

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Husitská teologická fakulta

**Volnočasové aktivity seniorů a jejich vliv na
depresivní onemocnění ve stáří**
*Leisure time activities of elderly people and their influence on
depression*

Diplomová práce

Vedoucí práce:
MUDr. Jiřina Ondrušová

Autor práce:
Kateřina Šnajdrová

Praha 2009

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce MUDr. Jiřině Ondrušové za ochotnou pomoc s výběrem a zpracováním tématu a trpělivé vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat za cenné rady a psychickou oporu Mgr. Ondřeji Sýkorovi, jeho a své rodině za velkou trpělivost a podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

Anotace

Diplomová práce pojednává o volnočasových aktivitách seniorů a míře deprese mezi seniory, kteří navštěvují volnočasové kurzy. Práce přináší přehled poznatků týkajících se stáří a stárnutí. V tomto bodě je zaměřena především na změny, které jsou se stářím spojeny, přípravu a adaptaci na tyto změny a přehled programů a organizací, které se stářím a stárnutím zabývají. Další část je věnována volnému času v obecné rovině a poté specifickým volnočasovým aktivitám seniorů a jednotlivým organizacím, které nabízejí volnočasové aktivity pro seniory. Třetí část práce pojednává opět nejprve v obecné rovině o depresích a stresu, poté se věnuje specifickým aspektům depresí u seniorů. Čtvrtou část práce tvoří vlastní výzkumná sonda provedená ve dvou pražských volnočasových centrech, jejímž cílem bylo zmapování skupiny seniorů, kteří tato centra navštěvují, a zjištění vztahu těchto volnočasových aktivit a míry depresivity u seniorů, kteří se jich účastní.

Klíčová slova

Deprese, geriatrická škála deprese, senioři, stres, volný čas, volnočasové aktivity

Annotation

The scope of this thesis are leisure-time activities of the elderly people and the amount of depression in the elderly people, who spend their time on leisure-time courses. The thesis contains a survey of the current knowledge regarding the elderly people and ageing. At this point, it is focused on the changes, which are closely tied to growing old, on adaptation to these changes, and it brings a survey of programs and organizations oriented at this phenomena. The third part of the thesis states the general aspects of depression, and then discusses the differences imposed by the old age. The fourth part is devoted to the research conducted in two of the leisure-time centers in Prague. The goal of the research was to map the group of elderly people, who attend the courses in these centers, and to find out, whether there is a relation between the depression and the leisure-time activities.

Keywords

Depression, elderly people, geriatric scale of depression, leisure-time, leisure-time activities

Obsah

Obsah	4
Seznam zkratk	8
1. Úvod	9
2. Stáří	10
2.1 Pojem stárnutí, stáří a jeho výzkum	10
2.2 Demografie	12
2.2.1 Základní demografické pojmy	13
2.3 Změny ve stáří	16
2.3.1 Psychické a sociální změny	16
2.3.2 Tělesná involuce	17
2.3.3 Nemoci ve stáří	18
2.4 Potřeby	19
2.5 Kvalita života	22
2.6 Příprava na stáří	23
2.7 Adaptace na stáří	25
2.8 Pedagogika, Andragogika a Gerontagogika	28
2.9 Programy a dokumenty týkající se stárnutí a stáří	29
2.9.1 Organizace zabývající se problematikou stárnutí a stáří	29
2.9.2 Mezinárodní akční plány stárnutí	30
2.9.3 Zásady OSN pro seniory	31
2.9.4 Stárnout zdravě v Evropě, Stárnout zdravě v České republice	32
2.9.5 Ottawská charta	32
2.9.6 Zdraví pro všechny do roku 2000 a dále	33
2.9.7 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012	33
2.9.8 INCLUSage	33
3. Volný čas	34

3.1	Pojmy volný čas a zájem	34
3.2	Faktory ovlivňující trávení volného času.....	35
3.3	Volný čas dětí a mládeže	37
3.4	Význam volného času	37
3.5	Volnočasové aktivity seniorů.....	38
3.5.1	Domácí aktivity	39
3.5.2	Kulturní vyžití	39
3.5.3	Dobrovolnictví.....	40
3.5.4	Zájmové vzdělávání seniorů.....	41
3.5.5	Aktivizační volnočasové aktivity	45
3.6	Organizace poskytující volnočasové aktivity seniorů	51
3.6.1	Život 90	52
3.6.2	Nadační fond Elpida a Elpida plus, o.p.s.....	53
3.6.3	Remedium.....	53
3.6.4	Občanské sdružení Gema	53
3.6.5	Centrum celoživotního vzdělávání KC Vltavská	54
3.6.6	Internetové portály pro seniory	54
4.	Deprese.....	55
4.1	Projevy deprese.....	55
4.2	Typologie deprese	57
4.3	Léčba deprese	59
4.3.1	Léčba antidepressiv.....	60
4.3.2	Psychoterapie.....	60
4.4	Stres	61
4.4.1	Teorie a výzkum stresu.....	63
4.4.2	Odbourávání stresu	64
4.5	Deprese seniorů.....	65

4.5.1	Epidemiologie deprese seniorů.....	65
4.5.2	Etiologie deprese seniorů	66
4.5.3	Diagnostika deprese seniorů.....	67
4.5.4	Terapie deprese seniorů.....	68
5.	Výzkumná sonda ve volnočasových centrech.....	70
5.1	Cíle výzkumu.....	70
5.2	Metodologie výzkumu	70
5.3	Stanovení hypotéz.....	71
5.4	Analýza získaných dat	71
5.4.1	Popis souboru respondentů.....	71
5.4.2	Vyhodnocení jednotlivých hypotéz.....	76
5.5	Diskuze	85
6.	Závěr	87
	Resumé	88
	Summary.....	89
	Bibliografie	90
	Přílohy.....	102
	Příloha 1: Škála deprese pro geriatrické pacienty.....	103
	Příloha 2: Vzor dotazníku.....	104

Seznam zkratek

- A3V – Akademie třetího věku,
- AUV – Asociace univerzit třetího věku,
- AV ČR – Akademie věd České republiky,
- CNS – Centrální nervová soustava,
- ČAE – Česká asociace ergoterapeutů,
- ČAS – Česká arteterapeutická společnost,
- ČRo – Český rozhlas,
- ČSÚ – Český statistický úřad,
- CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění,
- DDB – Domov důchodců Bystřany,
- DSR – Domov Sue Ryder,
- GDS – Geriatrická škála deprese dle Yesavage,
- GSK – Glaxo Smith Kline,
- ICV – Inovační centrum dalšího vzdělávání,
- KBT – Kognitivně behaviorální terapie,
- KC – Kulturní centrum,
- MKP – Městská knihovna v Praze,
- MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí,
- MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí,
- OSN – Organizace Spojených národů,
- RE – Rada Evropy,
- RS – Rada seniorů,
- TUL – Technická univerzita v Liberci,
- U3V – Univerzita třetího věku,
- UHK – Univerzita Hradec Králové,
- UK – Univerzita Karlova,
- WHO – Světová zdravotnická organizace.

Úvod

Stárnutí populace je aktuálním a velmi palčivým celosvětovým problémem. Je jedním z nejdůležitějších bodů, který leží na vrcholu pyramidy problémů k řešení mnohých vlád, zvláště v rozvinutých zemích, jejichž populace stárne rychlejším tempem než v zemích rozvojových.

Tento problém si zaslouží naši pozornost ze dvou důvodů. Prvním důvodem je pohled na člověka jako na lidskou bytost. Každý člověk má právo žít kvalitní a plnohodnotný život. Kvůli tomu, že člověk zestárne a jeho schopnosti a síly se zhorší, nesmí být vyřazován ze společnosti a za své, byť i nepatrné, celoživotní úsilí si zaslouží péči a podporu společnosti. Druhým důvodem, z politického a ekonomického hlediska mnohem závažnějším, jsou ekonomické dopady stárnutí populace. Stárnoucí společnost má problémy s financováním sociálního a zdravotního systému. Dopad těchto problémů lze částečně zmírnit vhodnou prevencí, přípravou na stáří a aktivním přístupem ke stáří, v individuálním i celospolečenském měřítku.

Cílem této práce je přispět k řešení tohoto problému, a to především poukázáním na možné způsoby prodloužení aktivního, nezávislého a soběstačného období života starých lidí na co nejdelší možnou úroveň. Za tímto účelem práce přináší rozbor dosavadních poznatků týkajících se stáří, volnočasových aktivit a depresivních onemocnění, se zaměřením na specifika u starší generace. Praktická část práce je věnována výzkumné sondě mezi seniory, kteří tráví svůj volný čas aktivně na volnočasových kurzech.

Teoretická část práce je tvořena kapitolami 2, 3 a 4, jejím cílem je shrnutí dosavadních poznatků týkajících se předmětů zájmu této práce. V kapitole 2 se věnujeme pojmům stáří a stárnutí a aspektům života ve stáří. Kapitola 3 je věnována pojmu volný čas a volnočasovým aktivitám. Kapitola 4 se zabývá problematikou deprese, jejího vymezení a léčby. Zvláštní část kapitoly je věnována odlišnostem v prožívání depresí u seniorů.

Praktická část, zaměřená na vlastní výzkum mezi seniory ve volnočasových centrech, je obsažena v kapitole 4, která obsahuje popis, analýzu a diskuzi výsledků výzkumné sondy ve volnočasových centrech. Kapitola 5 shrnuje výsledky praktické části.

1. Stáří

Stáří je životní etapa, která uzavírá život člověka. S tím, jak se zlepšují životní podmínky mnoha lidí, přibývá v české a evropské společnosti starších lidí. Proto je třeba této životní etapě a přípravě na ni věnovat náležitou pozornost. Cílem této kapitoly je nastínit fakta o stáří a programy na národní a evropské úrovni, které se stáří a přípravy na něj týkají.

1.1 Pojem stárnutí, stáří a jeho výzkum

Kalvach (1997) uvádí, že „stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života“. Stáří je důsledkem a projevem involučních procesů a působí na něj celá řada faktorů, z nich jsou zvláště významné nemoci, způsob života a životní podmínky. Stáří je spojeno s mnoha sociálními, biologickými a psychickými změnami (Kalvach, 1997, s. 18).

Gruberová (1998) definuje stárnutí jako složitý proces, při kterém se snižuje viabilita jedince, roste zranitelnost a dochází k velkému poklesu adaptability (Gruberová, 1998, s. 6).

