym, tak aby stworzyć możliwość do wyrażenia swoich uczuć przez daną osobę i parafrazowania jej wypowiedzi, aby poczuła się zrozumiana i usłyszana.

II) **identyfikowanie przeszkód i ich usuwanie:** osoby starsze, które cierpią mogą nie akceptować leczenia i zaleceń, lub mogą nie zmienić swoich nawyków, ponieważ są zniechęcone pewnymi ograniczeniami, takimi jak np. koszty finansowe,



wymagany osobisty wysiłek lub poczucie marnowania czasu. Ważne jest, aby profesjonalista pomógł zidentyfikować te bariery, zastanowić się nad ich zasadnością i poszukać bardziej korzystnych alternatyw.

III) **oferowanie opcji do wyboru:** motywacja do zmiany jest wzmacniana, gdy dana osoba jest wspierana w autonomii dokonywania własnych wyborów. Dlatego ważne jest, aby profesjonalista pomagał osobom starszym czuć się odpowiedzialnym za własne decyzje. Jest to ułatwione, gdy zaproponowanych zostanie kilka alternatyw. Na przykład dana osoba może nie mieć motywacji do interakcji społecznych. Jeśli polecono jej wyjść z domu, aby spotykać się z innymi, może stawiać opór. Z drugiej strony, jeśli pomaga się osobom starszym rozważać różne opcje interakcji społecznych, takich jak gry interaktywne, media społecznościowe, rozmowy wideo, społeczne grupy aktywności i lokalne przedsięwzięcia, osoby te mogą się czuć bardziej zmotywowane do wyboru jednej z opcji. Takie profesjonalne podejście pomoże w zwiększaniu poczucia własnej skuteczności.

IV) **redukowanie skłonności do zachowań dysfunkcyjnych:** jeśli nawyki są utrzymywane pomimo ich szkodliwych konsekwencji, jest to rezultatem tego, że generują one również jakieś pozytywne odczucia. Podstawą jest, aby profesjonalista pomagał osobie starszej w odnalezieniu wtórnych, szkodliwych „zysków” pewnych niezdrowych nawyków i przy okazji zachęcał do wspólnego zastanowienia się nad konsekwencjami tych zachowań. Na przykład osoba mająca problemy ze snem może preferować korzystanie z telefonu komórkowego przed zaśnięciem, aby odwrócić uwagę i nie czuć się samotnym. Może ona nie zdawać sobie sprawy z ingerencji tego nawyku w jakość snu i tego, że jest to szkodliwe dla jej zdrowia.

V) **sprecyzowanie celów:** aby ułatwić zmianę nawyków i pomóc w budowaniu pewności siebie, konieczne jest ustalenie małych i długoterminowych celów, za obopólną zgodą, aż do osiągnięcia pożądanego stanu. Cele muszą być realistyczne i osiągalne. Słowa zachęty są mile widziane, aby stymulować postrzeganie własnej zdolności do zmiany.

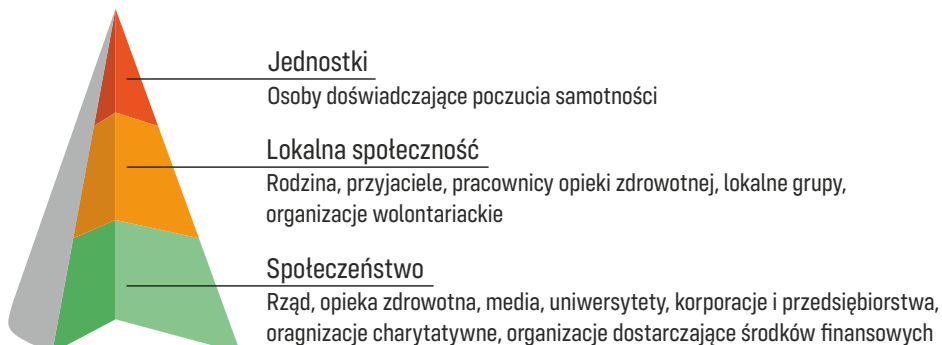
VI) **aktywne wspieranie:** profesjonalista powinien odgrywać aktywną rolę w opiece. Kiedy osoby starsze nie są w stanie podejmować asertywnie decyzji dotyczących samoopieki, konieczne jest, aby pracownik odgrywał aktywną rolę we wspieraniu ich w tym procesie. Można to zrobić, poprzez podejmowanie pewnych decyzji, dbanie o inne aspekty opieki, a nawet utrzymywanie kontaktu z siecią wsparcia.