Používáme-li pojem stáří, rozeznáváme stáří:

- **Biologické:** Znamená, nakolik je organismus zasažený involučními změnami a s nimi spojenými nemocemi. Neexistuje obecně uznávaný postup pro určení biologického stáří – nekoresponduje s kalendářním věkem a je zjevné, že různí lidé stejného kalendářního věku mohou být ve značně různé míře zasaženi změnami stárnutí.
- **Sociální:** Označuje období, které je určeno kombinací různých sociálních změn nebo dosažením určitého kritéria (např. odchod do důchodu). Díky těmto změnám dochází ke změně životního stylu a ekonomického zajištění. Sociální stáří poukazuje na nebezpečí, která jsou společná pro stejně sociálně staré (např. osamělost, ztráta životního programu). Z tohoto hlediska můžeme věk dělit na první („předproduktivní“), druhý („produktivní“) a třetí („poproduktivní“); někdy je zmiňován i čtvrtý věk („fáze závislosti“, ta je však protikladem konceptu úspěšného stárnutí).
- **Kalendářní (chronologické):** Je dáno dosažením určitého, konkrétně daného věku. Tento věk se vyznačuje zvýšeným projevem involučních změn. Při růstu počtu seniorů ve společnosti a tím i stárnutí populace se zvyšuje i hranice stáří

(Kalvach, 1997, s.18-21). Několik možných dělení kalendářního stáří uvádíme níže.

Za hranici stáří bývá obvykle považován 60. či 65. rok. Organizace Spojených Národů (OSN) dělí populaci podle věku na tři kategorie:

- 0-14 let,
- 15-64 let,
- 65 let a více (Zavázalová, et al., 2001, s. 12).

Světová zdravotnická organizace (WHO) pak dále klasifikuje vyšší věk na:

- 60-74 let – rané stáří,
- 75-89 let – vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku),
- 90 a více let – období dlouhověkosti (Holmerová, et al., 2003, s. 16; Zavázalová, et al., 2001, s. 12).

Existuje ještě další základní dělení stáří:

- 65-74 let – rané či mladší, mladé stáří,
- 75-84 let – vlastní, střední stáří, staří senioři,
- 85 let a více let – vysoké stáří, velmi staří senioři (Gruberová, 1998, s. 8; Kalvach, 1997, s. 22; Zavázalová, et al., 2001, s. 13; Holmerová, et al., 2003, s. 16).

Holmerová, et al. (2003) uvádí, že do budoucna je možné, že oproti uvedeným dělením za seniory budeme považovat jedince od 60 let a za staré seniory jedince od 80 let.

Stárnutí je individuální proces, který probíhá po celý život jedince. Jeho involuční projevy se začínají více projevovat okolo 40. – 50. roku, podle toho, v jakém prostředí jedinec žije (Kalvach, 1997, s.18; Holmerová et al., 2003, s. 14).

Jedním ze základních problémů je vysvětlení biologické podstaty fenoménu stárnutí. Jednoznačné vysvětlení zatím neexistuje, existuje ale řada teorií, které se stárnutí, nebo alespoň některé jeho aspekty pokoušejí vysvětlit. Problémem některých těchto teorií ale je, že se stárnutí snaží vysvětlit z pohledu izolovaného jedince a opomíjejí vliv vnějších faktorů. Zde jsou uvedeny některé z existujících typů teorií:

- **Genetické teorie:** Stárnutí je dáno geneticky, každý jedinec stárne podle toho, co má zakódováno v genech. Jejich východiskem je, že kalendářní věk často nekoresponduje s věkem funkčním.
- **Teorie metabolických omylů:** Stárnutí je projevem hromadění chyb metabolismu, které se objevují především v syntéze proteinů nebo molekul enzymů.
- **Teorie metabolických změn:** Stárnutí způsobují určité látky, které se v organizmu hromadí a určitým způsobem ovlivňují metabolismus. Takovými látkami mohou být například volné radikály nebo zbytkové pigmenty (Gruberová, 1998).

Stáří má mnoho svých specifíků, proto se vyvinuly specializované obory, které se touto problematikou zabývají. Stárnutím a stářím se zabývá interdisciplinární obor gerontologie, která spolupracuje s biologickými, lékařskými, psychologickými a sociologickými obory. Gerontologii dělíme na:

- **Teoretickou:** Zabývá se teoretickými koncepty a poznatky týkajícími se stárnutí a stáří.
- **Klinickou:** Zabývá se specifiky zdraví a chorob ve stáří. Spadá pod ni lékařský obor geriatric.
- **Sociální:** Zabývá se vztahem seniorů a společnosti. Můžeme sem zařadit problematiku demografické, sociální, ekonomické, sociálně psychologické, sociologické a mnohé další (Zavázalová, et al., 2001, s. 7-8; Gruberová, 1998, s. 5).

1.2 Demografie

Mluvíme-li o stáří a věkových kategoriích, je nutné se také zabývat skutečným aktuálním stavem populace. Jde o soubor ukazatelů, které jsou velmi významné jak z hlediska sociálního, tak z hlediska ekonomického. Jejich sledováním, měřením a dalším studiem se v České republice tradičně zabývá Český statistický úřad (ČSÚ). Z mezinárodních organizací tyto údaje spravuje OSN, a to jak na celosvětové úrovni, tak pro jednotlivé státy a regiony.

Demografické informace neslouží jen jako výpověď o aktuálním stavu společnosti v určitém regionu, mohou vypovídat i o dalších faktorech, jako je kvalita zdravotnictví a celkově kvalita života v daném regionu. Při použití matematických modelů je lze využít také

pro odhady budoucího vývoje populace a tyto informace pak použít například při plánování dalšího rozvoje.

Díky vývoji společnosti v různých oblastech se mění věková struktura obyvatel. Lepší zdravotní péče, dostatek relativně kvalitní stravy a celkově dobré životní podmínky zvyšují střední délku života. Oproti tomu se však snižuje porodnost, stále častějším jevem se stávají rodiny s jedním dítětem či bezdětné páry. To způsobuje, že populace stárne, protože se zvyšuje podíl seniorů v populaci a snižuje podíl dětí.

1.2.1 Základní demografické pojmy

Spolu s rozbořením aktuální demografické situace a trendů je nutné definovat základní demografické pojmy, které se při jejich popisu používají. Tyto pojmy slouží jednak jako veličiny, které popisují aktuální stav situace, mohou ale také být použity pro srovnávání regionů nebo populačních skupin. Klíčovou roli hrají také při odhadování demografického vývoje pro budoucí roky.

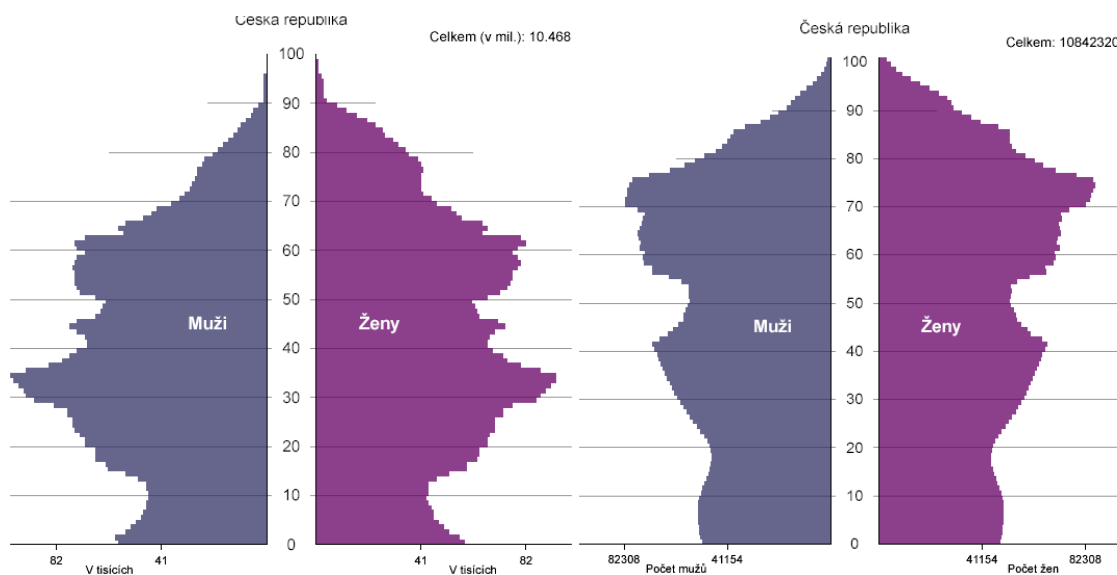
Základním demografickým pojmem je *věková struktura obyvatelstva*. Ta pro různé hodnoty věku určuje, jak velká část populace má právě tento věk (Langhamrová, 2007, s. 15). Z pohledu této práce je podstatný zejména počet osob v důchodovém věku, resp. počet osob, které jsou považovány za seniory. Tyto statistiky se podstatným způsobem liší podle míry rozvoje daného regionu nebo země – zatímco u rozvojových zemí převládá mladší část populace, u rozvinutých jsou typicky nejpočetnější lidé ve středním věku a seniorská část populace (Kalvach, et al., 2004, s. 64-65).

Podle statistik, které v rámci své prognózy publikovala Organizace spojených národů (2009), bylo v České republice v roce 2005 téměř 20 % osob starších 60 let. Podle odhadů, které OSN publikuje, bude ve střední variantě v roce 2010 tento podíl vyšší než 22 % a do roku 2050 stoupne až na 35 %. Věková skladba obyvatel v České republice v roce 2008 a její prognóza do roku 2050 podle Českého statistického úřadu je znázorněna na Obr. 1. Na této prognóze je vidět zřetelný posun věkové skladby obyvatelstva směrem ke starším generacím.

Průměrný věk, tj. průměrný věk žijících osob. Někdy bývá nesprávně zaměňován se střední délkou života. Kalvach, et al. (2004) uvádí, že střední délka života udává „předpokládaný počet let, který má osoba x-letá v průměru ještě před sebou za předpokladu, že budou zachovány intenzity úmrtnosti podle věku, na základě kterých byla tabulka konstruována“ a používá pro ni též termínu *life expectancy* neboli *naděje dožití* (Kalvach, et

al., 2004 s. 50). Podle Langhamrové (2007, s. 11) se *střední délka života* používá v úmrtnostních tabulkách a udává průměrný věk zemřelých.

Obr. 1: Věková skladba obyvatelstva v roce 2008 a prognóza pro rok 2050



Zdroj: Český statistický úřad (2009a; 2009b)

Medián věku či *pravděpodobná délka života* udává „věk, kterého se dožívá právě polovina populace“. Obvykle jeho hodnota vychází nižší než u průměrného věku a na jeho hodnotu mají nižší vliv věkové výkyvy v populaci. Jestliže vychází jeho hodnota vyšší než průměrný věk, svědčí to o vysokém podílu starších osob v populaci (Langhamrová, 2007, s. 11; Kalvach, et al., 2004, s. 51).

Modus věku udává „věk, kterého k danému datu dosáhlo nejvíce obyvatel v populaci“ (Langhamrová, 2007, s. 11). Stejný údaj udává *normální délka života* s tím rozdílem, že tento se používá pro již zemřelé obyvatele (Kalvach, et al., 2004, s. 51).

Kohorta je zobecněním pojmu *generace*. Zatímco *generace* označuje osoby narozené ve stejném roce, *kohorta* je „skupina osob, které byly ve shodném roce nositeli nějaké jiné demografické události než je narození.“ (např. lidé, kteří ve stejném roce uzavřeli manželství tvoří sňatkovou kohortu). *Kohortní analýza* se zjišťuje, co se se skupinou v průběhu času stalo (Langhamrová, 2007, s. 13).

Index stáří označuje poměr počtu seniorů (různé věkové vymezení) a dětí (obvykle 0-14 let) v obyvatelstvu. Pojetí věkové hranice starých osob není sjednocené. U biologických generací se používá hranice 50 let, v metodice ČSÚ se ve shodě s internacionálními zvyky

užívá hranice 60 nebo 65 let. Index stáří se používá pro určení věkového složení a stáří populace (k tomuto účelu se užívá též *věkový medián a průměrný věk*) (Langhamrová, 2007, s. 12, 16; Kalvach, et al., 2004, s. 53).

Index maskulinity (feminity) udává počet mužů (žen) připadajících v populaci na 1000 žen (mužů), s přihlédnutím k věku (Langhamrová, 2007, s. 10).

Poměr seniorů ve věku 90 let a starších k seniorům 60 a víceletým se udává *Indexem dlouhověkosti* (Kalvach, et al., 2004, s. 54).

Indexy závislosti určují počet osob v předproduktivním (Index závislosti I, zelené zatížení) a poproduktivním věku (index závislosti II, šedé zatížení) k počtu osob v produktivním věku. Poměr obou neproduktivních kategorií bývá ve vztahu k produktivnímu věku hodnocen jak samostatně, tak dohromady (index ekonomického zatížení) (Kalvach, et al., 2004, s. 53). Kalvach, et al. (2004, s. 53) jako předproduktivní věk označuje 0-14leté, jako poproduktivní 60 a víceleté. Langhamrová uvádí jako obvyklé vymezení produktivního věku 20-64 let s tím, že se vyskytují drobné odchylky podle doby ukončení vzdělání a odchodu do důchodu. V Tab. 1 se držíme dělení podle Kalvacha, et al. (2004). Indexy závislosti jsou důležité z ekonomického pohledu. Udávají, kolik osob je živeno z jednoho platu (Langhamrová, 2007, s. 12). Přestože index stáří od počátku 90. let narůstá a s ním narůstá i index závislosti II, klesá index závislosti I, protože se rodí méně dětí. Důsledkem je, že celkový index ekonomického zatížení nevzrůstá. Díky tomu se finanční zdroje určené na pediatrické služby mohou použít na geriatrické služby. Do budoucna ovšem musíme počítat s jeho dramatickým nárůstem a tím i zvýšením výdajů (Kalvach, et al., 2004, s. 53 - 54) (viz Tab. 1).

Mušská nadúmrtnost popisuje jev, kdy se muži dožívají průměrně nižšího věku než ženy. Přestože se v České republice rodí více mužů než žen, s rostoucím věkem se podíl žen v populaci zvyšuje (Langhamrová, 2007, s. 17). Mužská nadúmrtnost je patrná z vrchních částí stromů života na Obr. 1.

Hodnotu vybraných demografických ukazatelů, které se týkají specificky seniorů, pro Českou republiku pro rok 2005 a jejich prognózu pro rok 2050 podle Organizace spojených národů shrnuje Tab. 1.

Tab. 1: Demografické ukazatele pro Českou republiku v roce 2005 a prognóza pro rok 2050.

Ukazatel	Rok 2005	Rok 2050
Medián věku (roky)	38.8	46.2
Naděje dožití při narození (roky)	76.5	81.9
Index stáří (%)	134	224
Index ekonomického zatížení (%)	53	100
Index dlouhověkosti	0,017	0,05

Zdroj: Organizace spojených národů (2009)

1.3 Změny ve stáří

Stárnutí je přirozenou součástí celoživotního vývoje organismu. Jak stárnutí probíhá, je určeno pro daný živočišný druh v jeho genetické informaci. I v rámci jednoho druhu však mohou být výrazné interindividuální a intraindividuální rozdíly. Jde o jev, resp. soubor jevů, které jsou specifické nejen pro každého jedince, ale i v rámci jednoho jedince mohou různé systémy a orgány stárnout různě rychle (Kalvach, 1997, s. 141).

U člověka navíc nedochází jen k tělesným změnám. Možná důležitější jsou psychické změny a změny v přístupu jedince ke společnosti a společnosti k jedinci.

1.3.1 Psychické a sociální změny

Psychické změny ve stáří lze shrnout jako postupné utlumování kognitivních funkcí:

- Dochází ke zpomalování psychomotorického tempa, jedinec pomaleji reaguje na podněty a potřebuje delší dobu pro řešení problémů.
- Schopnost zapamatovat a vybavit si fakta se s věkem snižuje, lidé mají potíže se zapamatováním nových jmen nebo názvu léku, který dostali u lékaře. S tím kontrastuje nezměněná dlouhodobá paměť.
- Klesá schopnost adaptovat se na nové prostředí a nové podmínky. Tento pokles je daný především sníženou schopností zapamatování a vybavení.
- Snižuje se schopnost koncentrovat se s tím, jak stoupá únavnost.

Podle Gruberové (1998, s. 22-23) je pro stáří obvyklá také emoční labilita a změny v povaze, zejména zdůraznění negativních vlastností. Velmi častá bývá tvrdohlavost. Naproti tomu Langmeier a Krejčířová (1998, s. 186-187) uvádějí, že emocionální prožívání starších lidí je méně bezprostřední a intenzivní. Je pro ně obtížnější nadchnout se pro nové věci, ale dokážou je v klidu racionálně hodnotit.

Dochází také ke změnám výsledků jedince v běžných inteligenčních testech. To ovšem nemusí nutně znamenat, že by docházelo k poklesu inteligence. Langmeier a Krejčířová (1998) uvádějí, že různé kognitivní schopnosti se během stárnutí mění rozdílně. Rozlišují „krystalickou inteligenci“ jako souhrn vrozených vloh a zkušeností, která od 25 let s věkem stoupá. Proti ní staví „fluidní inteligenci“, která reprezentuje schopnost učení se novým věcem a řešení problémů v daném čase. Ta výrazně klesá již po 30. roce života (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 186). Ve stáří jsou časté poruchy spánku, dochází k benigní stařecké zapomnětlivosti, tj. starý člověk si informace o něco hůře zapamatuje a vybaví (Kalvach, et al., 1997).

Ve stáří roste význam manželských, rodinných a přátelských vztahů. Partner je velmi důležitou osobou a jeho smrt je závažným zásahem do života jedince. Rodina je významná zvláště proto, že seniorům postupně umírají jejich přátelé a blízcí podobného věku a nové vztahy se ve stáří obtížněji navazují. Senioři jsou proto ve větším nebezpečí sociální izolace a emoční či podnětové deprivace. Rodina je pro seniory velmi důležitá také jako zdroj pocitu bezpečí (Langmeier, Krejčířová, 1998, s.190-192).

Ve společnosti je často se stářím ztotožňován odchod do důchodu, což vychází z podobnosti věkových hranic stáří a důchodového věku. Odchod do důchodu je radikální změna celého dosavadního způsobu života – zaměstnání tvoří většinou náplň lidského života a tím, že člověk odchází do důchodu, se najednou musí vyrovnávat s přemírou volného času. Protože je odchod do důchodu spojen se ztrátou jedné z velmi důležitých životních rolí, prožívají někteří jedinci toto období velmi bolestně. Kromě důležité role ztrácejí i kontakt se svými, nyní bývalými, spolupracovníky (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 27).

Do období stáří někdy spadá také odchod dětí z domova, pokud k tomu nedošlo již v předchozím období života. Jde o velkou změnu v životě manželů, kteří tak přicházejí o svou roli rodičů. To může mít pozitivní i negativní vliv na jejich vztah, který se tak může upevnit, nebo naopak dojde k eskalaci problémů. Ztráta role rodičů může být kompenzována získáním nové role prarodičů (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 28).

1.3.2 Tělesná involuce

Tělesné projevy a změny ve stáří jsou označovány jako „fenotyp stáří“ (Kalvach, et al., 2004, s. 99). Jsou podmíněny nejen stárnutím, ale i životním stylem, prodělanými nemocemi a tím, jaký byl stav organismu na počátku (Kalvach, et al., 1997, s. 141).

S věkem dochází ke změnám na všech důležitých tělesných systémech. Zpomaluje a snižuje se funkce, činnost a kapacita různých orgánů; orgány a tkáně atrofují, snižuje se jejich elasticita a vzrůstá obsah tuku a vaziva v těle. Dochází k úbytku a opotřebením různých částí jednotlivých systémů: imunitního, vylučovacího, trávicího, respiračního, oběhového, endokrinního a nervového. Mění se metabolismus a imunitní systém produkuje více autoprotilátů. Dochází k úbytku funkčních rezerv, snížení odolnosti vůči zátěži a zhoršení adaptačních schopností organismu (Kalvach, et al., 1997, s. 141-144).

Ve stáří se zmenšuje tělesná výška a tělesný povrch, dochází ke změnám tělesné hmotnosti. Hmotnost obvykle do 70-80 let stoupá, poté opět klesá. Výrazná bývá změna výrazu obličeje, zmenšují se rozdíly mezi obličejí mužů a žen. Mění se tělesné postoj a chůze, tělesné proporce a tvar hrudníku u obou pohlaví. Celková pohybová koordinace je zhoršená, krok je kratší a chůze pomalejší. Snižuje se obsah vody v těle (Kalvach, et al., 2004, s. 100-102). Dochází k vypadávání zubů a vlasů, mění se i jejich barva, zuby tmavnou a vlasy šediví. Přibývá vrásek a pigmentace, zejména na rukou a předloktí (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 88-97).

Velmi významné jsou z hlediska soběstačnosti, nezávislosti a možnosti vést aktivní život změny smyslových funkcí. Dochází ke zhoršování zraku, typickými problémy starších lidí jsou presbyopie (porucha vidění nablízko), horší adaptace na změny světla. Zhoršuje se také sluch, častá je presbyakusis (stařecká nedoslýchavost), zhoršené vnímání vysokých tónů, zhoršení chuti a čichu a snížené tepelné rozlišovací schopnosti (Holmerová, et al., 2003 s. 15; Kalvach, et al., 2004, s. 144; Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 91-96).

1.3.3 Nemoci ve stáří

Choroby ve stáří jsou odlišné od nemocí v ostatních vývojových stádiích. U nemocného seniora bývá často diagnostikováno několik nemocí, obvykle chronických, současně. Tento jev se nazývá polymorbidita, multimorbidita nebo koprevalence. U seniorů je zhoršená adaptabilita a mají omezené funkční rezervy. Kvůli tomu má lékař kratší čas na diagnostikování a zahájení léčby (Zavázalová, et al., 2001, s. 29).