Działania przeciwdziałające osamotnieniu

Samotność i osamotnienie rzucają różnym warstwom społeczeństwa wyzwanie – by zaangażować się w poszukiwanie mechanizmów zapobiegania lub łagodzenia tych stanów. Ponieważ zjawisko to obejmuje makro-poziomy działań, takie jak państwo i społeczeństwo, często zdarza się, że profesjonalści czują się zdezorientowani, w jaki sposób i czy w ogóle powinni bezpośrednio działać w kwestii poczucia osamotnienia.

Warto zauważyć, że walka z osamotnieniem jest obowiązkiem każdego. działanie zapobiegawcze może mieć miejsce na poziomie jednostki, lokalnej społeczności i społeczeństwa. Na każdym z nich występują bezpośrednie i pośrednie strategie, które mogą się na siebie nakładać i być wspólne dla różnych podmiotów [18].

Poziomy odpowiedzialności i typy interesariuszy w każdej kategorii można przedstawić w następujący sposób:



Źródło: oprac. na podst. Mann, 2017

Na poziomie **społeczeństwa** można rozważyć następujące **działania bezpośrednie**: posiadanie mediów społecznościowych i aktywność w sieci; edukacja formalna; świadomość relacji społecznych; finansowanie odpowiednich badań; promowanie wczesnej profilaktyki przez całe życie oraz analizowanie skutecznych sposobów badania osób podatnych na zagrożenia. **Pośrednie formy działania** obejmują inne aspekty polityki publicznej, które koncentrują się na integracji i spójności społecznej, takie jak mieszkalnictwo, zatrudnienie i edukacja.

Na poziomie **społeczności lokalnej** pożądanymi **działaniami bezpośrednimi** są: grupowe działania przeciwdziałające osamotnieniu, wsparcie w socjalizowaniu się i mobilizacja społeczna zarówno do działań prewencyjnych, jak i łagodzących skutki osamotnienia. **Aktywności pośrednie** obejmują lokalny transport i komunikację miejską, dostępność i wszelkie działania grupowe, które nie zmniejszają bezpośrednio osamotnienia, ale łączą ludzi, takie jak np. aktywność fizyczna czy udział w szkoleniach i warsztatach.

Działania bezpośrednie na poziomie indywidualnym obejmują między innymi spersonalizowaną opiekę kliniczną, podejścia kognitywne i cyfrowe, psychoedukację, trening umiejętności społecznych. **Działania pośrednie** mogą obejmować zatrudnienie, sytuację mieszkaniową i edukację.

Niezbędne jest zrozumienie, że zapobieganie osamotnieniu i walka z nim stają się skuteczne tylko wtedy, gdy wszyscy interesariusze współpracują w różnych wymiarach tego zjawiska. Koniecznym jest, aby profesjonaliści, którzy pracują bezpośrednio z osobami starszymi doświadczającymi poczucia osamotnienia, uwrażliwiali na tę sprawę menedżerów, decydentów i inne podmioty.

Biorąc pod uwagę w szczególności pracowników służby zdrowia, zwykła praktyka kliniczna stoi przed wielkim wyzwaniem, jakim jest odzyskanie wymiaru lokalnej służby zdrowia. Pozwoli to interweniować w zakresie społecznych determinantów zdrowia oraz wielowymiarowych problemów, takich jak poczucie osamotnienia. Na tej podstawie niezbędne są skoordynowane działania obejmujące konteksty wewnątrz- i poza-szpitalne. Kontekst wewnątrzszpitalny obejmuje każdy z różnych poziomów opieki, zarządzanie zdrowiem i zaangażowanie wielodziedzinowych zespołów. Kontekst poza-szpitalny polega na aktywnym udziale społeczności, włączając jej zasoby społeczne i finansowe oraz zaangażowanie instytucji formalnych, w tym akademickich i naukowych. Każdy z interesariuszy musi wypełnić swoją rolę i wziąć odpowiedzialność za dobrostan populacji i zaspokojenie jej potrzeb w zakresie zdrowia społecznego [7].

Ponadto, działania skierowane do osób starszych musi poprzedzać analiza konkretnych celów do osiągnięcia. Co więcej, należy wziąć pod uwagę dostępne zasoby, które zarówno instytucja realizująca, jak i społeczność muszą udostępnić, aby działania mogły się odbywać. Należy również uwzględnić predyspozycje i zainteresowania grupy docelowej, aby zaangażowanie osób starszych przekładało się na efektywne działanie.