Jako důsledek polymorbidity seniori často užívají mnoho léků najednou. Ty svými nežádoucími účinky mohou vyvolávat iatrogenní postižení. Tím se snižuje účinnost jednotlivých léků. Jedna choroba ve stáří je často navíc spouštěčem další choroby. Ve stáří může častěji dojít k tomu, že se některé nemoci úplně nevyléčí a tím, že přetrvávají, se jejich negativní projevy sčítají. Častými projevy nemocí ve stáří jsou anorexie, malnutrice a

„chátrání“. Nemoci mají oproti střednímu věku atypické příznaky a průběh, často se příznaky objeví dříve na jiném než postiženém orgánu (tzv. vzdálené příznaky). Nemoci provázejí nespecifické příznaky jako je apatie a zhoršení hybnosti. Intenzita příznaků a průběh onemocnění jsou méně dramatické, příznaky bývají nevýrazné a mnoho příznaků zůstává skryto (tzv. „fenomén ledovce“). Ve stáří jsou méně častá akutní onemocnění, je ale více onemocnění chronických (Kalvach, et al., 2004 s. 205; Zavázalová, et al., 2001, s. 29).

Rekonvalescence trvá ve stáří déle, nemoci jsou delší, často chronické a s komplikacemi. Roste tolerance vůči bolesti. Díky tomu staří lidé méně reagují na bolestivé příznaky začínajícího onemocnění a mnoho závažných nemocí tak zůstává diagnostikovaných později. To je velmi závažné, protože jakékoliv závažné onemocnění ve stáří může velmi rychle zhoršit celkový zdravotní stav seniora (Kalvach, et al., 2004 s. 206; Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 110, 115-116; Kalvach, et al., 1997, s. 141-144).

1.4 Potřeby

Potřeba je „stav organismu, resp. individua jako biologické nebo sociální bytosti, který je reakcí na nějaký nedostatek: potřeba je projevem nějakého nedostatku“ (Nakonečný, 1997, s. 109). Potřeby mohou být jak fyziologického (biologického), tak psychického, sociálního a duchovního charakteru (Nakonečný, 1997, s. 109-111).

Teorii potřeb se zabývá více autorů. Mezi nejznámější patří hierarchická teorie potřeb Abrahama Maslowa. Ta říká, že potřeby jsou rozděleny do kategorií podle stupně důležitosti. Maslow potřeby dělí na potřeby nižší (fyziologické potřeby, potřeba bezpečí) a potřeby vyšší (potřeba uznání, lásky, náklonnosti, úspěchu, seberealizace). V literatuře tyto potřeby typicky bývají vertikálně uspořádány podle priorit („Maslowova pyramida“) – neuspokojení potřeby na nižší úrovni odsunuje potřeby vyšší kategorie do pozadí. Sám Maslow ale zrazoval od striktně hierarchického seřazení, protože konkrétní pořadí potřeb může být dáno i osobností jedince nebo společenským kontextem (Nešporová, et al., 2008, s. 22-25).

Alternativu k Maslowově hierarchii uvádí Max-Neef. Podle něj jsou „základní lidské potřeby nehierarchické, ontologicky univerzální a neměnné ve své povaze“ (Nešporová, et al., 2008, s. 25-26). Podle jeho teorie jsou potřeby ve všech kulturách a historických etapách stejné, liší se jen metody jejich uspokojování. Potřeby chápe jako vzájemně se ovlivňující a na sobě závislé. Jako primární uvádí potřebu bytí a přežití, zbylé potřeby nehierarchizuje. Kromě základních potřeb bytí/přežití, ochrany, citů, porozumění, participace, volného času, křeace, identity a svobody uvádí i formy jejich uspokojování v kategoriích bytí, vlastnictví, dělání a

interakce (viz Tabulka 2). Některé formy uspokojení naplňují více potřeb najednou, jiné brání naplnění dalších potřeb.

Podle Kubalčíkové (2006) stále panuje názor, že senioři mají jiné „speciální potřeby“ než zbylá část populace nebo opačně, že potřeby seniorů bývají redukovány na pouhé fyziologické a materiální potřeby. Senioři však mají stejné potřeby jako ostatní lidé. Změnou jejich funkčního potenciálu se může projevit „změna v zaměření potřeb i jejich subjektivní význam“ (Kubalčíková, 2006, s. 9-10). Stejně tak Haškovcová (1989) tvrdí, že potřeby seniorů se shodují s potřebami nižších věkových kategorií, ale u mladších lidí jsou většinou naplňovány v pracovním procesu. Odlišnost u seniorů je tedy nikoliv v rozdílných potřebách, ale v jiném způsobu naplňování a uspokojování jejich cílů (Haškovcová, 1989, s. 139). Vágnerová (2000) uvádí, že se stářím klesá potřeba změny, stimulace, učení a naopak roste potřeba jistoty, stability a bezpečí. Senioři se více orientují na uspokojování vlastních potřeb (Vágnerová, 2000, s. 457).

Odlišnosti v přístupu k potřebám ve stáří zpracovala Kubalčíková (2006) podle příkladů uvedených Pichaudem a Thareauovou (1998) do následujících bodů:

- Mění se míra naplnění potřeb, ty které byly dříve uspokojeny, mohou být pocíťovány jako nenaplněné a naopak.
- Některé potřeby jsou saturovány jiným způsobem, může být zdůrazněn jejich jiný aspekt než dříve.
- Vzrůstá propojení určitých potřeb, propojení některých typů potřeb naopak zaniká.
- Tím, že je některá potřeba uspokojena může dojít k negaci jiné potřeby (Kubalčíková, 2006, s. 10).

Ke změnám v chápání a naplňování potřeb u starších lidí dochází na základě určitých konkrétních změn spojených se stářím. Přehled změn, ke kterým u starších lidí dochází, uvádíme v kapitole 1.3. Níže uvádíme příklady některých těchto změn a jejich důsledky na změny dotýkající se uspokojování potřeb:

- Odchodem do důchodu se mění uspokojování potřeby stimulace, seberealizace, orientace a učení. Zatímco dříve pocházela velká část podnětů ze zaměstnání, odchodem do důchodu tuto roli přebírají volný čas a volnočasové aktivity.

- Stáří je spojeno s blízkostí smrti, proto je pro zachování pozitivního přístupu k životu pro seniory zvláště důležité naplňovat potřebu otevřené budoucnosti a naděje.
- Stárnutím člověka vzrůstá jeho religiozita. Víra může naplňovat potřebu smyslu života.
- V návaznosti na poklesu potenciálu a fyzických možností seniora je důležité zachovat naplňování potřeby autonomie (Vágnerová, 2000, s. 458, 507; Pichaud, Thareauová, 1998, s. 42).

Naplňování potřeb seniora vede nejen k upevnování jeho zdraví, ale také pro něj může být motivací k aktivnějšímu přístupu k životu a péči o sebe (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 57).

Tabulka 2: Základní lidské potřeby - dělení dle Max-Neefa

Základní lidské potřeby	formy uspokojení (satisfiers)			
	bytí (kvality)	vlastnictví (věci)	dělán (jednání)	interakce (prostředí)
bytí/přežití	fyzické a mentální zdraví	jídlo, přístřeší, práce	jíst, oblékat se, odpočívat, pracovat	životní prostředí, sociální okolí
ochrana	péče, adaptabilita, autonomie	sociální zabezpečení, zdravotnictví, práce	spolupracovat, plánovat, pečovat, pomáhat	sociální prostředí, bydliště/bydli
city	respekt, smysl pro humor, štedrost, smyslnost	přátelství, rodina, vztahy s přírodou	sdílet, starat se o, milovat se, vyjadřovat emoce	soukromí, intimní místa pro sdílení
porozumění	kritická kapacita, zvidavost, intuice	literatura, učitelé, politika, vzdělání	analyzovat, studovat, meditovat, zkoumat	školy, rodiny, univerzity, komunity
participace	vnímavost, zasvěcení, smysl pro humor	odpovědnost, povinnosti, práce, práva	spolupracovat, vyjadřovat myšlení, nesouhlasit	asociace, strany, církve, sousedství
volný čas	imaginace, klid, spontánnost	hry, zábavy, pokojná mysl	denní snění, pamatovat si, relaxovat, bavit se	krajina, intimní prostory, místo, kde lze být sám
kreace	imaginace, smělost, vynalézavost, zvidavost	schopnosti, vloh, práce, techniky	vynalézat, budovat, designovat, pracovat, skládat, interpretovat	místa pro vyjádření, workshopy/dílny, obecnostvo
identita	pocit sounáležitosti, sebeúcta, zásadovost	jazyk, náboženství, práce, zvyky, hodnoty, normy	poznat sám sebe, růst, odevzdat se	místa, kam patřím, prostředí každodennosti
svoboda	autonomie, vášeň, sebeúcta/hrdost, otevřená mysl	rovná práva	nesouhlasit, vybrat, riskovat, rozvinout uvědomění	kdekoliv

Zdroj: Nešporová, et al, (2008, s. 26)

1.5 Kvalita života

Kvalita života je obsáhlý pojem, na který nazírají různé obory z mnoha úhlů pohledu. Díky šíři jeho záběru do něj spadají veškeré podstatné části lidského života. Z těchto důvodů je při výzkumu kvality života zapotřebí aplikovat multidisciplinární přístup a je nutné do něj zahrnout faktory: prostředí, sociální a zdravotní (Mollenkopf, Walker, 2007, s. 3). Měřením kvality života se v celosvětovém měřítku zabývá Světová zdravotnická organizace.

Podle WHO pojem „kvalita života“ zahrnuje především to, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (Dragomirecká, Šelepová, 2004, s. 92). V současné době se kvalita života profiluje jako vhodné kritérium pro srovnávání populačních skupin nebo pro vyhodnocování efektů zdravotních a sociálních programů a intervencí (Dragomirecká, Šelepová, 2004, s. 92).

Kvalitu života lze jen obtížně měřit přímo, jde o veličinu, která zahrnuje subjektivní i objektivní dimenze. V případě subjektivních dimenzí pak jde především o spokojenost jedince s hodnotami objektivních faktorů (Goppoldová, et al., 2004, s. 268). Podle Balegové (2002) se při hodnocení kvality života projevují tři kategorie indikátorů:

- **ekonomické:** rozložení bohatství a chudoby, příjmů ve společnosti, ...,
- **sociální:** vzdělání, zdraví a zdravotnictví, kriminalita, ...,
- **well-being:** subjektivní hodnocení psychické pohody, tj. jak jedinec hodnotí svůj vlastní život (Balegová, 2002).

Protože tato práce pojednává o seniorech, je třeba na tomto místě zdůraznit, že stárnutí je proces zahrnující mnoho dimenzí a změn (viz kapitola 1.3). Proto je zvláště v případě pojetí kvality života ve stáří důležité zohlednit mezioborové a multidimenzionální pojetí (Mollenkopf, Walker, 2007, s. 3). Díky rozpoznání a definování faktorů ovlivňujících kvalitu života se může společnost zaměřit na zkvalitňování služeb a péče v těch oblastech, na kterých tyto faktory závisí, a tím tak přispět ke spokojenému, kvalitnímu a zdravému stáří.

Ondrušová (2009) ve své práci shrnuje faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů:

- sociální prostředí,
- zdraví,
- mezilidské vztahy,

- způsob života,
- finanční zabezpečení,
- aktivita,
- zdravotní a sociální péče (Ondrušová, 2009).

Kvalitou života seniorů se zabývá i Světová zdravotnická organizace, která pro její měření vytvořila speciální metodiku. Ta je založena na obecném dotazníku pro zjišťování kvality života, rozšířeného o otázky zaměřené na oblasti specifické pro seniory: fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, intimita a postoj ke smrti (Dragomirecká, Šelepová, 2004).

Metodika vznikala po analýze existujících metodik na základě sady řízených skupinových rozhovorů a pilotního nasazení dotazníků na vybrané skupině seniorů. V rozhovorech byly jako negativní aspekty kvality života nejčastěji zmiňovány diskriminace, dostupnost zdravotní péče a léků, finanční potíže, úrazy, nemoci a ztráta partnera nebo sociálních kontaktů. Pozitivně na kvalitu života podle výpovědí účastníků působí hlavně možnost trávit čas aktivně, například zájmy a koníčky, práci, studiem nebo ve společnosti. Důležitá je také podpora rodiny a schopnost vyrovnat se s nepříznivými situacemi. Podle výsledků této studie má vliv na subjektivní vnímání kvality života pohlaví, věk, zdravotní stav, duševní zdraví a zvláště deprese. Podrobněji se vznikem a specifiky této metodiky zabývají Dragomirecká a Šelepová (2004).

Kvalitou života se v kontextu českých seniorů zabývá „Národní program přípravy na stárnutí“, jehož druhý název je „Kvalita života“. O tomto programu blíže pojednáváme v kapitole 1.9.7.

1.6 Příprava na stáří

Ve stáří nastává mnoho změn, se kterými se senior díky menší míře adaptability srovnává hůře než v mladším věku. Proto je velmi důležité, aby se na tyto změny včas připravil a tím minimalizoval vznik případných problémů a komplikací. K závažným změnám patří zejména odchod do důchodu, osamostatnění dětí, změny bydlení nebo smrt blízké osoby. Podrobněji se změnám, které ve stáří nastávají, věnujeme v kapitole 1.3.

Odchod do důchodu pro mnohé představuje velké trauma, krizové období, tzv. důchodovou krizi či důchodový bankrot. Kromě psychického traumatu je to kvůli nízkým

důchodům i velký ekonomický šok. Jako prevence těchto problémů je důležitá kvalitní příprava na stáří.

Kalvach, et al. (1997) zdůrazňuje nutnost brát přípravu na stáří jako důležitý společenský program přípravy občanů na úspěšné stárnutí a stáří. Velkou roli zde hraje osvětová činnost, kterou chápe jako úkol andragogiky. Lidé se podle něj mohou na stáří dobře připravit pouze za předpokladu, že znají reálná fakta o životě ve stáří (Kalvach, et al., 1997, s. 134).

Zavázalová, et al. (2001) přípravu na stáří řadí pod gerontopedagogiku, kterou chápe jako „teorii výchovy a vzdělávání ke stáří“. Gerontopedagogice je věnována kapitola 1.8.

V literatuře (Kalvach, et al., 1997, s. 135; Zavázalová, et al., 2001, s. 78; Gruberová, 1998, s. 28; Haškovcová, 1989, s. 143) bývá příprava na stáří rozdělena na tři období:

- **Dlouhodobá příprava na stáří:** Jde o celoživotní proces. Jedinec sám je z velké části zodpovědný za kvalitu svého stáří. Společnost ho nemůže „spasit“, může mu pouze ulehčit některé problémy a nabídnout mu sortiment služeb. Do celoživotní přípravy na stáří řadíme zdravý životní styl a morální výchovu k odpovědnosti ke starým lidem. Od dětství je potřeba se učit respektu ke starým lidem a chápání stáří jako přirozené a rovnocenné součásti života (Gruberová, 1998, s. 28).
- **Střednědobá příprava na stáří:** Měla by začít okolo 45. roku. Navazuje či měla by být přirozenou součástí přípravy dlouhodobé. Její součástí by měla být příprava ve třech základních oblastech: biologické, psychické a sociální. Biologická zahrnuje zachování soběstačnosti díky zdravému životnímu stylu. Z psychologického hlediska je „důležité nejpozději v tomto období vědomě akceptovat stáří jako nedílnou a zákonitou součást života a připravovat si již konkretizovanou variantu druhých činností“ (Haškovcová, 1989, s. 143). To znamená vytvořit si druhý životní program, který může zahrnovat jak upravenou formu zaměstnání, tak úplně jiné činnosti, např. zájmovou činnost, kterou člověk rád dělal již dříve nebo kterou si právě při přípravě na stáří vybere jako náplň volného času. Vhodné je postupné penzionování místo náhlého přechodu do důchodu (to znamená postupné zkrácení pracovního úvazku, práce formou brigád atd.). Výběr aktivity je velmi významnou prevencí maladaptace na penzionování, nesoběstačnosti, ztráty smyslu života a pocitu méněcennosti a neužitečnosti. Důležitá je také psychohygienu a přiměřené tělesné aktivity. V sociální sféře je třeba pečovat o mezilidské vztahy, jak rodinné, tak přátelské, generační i

mezigenerační, navazovat nové kontakty a vytvořit si dostatečné materiální rezervy na stáří. Do této sféry patří také přijetí společenských podmínek stárnutí a aktivní snaha podílet se na jejich pozitivní úpravě (Haškovcová, 1989, s. 143; Gruberová, 1998, s. 30; Zavázalová, et al., 2001, s. 78-79).

- **Krátkodobá příprava na stáří:** Bývá doporučována 3-5 let před penzionováním. Je třeba si vytvořit co možná nejlepší podmínky na kvalitní život doma. V této fázi je důležité řešit bytové podmínky. Pokud je byt příliš velký, vyměnit ho za menší, ideálně blízko dětí, odstranit veškeré architektonické bariéry a vyměnit nefunkční nebo staré spotřebiče a vybavení. I v této fázi je důležité pečovat o své zdraví a pokračovat v ekonomické přípravě (Kalvach, et al., 1997, s. 134-135; Gruberová, 1998, s. 30; Haškovcová, 1989, s. 143-144).

Gruberová (1998) uvádí 9 rizikových faktorů psychologa P. Odericha, které mohou vážně ohrozit život v pozdějším vývojovém období. S těmito faktory je třeba se seznámit včas v dospělosti a preventivně předcházet jejich negativním následkům správnou životosprávou. Mezi tyto faktory patří:

- přejídání, špatné stravovací návyky,
- kouření,
- nadměrná konzumace alkoholu,
- nadměrná spotřeba léků,
- nedostatek pohybu,
- nedostatek spánku,
- nadměrná psychická zátěž,
- specifická psychická zátěž, která není kompenzována relaxací,
- přílišné sledování televize (Gruberová, 1998, s. 28 - 29).

1.7 Adaptace na stáří

Proces adaptace na stáří začíná okamžikem, kdy si člověk sám uvědomí, že stárne. Nejde o okamžik daný kalendářním nebo biologickým věkem, závisí na dosavadním průběhu života a osobnostních rysech jedince (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 82).

Proces stárnutí je značně individuální a každý jedinec ho zvládá jiným způsobem. Ne každému se daří úspěšně překonat všechny krize spojené se stářím. Zjevné je, že úspěšnost adaptace na stáří je závislá na více faktorech. Záleží na osobnosti jedince, jeho vitalitě a

flexibilitě v průběhu celého života, jeho zdravotním stavu, interakci s prostředím, ekonomickém zabezpečení, očekáváních a normách společnosti (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 82-83). Pacovský a Heřmanová (1981) uvádějí pět základních strategií adjustace na stáří podle Bromleye:

- **Konstruktivnost:** jedinec se těší ze života, navazuje vztahy s dalšími lidmi. Uvědomuje si své úspěchy, ale také své chyby a reálnou perspektivu. Má konstruktivní optimistický přístup k životu, se stářím se smířil.
- **Závislost:** směřuje spíše k pasivitě a závislosti. V tomto případě jde o vyrovnaného jedince, který se spoléhá na druhé, že se postarají o jeho potřeby. Není ctižádostivý, v pracovní činnosti nenachází radost. Ostatní lidi pasivně toleruje, vůči novým známostem je spíše podezřívavý.
- **Obranný postoj:** jedinec byl během svého dosavadního života velmi aktivní. Ve stáří je soběstačný, často se snaží odmítáním pomoci dokázat svou nezávislost. Jedná jakoby defenzivně, obává se hrozící závislosti a snaží se na stáří nemyslet.
- **Nepřátelství:** jedinec má ke stáří odpor. V dosavadním životě měl tendenci svalovat vinu za své problémy na ostatní. Ve stáří nedokáže konstruktivně reagovat na svůj aktuální stav, je nepřátelský vůči mladým lidem, kterým jejich mládí závidí.
- **Sebenenávist:** od předchozí strategie se odlišuje především tím, že jedinec své nepřátelství směřuje vůči sobě samému. Je depresivní, pesimistický, pohrdá svým předchozím životem (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 83-84).

Problematikou úspěšné adaptace na stáří se zabývají různí autoři. Výsledkem jejich práce jsou především sady doporučení, jak stárnutí zvládat. Švancara definoval „pět *pé* optimální adaptace na stáří“:

- **Perspektiva:** Potřeba plánování budoucích aktivit, budoucí perspektivy, nežít jen minulostí. To souvisí se způsobem chápání smyslu života a hierarchií hodnot. Např. pro věřícího je budoucnost bez hranic. Perspektivu může podporovat kreativita.
- **Pružnost:** Pružnost chování a myšlení je velmi důležitá při adaptaci na stáří. Kromě této přizpůsobivosti podmínkám je důležitá též schopnost sebekritiky a změny vlastního názoru. Tělesný pohyb má dle Švancary vliv na udržení pružné adaptace. I ve vyšším věku lze pracovat na vylepšení pružnosti adaptace a to

zejména učením se nových věcí, otevřeností novinkám. Velmi vhodným způsobem k vylepšení adaptace je cestování.