Istotne jest, aby osoby starsze czuły się zaangażowane w proces planowania i wyboru zajęć, co zwiększa autonomię i wewnętrzną motywację do wykonywania działań. Uczestnictwo w planowaniu aktywności sprzyja poczuciu posiadania sensu życiowego, wzmacnia pewność siebie oraz poczucie przynależności do grupy [7].

Literatura naukowa nie jest zgodna co do tego, które strategie są skuteczne w radzeniu sobie z osamotnieniem.

Wynika to głównie z różnic między badaniami, takich jak:

- 1) kulturowa perspektywa osamotnienia,
- 2) potrzeby społeczne i kliniczne uczestników,
- 3) narzędzia stosowane do pomiaru poziomu osamotnienia.

W każdym przypadku przeglądy systematyczne wskazują, że takie działania są bardziej skuteczne, gdy:

- 1) w jednej aktywności połączonych jest wiele rodzajów działań, na przykład psychoedukacja, wspomagane socjalizowanie się i rozwój umiejętności [5],
- 2) mają jasno określone finalne cele dotyczące osamotnienia, gdyż wiadomo np., że samo promowanie socjalizowania się nie wystarczy do zwalczania negatywnego poczucia osamotnienia [1],
- 3) ograniczają uczestników do tego samego profilu potrzeb, które mają być zaspokojone,
- 4) stawiają na pierwszym miejscu działania grupowe [19].

W wyniku tego opisano trzy kategorie strategii, koncentrując się na celach, które zostały zidentyfikowane jako najskuteczniejsze w minimalizowaniu doświadczania osamotnienia, mianowicie:

- 1) rozwój umiejętności czytania i pisanie oraz innych przydatnych umiejętności,
- 2) budowa więzi społecznych,
- 3) zwalczanie dysfunkcyjnych wzorców poznawczych.

Rozwój umiejętności czytania i pisanie oraz innych przydatnych umiejętności

Działania ukierunkowane na rozwój umiejętności są skuteczne w radzeniu sobie z poczuciem osamotnienia, ponieważ sprzyjają postrzeganiu siebie jako osobę, która potrafi rozwiązywać problemy, a tym samym zwiększają poczucie własnej skuteczności. Przykładami takich interwencji są kursy dotyczące tematyki: treningu poznawczego, komputerów, gotowania, ogrodnictwa lub innej, która promuje wiedzę i zdolność do wykonania określonego zadania. Rozwijanie u siebie nowych umiejętności wpływa na różne sfery życia i prowadzi do postrzegania siebie jako osobę, która ma zdolność pokonywania wyzwań. Prowadzi to do wzrostu motywacji do troski o siebie [19].

Rozwijanie u siebie nowych umiejętności wpływa na różne sfery życia i prowadzi do postrzegania siebie jako osobę, która ma zdolność pokonywania wyzwań. Prowadzi to do wzrostu motywacji do dbania o siebie.

Ponadto, wzrost kompetencji uwzględnia zdobywanie wiedzy na interesujące jednostkę tematy, co pomaga w rozwoju umiejętności czytania i pisanie, a w konsekwencji prowadzi do poczucia kontroli nad tym, jak pozyskiwać potrzebne informacje i jak samodzielnie radzić sobie w niepożądanych sytuacjach. Na przykład, kurs komputerowy może uwzględniać wiedzę o tym, jak działa świat cyfrowy, jak korzystać z urządzeń elektronicznych, a nawet jak szukać niezbędnych informacji, takich jak opieka zdrowotna i pomoc społeczna.

Budowanie więzi społecznych

Działania obejmujące socjalizowanie się i rozwój umiejętności społecznych wpływają pozytywnie na zwalczanie samotności, dając poczucie własnej wartości, wsparcia i wspólnoty w stawianiu czoła wyzwaniom a także na dzielenie się nimi w grupie [1].

Przeprowadzanie dyskusji, uroczystości grupowe oraz działalność filantropijna i religijna to przykłady tego typu działalności. Koordynacja tych działań i zasobów społeczności oraz uwzględnienie elementów edukacyjnych ma fundamentalne znaczenie. Długość podejmowanej aktywności decyduje o jej skuteczności w walce z poczuciem samotności. Badania wykazały, że czynności te powinny trwać co najmniej pięć miesięcy [1, 7].