- **Prozíravost:** Prozíravost souvisí s životními zkušenostmi a životní moudrostí. Šetří člověku energii, je díky ní připraven na různé situace a pomáhá mu vyvarovat se neočekávaných omylů a změn.
- **Porozumění pro druhé:** Pochopení druhých, tolerance a empatie jsou důležité pro dobré fungování mezilidských vztahů. Ve stáří je zvláště důležité dbát na dobré vztahy, protože nové se nalézají hůře než v mladším věku. Každý jedinec má potřebu uspokojivých mezilidských vztahů.
- **Potěšení:** Aby jedinec mohl úspěšně stárnout, je třeba, aby si zachoval zdroje radosti a potěšení (společnost, četba, ...) (Kalvach, et al., 2004, s. 110-114).

Smec shrnul strategii úspěšného stárnutí do slova ROSA (Burková, 2004). Toto slovo je složeninou počátečních písmen čtyř slov výstižně shrnujících základní předpoklady pro úspěšné stárnutí. Jsou to:

- **Racionální postoj ke stáří:** Smířit se se svým věkem, brát ho jako přirozenou součást života a uvědomit si své reálné současné a budoucí možnosti. Umět se přizpůsobit změnám a okolnostem, které nastanou.
- **Orientace na budoucnost:** I ve stáří je třeba plánovat přiměřené úkoly a aktivity do budoucnosti. Musejí ovšem odpovídat současným možnostem a schopnostem.
- **Sociální kontakty:** Získávat nové přátele a pečovat o již existující přátelství jak vrstevnická, tak i mezigenerační. Zapojení se do aktivit nějaké organizace či klubu je dobré právě pro navázání nových přátelství, ale i pro výkon smysluplné činnosti, která může někdy být přínosem i pro druhé lidi.
- **Aktivita:** Toto heslo navazuje svým obsahem na získávání sociálních kontaktů. V průběhu raného stáří se doporučuje i po přechodu do důchodu ponechat si nebo najít nový pracovní úvazek. Může být kratší a upravený podle potřeb seniora. Je to velmi přínosné pro zlepšení sebeúvěry a sebeúcty starého člověka (Burková, 2004). Kromě pracovního úvazku a již zmiňovaného zapojení se do různých spolků sem můžeme zařadit pěstování koníčků z dřívějšího období, objevování nových a mnohé další činnosti, které v této práci blíže rozebíráme v kapitole 2.5.

1.8 Pedagogika, Andragogika a Gerontagogika

Pojem „pedagogika“, tak jak je v současné době běžně chápán, označuje vzdělávání jako obecný pojem. Samotné slovo pedagogika pochází z řeckých slov *pais*, které znamená dítě, a *agogé* = vedení, výchova. Můžeme ho tedy chápat také jako označení oboru, který se věnuje vzdělávání mladých a pro zastřešení všech typů vzdělávání použít vhodnější pojmy antropogika nebo agogika. Slovo pedagogika je však stále nejpoužívanější.

Mluvíme-li však konkrétně o vzdělávání dospělých, užívají se přesnější termíny „andragogika“ (podle řeckého slova *andros*, které označuje dospělého muže) a „gerontagogika“ (někteří autoři používají také název „gerontopedagogika“) pro vzdělávání seniorů (z řeckého *geron* – stařec) (Malach, 2002, s. 7). Ale ani toto dělení není zcela přesně vymezené a např. Mühlbacher (2004, s. 130) chápe gerontagogiku jako součást andragogiky. Zároveň se staví proti úzkému edukativnímu vymezení andragogiky a gerontagogiky, více ji chápe jako studium všech aspektů života dospělého člověka a jeho zařazení do společnosti.

Podle zažitě představy je učení ve starším věku obtížné, často to potvrzují i sami senioři. Provedené výzkumy ale ukazují, že problém není v samotném procesu učení, ale v nutnosti odlišného přístupu. Jak uvádí Livečka (1979), výzkumy ukazují, že věkové rozdíly nemají na duševní schopnosti větší vliv než rozdíly, které vyplývají ze sociálních, psychologických a zdravotních vlivů. Upozorňuje, že rozdíl je především v tom, že starší lidé se učí jinak než mladší a klíčovou rolí v procesu jejich učení hraje motivace. Schopnost učit se si tak někteří starší lidé sami snižují svými předsudky, že „něco takového se ve svém věku nemohou naučit“ (Livečka, 1979, s. 162).

Jako hlavní pedagogické zásady, které by měla gerontagogika pro udržení vysoké efektivity výuky seniorů dodržovat, uvádí Livečka (1979) tyto:

- **Aktivizace výuky, participace účastníků:** jsou důležitými faktory pro zvyšování motivace a zájmu o přednášenou látku. Jsou také velmi efektivním prostředkem, jak udržet pozornost posluchačů na žádoucí úrovni delší dobu.
- **Volba rozsahu prezentovaných informací:** tak, aby rozsah prezentovaných informací nebyl příliš velký. Jako optimální doba se ukazuje 5-10 minut pro vytyčení cíle, následovaná 20-45minutovou sdělovací fází.
- **Volba a prezentace cílů výuky,** kterých chce lektor pomocí výuky dosáhnout. V případě starších lidí jde hlavně o cíle zaměřené na postojové změny, ovlivnění mínění a přesvědčení (Livečka, 1979, s. 162-163).

1.9 Programy a dokumenty týkající se stárnutí a stáří

Díky lepší zdravotní a sociální péči, lepším životním a pracovním podmínkám se dnes více lidí dožívá vyššího věku než v minulosti. Populace tak stárne nejen v České republice, ale i v celé Evropě, zvyšuje se podíl starých lidí v populaci a rodí se méně dětí. Je to charakteristický rys demografického vývoje řady rozvinutých zemí. Stárnutí populace má výrazné sociální a ekonomické důsledky.

Lze očekávat, že současný trend demografického vývoje bude i nadále pokračovat. Je třeba přijmout opatření a stanovit postupy, které budou zajišťovat kvalitně a aktivně prožité stáří a rovnoprávné postavení seniorů ve všech oblastech života. Je třeba také poukázat na fakt, že staří lidé, jako velmi obsáhlá věková skupina, jsou obrovským potenciálem pro společnost a to jak v rovině rodinné, ekonomické, tak i společenské (MPSV, 2008b). Existuje proto řada programů na různých úrovních, které na tuto problematiku upozorňují, informují o ní a snaží se ji na různých úrovních řešit.

Rada Evropy (RE) se tomuto problému věnuje již od svého založení roku 1949. Její aktivity se týkaly různých aspektů života seniorů. S popularizací problematiky seniorů pomohla také Evropská unie, která vyhlásila rok 1993 „Evropským rokem starších lidí a solidarity mezi generacemi“. Cílem této akce bylo upozornit na problematiku starších lidí a motivovat odborníky v hledání možností, jak umožnit seniorům žít nezávislý život a vyrovnat se s problémy vyššího věku (Čermáková, 2008, s. 24). Stárnutím se ve svých dokumentech a programech zabývají také WHO a OSN.

V této části práce se věnujeme českým a mezinárodním programům a dokumentům, které se zabývají podporou pro aktivní a kvalitní stárnutí a stáří.

1.9.1 Organizace zabývající se problematikou stárnutí a stáří

Problematikou zájmů a práv seniorů se kromě velkých mezinárodních organizací, jako jsou OSN a WHO, zabývají i další mezinárodní organizace a sdružení. V této části uvádíme přehled několika vybraných z těch, které působí speciálně v České republice a v Evropském regionu.

Eurolink Age je sdružení 140 organizací a jednotlivců, které propaguje zájmy a správný životní styl seniorů v Evropské Unii. Úzce spolupracuje s evropskými institucemi ve snaze ovlivnit politiku v různých oblastech, např. v těch, které se dotýkají starších zaměstnanců, nebo postižených seniorů (Čepelka, 2003, s. 45; Europe in the UK, 2009).

AGE, the European Older People's Platform, je organizací, jejímž cílem je boj proti diskriminaci seniorů, za jejich nezávislost a samostatnost (AGE, 2009a).

Rada seniorů České republiky vznikla v roce 2005, aby v otázkách seniorů spolupracovala s vládou, resorty, parlamentem a dalšími ústavními činiteli a zastupovala tak všechny příjemce starobní penze v České republice. Posláním rady je formování otevřené společnosti, mezigeneračních vztahů, ale především aktivizace starší generace (RS ČR, 2005).

Evropská federace starších osob (Eurag) je nezisková nenáboženská organizace, která reprezentuje zájmy starších lidí z 33 evropských zemí. Mezi její hlavní aktivity patří reprezentace seniorů na evropské úrovni, výměna zkušeností a koordinace aktivit a projektů členských organizací (EURAG, 2009).

1.9.2 Mezinárodní akční plány stárnutí

Plán je prvním mezinárodním dokumentem, který se věnuje problematice stárnutí. Byl přijat ve Vídni na Světovém shromáždění pro problematiku stárnutí v roce 1982 a později téhož roku byl schválen Valným shromážděním OSN (Český Helsinský výbor, 2002).

Jde o první mezinárodní nástroj pro problematiku stárnutí. Díky tomu měl a má výrazný vliv na formulaci politik a programů pro problematiku stárnutí. Jeho cílem je posilování schopnosti států a občanské společnosti účinně řešit stárnutí populace, využívat potenciál seniorů a reagovat na jejich potřeby. Jeho součástí je 62 doporučení pro další postup, které se dotýkají následujících oblastí:

- zdraví a výživa,
- ochrana starších konzumentů,
- bydlení a životní prostředí,
- rodina,
- sociální zabezpečení,
- zabezpečení příjmu a zaměstnání,
- vzdělávání (Český Helsinský výbor, 2002).

Na Vídeňský mezinárodní akční plán stárnutí navazuje „Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí“, který byl přijat v Madridu na Druhém světovém shromáždění o stárnutí v roce 2002. Ve srovnání s Vídeňským plánem se více zaměřuje na problematiku seniorů v rozvojových zemích a zemích s přechodovou ekonomikou. Přináší konkrétní doporučení rozdělená do následujících kategorií:

- senioři a rozvoj,
- uchování zdraví, tělesné a duševní pohody až do stáří,
- zajištění příznivého a podpůrného prostředí.

Na rozdíl od předchozího dokumentu stanovuje také systémy pro kontrolu a pravidelné hodnocení dodržování těchto doporučení na všech úrovních (Český Helsinský výbor, 2002).