Grupowe przeżycia sprawiają, że uczestnicy wspólnie ich doświadczając czują się wspierani, potrzebni i potrafią wspierać innych ludzi. Wpływa to skuteczniej na dobrostan psychiczny i redukcję samotności [1].

Wykorzystanie technologii może być potężnym narzędziem do zmniejszania izolacji społecznej, promowania więzi społecznych i zwiększania sieci znajomych, zwłaszcza przy ograniczonej mobilności lub gdy istnieje jakakolwiek inna bariera przeciw socjalizowaniu się twarzą w twarz. W przypadku populacji osób starszych konieczne jest uwzględnienie luki cyfrowej, zwłaszcza wśród osób w wieku 65 lat i starszych, która utrudnia korzystanie

z technologii i przestrzeganie opartych na jej wykorzystaniu działań [7]. Interwencje mające na celu rozwój umiejętności cyfrowych mają zasadnicze znaczenie dla społecznego włączenia tej grupy.



Zajęcia polegające na grupowym wysiłku fizycznym powodują bezpośrednio i pośrednio pozytywne efekty zwalczające osamotnienie. Efekty bezpośrednie to poczucie przynależności do grupy i dobre samopoczucie fizyczne generowane przez doświadczenie flow, które polega na uwalnianiu dopaminy, endorfin i serotoniny po pobudzającej organizm aktywności fizycznej. Skutki pośrednie to świadomość sensu zdolności do wykonywania ruchów, postępy sprawnościowe i poprawa samooceny poprzez zmiany ciała związane ze zdrowym stylem życia.

Praktyki związane z opieką nad zwierzętami domowymi również okazały się skuteczne w radzeniu sobie z osamotnieniem, ponieważ zwiększają samoocenę osób starszych w kontekście opieki nad innym żywym organizmem, a także w doświadczaniu odwzajemnionego uczucia [20].

Restrukturyzacja dysfunkcyjnych wzorców poznawczych

Wzorzec poznawczy doświadczania osamotnienia obejmuje zniekształcone i negatywne myśli o rzeczywistości, często przywołujące przeszłe doświadczenia i/lub zapożyczające postrzeganie przyszłości jako czegoś zagrażającego albo bezsensownego. Częstymi zniekształceniami w doświadczaniu osamotnienia są **uogólnienia** („nikt mnie nie kocha”, „nikt za mną nie tęskni”); **personalizacje** („nie zasługuję na bycie szczęśliwym”, „jestem sam, bo jestem bezwartościowy”) i **myślenie katastroficzne** („wszystko pójdzie nie tak”, „ból jest oznaką poważnej choroby i umrę”).

Myśli są połączone z emocjami i razem prowadzą do konkretnych zachowań. Dlatego niezbędne są interwencje mające na celu regulację emocji i restrukturyzację zniekształconych myśli. Pozwoli to zmienić nawyki, tak aby prowadziły do zdrowszego stylu życia wraz z pozytywnym nastawieniem do relacji społecznych.

Psychoterapia indywidualna lub grupowa w podejściu terapii poznawczo-behawioralnej jest główną strategią promowania restrukturyzacji poznawczej. Psychoterapia jest niezwykle potrzebna, gdy pojawiają się objawy lub rozpoznanie depresji, która jest bardzo powszechna wśród osamotnionych osób starszych. Badania pokazują, że czas trwania procesu psychoterapeutycznego ma kluczowe znaczenie dla powodzenia interwencji. Wzorce myślenia i zachowania obejmują świadome i nieświadome procesy, których restrukturyzacja obejmuje okres przyjęcia do wiadomości danego stanu rzeczy, zrozumienia, akceptacji i zmiany. Dlatego wysoce zalecany jest proces terapeutyczny trwający co najmniej 12 lub 15 sesji.

Aby promować zmianę zachowania, niezbędne są techniki rozwoju poczucia własnej skuteczności, które sprawią, że osoba poczuje się wewnętrznie zmotywowana i zdolna do kreowania nowych nawyków. Ustalenie celów behawioralnych jest również ważną strategią ułatwiającą realizację nowych nawyków bez poczucia przytłoczenia lub niepewności [7]. Przykładami możliwych pożądaných celów behawioralnych są jedzenie, aktywność fizyczna, socjalizowanie się i podawanie leków. Definiowanie celów powinno być powiązane z takim rodzajem zachowań, które pozwalają na lepsze radzenie sobie z emocjami. Zatem, ważne jest zidentyfikowanie dysfunkcyjnych zachowań, które są obecne. Osoba starsza może na przykład kompulsywnie spożywać duże ilości jedzenia, by się uspokoić lub spędzać godziny oglądając telewizję, aby zapomnieć o problemach. Identyfikując te bodźce behawioralne, można zachęcić ją do aktywnego wyboru alternatywnych nawyków funkcjonalnych, na przykład medytacji lub praktyki jogi jako zamiennika dla objadania się w celu uspokojenia.

Praktyka medytacji została uznana za skuteczną strategię efektywnego zarządzania emocjami. Jest coraz częściej stosowana w dziedzinie zdrowia, ze względu na możliwość samodzielnego stosowania, a ponadto nie wiąże się ze znacznymi kosztami.



Instytucje wsparcia dla osób starszych

Ważne jest, aby zidentyfikować i wymienić opcje wsparcia dla osób starszych, które są podatne na doświadczanie osamotnienia, tak aby one i ich krewni mogli łatwo uzyskać dostęp do takich usług i instytucji w razie potrzeby.

Poniżej znajduje się lista usług świadczonych w Polsce przez organizacje społeczne i rządowe według rodzaju oferowanej działalności:

→ **Wojewódzkie instytucje rządowe** zwane **Domami Pomocy Społecznej**, które przeznaczone są dla osób wymagających całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność, niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w postaci usług opiekuńczych wynikających z indywidualnych potrzeby osób w nich przebywających.

→ **Domy Dziennego Pobytu** udzielają pomocy osobom w wieku poprodukcyjnym niepełnym zatrudnienia, bezrobotnym emerytom i rencistom oraz niepracującym osobom niepełnym w organizowaniu czasu wolnego i aktywizacji społecznej poprzez: umożliwienie pobytu i wypoczynku w Domu; zaspokajanie potrzeb społecznych i kulturalnych; udział w zajęciach mających na celu utrzymanie sprawności psychofizycznej w zależności od potrzeb uczestników i możliwości Domu; zapewnienie pełnego wyżywienia.

→ **Gminne lub Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej**, które powstają w celu rozwiązywania lokalnych problemów społecznych. Oferują wsparcie finansowe, rzeczowe i informacyjne obywatelom, w tym osobom starszym. Biorąc pod uwagę trend demograficzny, w ich strukturze znajdują się wydziały zajmujące się problemami osób starszych. Organizują pomoc i działania poprzez sieć pracowników i wolontariuszy oraz przy współpracy z organizacjami pozarządowymi (np. w Łodzi inicjatywa „Rozmowy i spaceru seniora z wolontariuszem” zorganizowana wspólnie ze Stowarzyszeniem Mali Bracia Ubogich).

→ **Domy Dienne Senior WIGOR i Senior+** to rządowy program zakładający utworzenie sieci domów opieki dla osób starszych, w których mogą spędzić co najmniej 8 godzin dziennie, podczas których zapewnione jest im wyżywienie, profesjonalna opieka oraz zajęcia ruchowe i społeczne, które są dostosowane do ich możliwości. Miejsca te pełnią również rolę centrów kulturalnych, zwłaszcza w mniejszych miastach i wsiach, które borykają się z ograniczoną ofertą kulturalną.