1.9.3 Zásady OSN pro seniory

Jde o dokument, který přijalo Valné shromáždění OSN 16. prosince 1991. Dokument vyzývá vlády, aby zásady, které dokument přednáší, využívaly ve svých národních programech. Dokument (MPSV, 2005) obsahuje 18 zásad rozčleněných do pěti základních oblastí:

- **Nezávislost:** Senioři by měli mít přístup k odpovídajícím základním nezbytnostem, jako je odpovídající strava, voda, obydlí, zdravotní péče, podpora rodiny a společnosti a možnost žít v bezpečném prostředí odpovídajícím jejich preferencím a schopnostem. Měli by mít možnost pracovat nebo zajistit si příjem jiným způsobem; měli by však také mít vliv na rozhodnutí, kdy svůj profesní život opustí. Měl by pro ně být zajištěn přístup ke vzdělávání.
- **Zařazení do společnosti:** Senioři by neměli být vyřazováni ze společnosti, měli by mít možnost spolupracovat na politikách, které přímo ovlivňují jejich blaho; měli by mít možnost podílet se o své zkušenosti s mladšími generacemi. Měli by mít možnost být prospěšní pro společnost a pracovat jako dobrovolníci v oborech podle svých zájmů a schopností. Senioři by měli mít možnost vytvářet sdružení starých lidí.
- **Péče:** Seniorům by neměla být upírána lidská práva a základní svobody, nezávisle na tom, zda pobývají doma, v sociálním nebo v léčebném zařízení. Měli by mít přístup k sociálním a právním službám a zdravotní péči na odpovídající úrovni. Měli by mít užitek z rodinné péče a ochrany společnosti, v souladu s kulturními hodnotami společnosti.
- **Seberealizace:** Senioři by měli mít možnost rozvíjet své schopnosti; měli by mít přístup ke vzdělávacím, kulturním, duchovním a rekreačním zdrojům.
- **Důstojnost:** Senioři by měli žít důstojně a v bezpečí, jejich tělesná nebo duševní nesoběstačnost by neměla být zneužívána. Senioři mají nárok na dobré zacházení bez ohledu na věk, pohlaví, rasu nebo etnickou příslušnost, postižení a další charakteristiky. Neměli by být hodnoceni podle svého ekonomického přínosu.

1.9.4 Stárnout zdravě v Evropě, Stárnout zdravě v České republice

Celoevropský program Stárnout zdravě v Evropě vychází z konference „Stárnutí ve zdraví“, kterou v roce 1992 uspořádala britská organizace Eurolink Age. Ta také program řídí. Na konferenci byl vypracován „Akční plán zdravého stárnutí“. Program má za cíl rozšířit věkovou hranici, ve které jsou senioři soběstační a vedou aktivní život, a to vylepšením kvality života a zdraví, snížením závislosti a nemocnosti (Kovaříková, 2000).

Z něho vychází program „Stárnout zdravě v České republice“. Projekt byl zacílen na občany nad 60 let. Usiloval mimo jiné o podporu kvality života starých lidí s demencí nebo žijících osamoceně, získání a výcvik dobrovolníků. Součástí programu byly brožury a semináře o stáří a zdravém stárnutí (Kovaříková, 2000). Díky tomuto projektu byly po celé České republice založeny „kavárničky pro dříve narozené“. V České republice se projektu účastní seniorští poradci – dobrovolníci z řad seniorů, kteří jsou v rámci programu proškolení a dále informují své vrstevníky.

Informační a organizační centrum projektu je v Gerontologickém centru v Praze (Sladká, 1999, s. 5). Kavárničky jsou prostorem, kde se mohou senioři scházet (důraz je kladen zvláště na osamělé) a kde mohou získat rady od odborníků, nejen ohledně fyzického a psychického zdraví. Kromě toho kavárničky nabízejí širokou paletu aktivit: je zde zastoupena výuka jazyků, přednášky, trénování paměti, vycházky, zdravotní cvičení, besedy a kurzy práce na počítači v internetové kavárně. Dalšími aktivitami jsou hudební a taneční odpoledne, módní přehlídky a v rámci projektu jsou také pořádány zájezdy. Kavárničky podporují zdravotní prevenci u seniorů tím, že distribuují informační letáky s informacemi o prevenci onemocnění a o podpoře zdraví ve vyšším věku (Jebavý, 2005a; Jebavý, 2005b; Zdravotnické noviny, 2000).

1.9.5 Ottawská charta

Ottawská charta („Charter for Action“) je mezinárodní dohoda sestavená na 1. Mezinárodní konferenci o podpoře zdraví, která proběhla v kanadské Ottawě. Předmětem dohody jsou aktivity, které by měly vést k dosažení „Zdraví pro všechny do roku 2000“.

Charta chápe zdraví v širším smyslu slova jako podporu tělesné, duševní i sociální pohody, nikoliv pouze jako nepřítomnost nemoci. Uvádí předpoklady, které jsou nutné pro zachování zdraví. Tyto předpoklady zahrnují „mír, přístřeší, vzdělání, jídlo, finanční příjem, stabilní ekosystém, trvale udržitelné zdroje, sociální spravedlnost a obyčejné právo na slušnost“ (Drogy-info.cz, 2005).

1.9.6 Zdraví pro všechny do roku 2000 a dále

Zdravotní program „Zdraví pro všechny do roku 2000 a dále“ byl vyhlášen roku 1980 Světovou zdravotnickou organizací. V roce 1984 program schválilo Evropské zdravotnické shromáždění. Na konci 90. let byl program aktualizován a v roce 1999 vydán pod názvem „Zdraví pro 21. století“. Tento program je návodem pro jednotlivé státy při všech krocích týkajících se zlepšování zdraví populace (Vláda ČR, 2003, s. 4).

Jedním z cílů tohoto programu je „Cíl 5 - Zdravé stárnutí“. Zdraví osob starších 65 let by jim mělo umožňovat vést soběstačný život a aktivně se podílet na společenském životě. Dokument zdůrazňuje potřebu celoživotní přípravy na zdravé stárnutí, důležitost role starého člověka v rodině při výchově dětí a ve společnosti vůbec, možnost a potřebu snížit nadměrnou spotřebu léků díky účinnější zdravotní péči. K lepšímu zdraví seniorů přispívá pomoc a podpora rodiny a sociální a zdravotní opora (WHO, 2000).

1.9.7 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012

Program navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 a vychází z Madridského mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí z roku 2002, ze zásad OSN pro seniory a z dalších dokumentů. Program připravilo Ministerstvo práce a sociálních věcí a na jeho plnění dohlíží Rada vlády pro seniory a stárnutí populace (Kocáb, 2009).

Hlavními cíli tohoto programu je zvýšení zaměstnanosti seniorů a zajištění jejich kvalitního a aktivního života. Program se snaží tyto cíle naplnit podporou celoživotního vzdělávání, rodiny a pečovatelů a zajištěním dostupné zdravotní a sociální péče. Nejde pouze o doporučení, součástí programu jsou konkrétní úkoly a termíny pro resorty a instituce (MPSV, 2008b).

1.9.8 INCLUSage

INCLUSage je dvouletý projekt, který byl zahájen 15. prosince 2008. V České republice je realizován organizací Život 90. Projektu se účastní další seniorské organizace z těchto zemí: Bulharsko, Finsko, Německo, Irsko, Polsko, Slovensko, zastřešující organizací je AGE, the European Older People's Platform (AGE, 2009b). Projekt má za cíl upozornit na otázku sociální ochrany a sociálního začleňování seniorů, kteří jsou ohroženi chudobou a sociálním vyloučením. Hlavním prostředkem, který projekt využívá, jsou debaty a diskuze na evropské úrovni (Staněk, 2009).

2. Volný čas

Pojem „volný čas“ označuje velmi širokou oblast, do které spadá mnoho lidských činností. Každý z nás si pod tímto pojmem představí něco trochu jiného a každý z nás svůj volný čas tráví jiným způsobem. Někdo ve volném čase rád čte, jiný jde raději do kina nebo jen relaxuje při poslechu hudby. Činnosti, kterými lidé trávili a tráví svůj volný čas, se měnily nejen v průběhu historie, ale také závisí na různých společenských, geografických i zdravotních faktorech. Přestože ani v případě seniorů způsoby trávení volného času nepostrádají nic ze své pestrosti, je vzhledem k těmto faktorům nutné na něj pohlížet jako na speciální kategorii.

2.1 Pojmy volný čas a zájem

Ačkoliv význam pojmu „volný čas“ je každému intuitivně zřejmý, je vhodné se zabývat jeho přesným definováním. K této definici lze přistupovat dvěma způsoby: *negativním způsobem* je volný čas chápán jako čas, který je doplňkový vůči povinnostem a fyziologickým potřebám. *Pozitivní způsob* vymezení volného času ho naopak chápe jako dobu pro svobodnou seberealizaci bez omezení povinnostmi (Vážanský, 2001, s. 29-30). Níže uvedené definice používané v literatuře ovšem typicky zahrnují oba tyto přístupy.

Spíše negativní definici uvádí Pávková (2002). Ta volný čas chápe jako „opak doby nutné práce a povinností a doby nutné k reprodukci sil. Je to doba, kdy si své činnosti můžeme svobodně vybrat, děláme je dobrovolně a rádi, přinášejí nám pocit uspokojení a uvolnění“ (Pávková, et al., 2002, s. 13). Jako možné náplně volného času uvádí odpočinek, rekreaci, zábavu, zájmové činnosti, zájmové vzdělávání a dobrovolnictví, ale také časové ztráty, které se s nimi pojí.

Podobnou definici dává i Kučerová (1994, s. 15): „Čas, který člověku zbývá jako protiváha nutných činností spjatých se zaměstnáním, sociálními povinnostmi a biologickými nezbytnostmi, je čas prázdný, který každý může naplnit v rámci daných podmínek svobodně, podle své vlastní vůle“.

Pozitivním způsobem volný čas definuje Žáková (1990, s. 2) jako čas, který umožňuje „svobodnou volbu činností, kdy si člověk vybírá činnost nezávisle na společenských povinnostech, vykonává ji tedy dobrovolně a tato činnost mu poskytuje uspokojení a příjemné zážitky“.

I přes různé přístupy k definování volného času se autoři shodují na důležitosti volného času pro člověka a společnost. Význam vidí jednak v příležitostech člověka věnovat se sobě samému a v možnosti hledat smysl života a seberealizaci i mimo pracovní uplatnění (Vážanský, et al., 1995, s. 25, 45). Panuje také shoda v tom, že význam volného času jak z hlediska osobního a společenského, tak z hlediska ekonomického bude do budoucna dále vzrůstat.

S pojmem „volný čas“ úzce souvisejí i zájmové činnosti a pojem zájmu. Zájem podle Nakonečného (1997, s. 421). znamená „afektivní zaujetí k poznávání něčeho, spojené se zálibou zabývat se určitým předmětem jako objektem poznání (...). Zájem je tedy zabývání se něčím, praktické, teoretické, podle povahy věcí, něčím co vyvolává hluboké zaujetí“. Nakonečný (1997) také upozorňuje, že v případě některých (ryze praktických) činností, jako je například vaření nebo zahrádkaření, není pojem „zájem“ zcela odpovídající a někdy se tyto činnosti označují jako „hobby“ nebo „koníčky“. Určení přesné hranice mezi zájmy a koníčky je velmi obtížné a nemusí být možné je rozlišit.