- **Uniwersytety Trzeciego Wieku** odpowiadają za aktywność edukacyjną osób starszych. W Polsce jest ich około 500 (w województwie łódzkim 29). Zazwyczaj funkcjonują na jeden z czterech sposobów: jako samodzielne podmioty pozarządowe (najczęściej stowarzyszenia), jako jednostki organizacyjne funkcjonujące w ramach uczelni lub liceów, jako podmioty utworzone w ramach innej organizacji pozarządowej lub jako podmioty funkcjonujące w ramach innych jednostek samorządu terytorialnego (np. domy kultury, ośrodki pomocy społecznej). Oferują szeroki wachlarz zajęć, m.in. edukację, wystawy, podróże, ale pełnią również funkcję ośrodków towarzyskich, w których osoby starsze mogą spotkać swoich kolegów i tym samym odgrywają ważną rolę w walce z samotnością.
- **Rady Seniorów** powstają w samorządach lokalnych, które reprezentują interesy osób starszych. W Polsce jest ich ponad 300. Mogą mieć realny wpływ na lokalną politykę społeczną wobec osób starszych.
- **Koła Gospodyń Wiejskich** to stowarzyszenia tworzone przez kobiety zamieszkujące wsie w celu kultywowania regionalnych tradycji i zacieśniania więzi społecznych w obrębie społeczności. W województwie łódzkim zarejestrowanych jest 906 stowarzyszeń.
- **Banki czasu** – nieformalne inicjatywy oparte na wzajemnej wymianie, w których dana osoba oferuje swój czas, wiedzę lub usługi. Wśród sąsiadów popularne jest niesienie pomocy małym dzieciom w zamian za zakupy. Osoby starsze mogą czuć się potrzebne i przydatne oraz są szanowane w społeczności.
- **Biblioteki** – stały się ośrodkami kultury w Polsce, dostarczając książki, spotkania z autorami oraz różne formy działalności kulturalnej i społecznej, które skutecznie przeciwdziałają samotności osób starszych.
- **Wspólnoty religijne** – zapewniając wsparcie duchowe i emocjonalne wzmacniają poczucie własnej wartości i mogą przeciwdziałać poczuciu samotności.
- Przykłady lokalnych organizacji przeciwdziałających samotności wśród osób starszych:
- pomoc psychologiczna: Fundacja Promocji Zdrowia Psychicznego i Somatycznego [Vis Salutis, Stowarzyszenie Hipokamp](#)
 - całodobowa opieka: [Caritas Łódź](#)
 - przeciwdziałanie samotności i izolacji społecznej osób starszych: [Stowarzyszenie mali bracia Ubogich](#)

Bibliografia

1. O'Rourke, H.M., L. Collins, and S. Sidani, Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC geriatrics*, 2018. 18(1): p. 1-13.
2. Malcolm, M., H. Frost, and J. Cowie, Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 2019. 8(1): p. 1-8.
3. Patel, S.S. and A. Clark-Ginsberg, Incorporating issues of elderly loneliness into the Coronavirus Disease-2019 public health response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2020. 14(3): p. e13-e14.
4. Cheung, G., et al., Financial difficulty and biopsychosocial predictors of loneliness: A cross-sectional study of community dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2019. 85: p. 103935.
5. Perissinotto, C., et al., A practical approach to assessing and mitigating loneliness and isolation in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019. 67(4): p. 657-662.
6. Emerson, K., et al., Pain as a risk factor for loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health*, 2018. 30(9): p. 1450-1461.
7. Yanguas, J., S. Pinazo-Henandis, and F.J. Tarazona-Santabalbina, The complexity of loneliness. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 2018. 89(2): p. 302.
8. Lana, L.D. and R.H. Schneider, Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2014. 17: p. 673-680.
9. Chen, C.Y., P. Gan, and C.H. How, Approach to frailty in the elderly in primary care and the community. *Singapore medical journal*, 2018. 59(5): p. 240.
10. Dahlberg, L., N. Agahi, and C. Lennartsson, Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2018. 75: p. 96-103.
11. Nersesian, P.V., et al., Loneliness in middle age and biomarkers of systemic inflammation: Findings from Midlife in the United States. *Social Science & Medicine*, 2018. 209: p. 174-181.
12. Bunt, S., et al., Social frailty in older adults: a scoping review. *European journal of ageing*, 2017. 14(3): p. 323-334.
13. Suanet, B. and T.G. van Tilburg, Loneliness declines across birth cohorts: The impact of mastery and self-efficacy. *Psychology and Aging*, 2019. 34(8): p. 1134.
14. Russell, D.W., UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 1996. 66(1): p. 20-40.

15. Hughes, M.E., et al., A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on aging*, 2004. 26(6): p. 655-672.
16. Cattan, M., et al., Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & society*, 2005. 25(1): p. 41-67.
17. Dias, R.B., Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento-A Entrevista Motivacional. _ PEREIRA, AA Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. Série Nescon de Informes Técnicos, 2009(3).
18. Mann, F., et al., A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2017. 52(6): p. 627-638.
19. Dickens, A.P., et al., Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC public health*, 2011. 11(1): p. 1-22.
20. Krause-Parello, C.A., E.E. Gulick, and B. Basin, Loneliness, depression, and physical activity in older adults: The therapeutic role of human–animal interactions. *Anthrozoös*, 2019. 32(2): p. 239-254.



LAS NAVES





Projekt współfinansowany
w ramach programu Unii Europejskiej
„Erasmus+”

Project number: 2020-1- ES01-KA204-083167