Zájmy se od jiných aktivit odlišují také trvalejším zaměřením na danou činnost a vypovídají o osobnosti a životní dráze člověka (Průcha, et al., 2003).

2.2 Faktory ovlivňující trávení volného času

Přestože je trávení volného času velmi individuální záležitostí a člověk je při volbě konkrétních volnočasových aktivit svobodný, je zde celá řada faktorů, které tuto volbu ovlivňují a mají vliv na výsledný prožitek. Šmahel (1994, s. 48-50) a Šerák (2009, s. 37-42) uvádějí následující faktory ovlivňující trávení volného času:

- **Pohlaví:** Zatímco ženy se věnují více rodině a domovu a častěji navštěvují různé kulturní akce, u mužů je obvyklejší trávení času sportem (aktivně i pasivně) a sebevzděláváním (Červenka, 2004).
- **Věk:** Podle věku se odlišuje jednak frekvence volnočasových aktivit, která kulminuje kolem sedmnáctého roku života. Navíc se projevují mezigenerační rozdíly v preferencích volnočasových aktivit. Mladí lidé např. častěji tráví čas s přáteli, zatímco starší preferují práci na domě a zahrádce (Vážanský, et al., 1995, s. 27), (Šerák, 2009, s. 38). Lidé nad 60 let se nejvíce věnují četbě knih (Červenka, 2004).
- **Fyzická kondice a zdravotní stav:** Fyzická kondice je jedním z nejvýznamnějších limitujících faktorů. Vzhledem ke změnám probíhajícím ve stáří (viz kapitola 1.3) jde v případě seniorů o obzvlášť důležitý faktor.

- **Profesionální zakotvení a příslušnost k sociální skupině:** Různé sociální a profesní skupiny mají vlastní systémy hodnot a norem, které ovlivňují jejich příslušníky v trávení volného času. Nejvlivnější skupinou je pravděpodobně rodina. Mezi studenty je velmi častý poslech hudby a účast na společenských a kulturních akcích, naopak mezi dělníky je velmi obvyklé kutilství nebo sledování televize. Ženy v domácnosti a na mateřské dovolené častěji chodí na procházky (Šerák, 2009, s. 40; Červenka, 2004).
- **Bydliště:** Místo bydliště významným způsobem ovlivňuje dostupnost různých typů volnočasových aktivit. Nejde jen o rozdíl mezi nabídkami v různých lokalitách, důležitá je také jejich dosažitelnost. Dochází sice ke zmenšování tradičního rozdílu mezi městy a venkovem, přesto situaci v některých venkovských oblastech stále komplikuje nedostatečná veřejná doprava (Šerák, 2009, s. 39; Halamová, 2008, s. 34).
- **Vzdělání:** S výší dosaženého vzdělání roste také obecný rozhled a zájem o další vzdělávání. Také s ním ale stoupá počet denně odpracovaných hodin. Přesto jsou vysokoškoláci nejčastějšími návštěvníky kulturních a vzdělávacích akcí (Šerák, 2009, s. 40-41). Z aktuálních výzkumů vyplývá, že lidé se středoškolským vzděláním tráví více volného času sportem. Absolventi vysokých škol se oproti tomu častěji věnují odbornému a jazykovému vzdělávání, četbě a návštěvě kulturních akcí (Červenka, 2004).

Mimo faktorů uvedených výše považujeme na základě dalších prací a aktuálních výzkumů za důležité také následující faktory:

- **Finance:** Finanční stav ovlivňuje především dostupnost různých forem trávení volného času. Šerák (2009, s. 41) uvádí, že na životní styl má větší vliv než finance dosažené vzdělání. Z výzkumu CVVM vyplývá, že s výjimkou výletů do přírody a setkávání s přáteli se ostatní volnočasové aktivity vyskytují častěji u lidí s lepší životní úrovní (Červenka, 2004). Ukazuje se také, že lidé s velmi nízkými příjmy přikládají volnému času nižší důležitost než jiné společenské vrstvy (Šerák, 2009, s. 37).
- **Rodinný stav:** Svobodní lidé tráví svůj čas častěji s přáteli a ve společnosti, více se věnují svým koníčkům, sebezvzdělávání. Rodiny s dětmi naproti tomu tráví volný čas v největší míře společně. Lidé ovdovělí věnují ve srovnání s ostatními více času četbě (Červenka, 2004). V případě seniorů aktivní prožívání volného času velkou měrou podporuje to, zda žijí s partnerem. Partnerské soužití má významný vliv i na nepárové aktivity (Vohralíková, Rabušic, 2004).

2.3 Volný čas dětí a mládeže

Vnímání a funkce volného času se v průběhu života mění. Volnému času dětí a mládeže je věnováno velké množství odborné literatury a průzkumů, je proto vhodné shrnout hlavní odlišnosti volného času dětí a mládeže ve srovnání s volným časem seniorů.

Děti mají oproti dospělým relativně velké množství volného času, proto je důležité věnovat pozornost tomu, jak ho tráví. Volný čas dětí a mládeže je potřeba pedagogicky ovlivňovat, protože děti se ještě ve všech zájmových činnostech plně neorientují, chybí jim k tomu potřebné zkušenosti. Volný čas dětí by měla primárně ovlivňovat rodina, nezastupitelnou funkci zde ovšem hrají i různá volnočasová zařízení, ve kterých oproti rodině působí kvalifikovaní pedagogové s odpovídajícím materiálním zázemím a dostatkem času (Pávková, et al., 2002, s. 13-14).

Volnému času dětí a mládeže je potřeba věnovat speciální pozornost také proto, že při neorganizovaném trávení volného času může dojít k ohrožení zdraví dětí a jejich zdravého vývoje. V těchto případech děti ohrožují samy sebe i ostatní například experimentováním s drogami nebo vyhledáváním adrenalinových situací v rizikových sportech nebo porušováním zákona (Pávková, et al., 2002, s. 10).

To mohou být jedny z hlavních důvodů, proč je ve srovnání s dospělými a se seniory volnému času dětí věnován podstatně větší prostor jak v odborné literatuře, tak v prováděných výzkumech.

2.4 Význam volného času

Stejně jako v případě dětí má volný čas u dospělých několik funkcí. Je to čas odpočinku, regenerace sil a možnosti seberealizace v jiných oblastech, než ve kterých jedinec působí v pracovním procesu. Opaschowski identifikoval základní potřeby společnosti, které mohou být naplněny ve volném čase:

- **rekreace a kompenzace:** potřeba regenerovat své síly, odpoutat se od stereotypů všedního dne pomocí vědomého užívání si života,
- **edukace:** potřeba získávat nové poznatky a zkušenosti, dále se rozvíjet,
- **kontemplace:** potřeba relaxace od stresu, pohody a uvědomění si sebe sama,
- **komunikace a integrace:** potřeba kontaktu s dalšími lidmi, potřeba sdílení zážitků i informací; potřeba zařadit se do společenských skupin a z toho vyplývající pocit bezpečí,

- **participace:** potřeba účastnit se aktivně na společenském životě, možnost projevit vlastní iniciativu,
- **enkultura:** potřeba nezávislého rozvoje osobních schopností a dovedností, kreativního vyjádření (Vážanský, 2001).

Volný čas s sebou přináší také negativní aspekty, které je možné shrnout do následujících bodů:

- nedostatek volného času,
- nespokojenost se způsobem trávení volného času
- nuda, neznalost, neschopnost adekvátního a smysluplného vyplnění volného času
- nedostatek finančních prostředků či možností pro uskutečnění volnočasových plánů (Pávková, et al., 2002, s. 10).

V ideálním případě by se člověk měl ve svém volném čase rekreovat, regenerovat síly a kompenzovat jednostrannost svého zaměstnání. Jestliže se někdo v práci věnuje manuální činnosti, měl by se ve volném čase věnovat intelektuální činnosti, člověk mající sedavé zaměstnání zase pohybové aktivitě. Ukazuje se ale, že z většiny se lidé i ve svém volném čase věnují obdobné činnosti, na kterou jsou zvyklí ze zaměstnání, a tím se připravují o možnost obohatit se ve volném čase o nové zkušenosti. Někteří jedinci i ve volném čase pokračují v práci, mají další zaměstnání nebo vykonávají potřebné domácí práce (Kučerová, 1994, s. 16).

Aktuální teorie předpokládají, že potřeby dospělých v produktivním věku zůstávají ve stáří zachovány. Díky přechodu do důchodu starší lidé ztrácejí jednu z nejdůležitějších životních rolí. To výrazně zvyšuje význam seberealizační funkce volného času (Mühlpachr, 2004, s. 138). Národní program přípravy na stárnutí uvádí jako jeden z klíčových bodů zapojení seniorů do života společnosti. Cílem je podpořit účast seniorů na vzdělávacích, kulturních a společenských aktivitách, aby nedošlo k přerušení sociálních vztahů a kontaktů, a senioři si mohli zachovat pocit uznání a užitečnosti (MPSV, 2008a).

2.5 Volnočasové aktivity seniorů

V následujících odstavcích se podrobněji věnujeme volnočasovým aktivitám, které jsou typické pro seniory, nebo které jsou obvykle v nabídkách seniorských center. Jde jak o aktivity neorganizované, tak o činnosti, které mohou probíhat formou workshopů, kurzů nebo seminářů ve specializovaných zařízeních.

2.5.1 Domácí aktivity

Mezi seniory jsou patrně nejčastějším typem volnočasových aktivit ty, které mohou senioři provozovat v bezpečí svého domova, a které nekladou velké nároky na mobilitu. Konkrétní aktivity se mohou lišit podle individuálních preferencí, vliv budou hrát ale také faktory uvedené v kapitole 2.2. Domácí aktivity mohou zahrnovat vaření, výrobu ozdobných a užitných předmětů, ale také kutilství, péči o domácí zvířata, práci na zahrádce nebo na chatách a chalupách. Do této kategorie patří také sledování rozhlasu a televize, četba, návštěvy u rodiny a přátel, péče o vnoučata a procházky po okolí.

Oblíbenost těchto aktivit ukazují také provedené průzkumy, podle kterých se sledování rozhlasu a televize věnuje téměř 100 % seniorů. Těsně následuje čtení novin a časopisů. Více než 87 % seniorů tráví svůj volný čas v kontaktu s rodinou nebo dalšími osobami (Zavázalová, et al., 2001, s. 85; Kuchařová, et al., 2002, s. 56).

2.5.2 Kulturní vyžití

Ve srovnání s domácími aktivitami jsou kulturní aktivity u seniorů méně častou náplní volného času. Návštěvy divadla, galerií a koncertů patří podle Kuchařové et al. (2002, s. 56) mezi nejméně časté aktivity. Na bodové škále je většina seniorů zařadila mezi aktivity, které neprovozují vůbec, nebo jen velmi málo. Účast na kulturních aktivitách přitom může přispívat k prevenci sociálního vyloučení a k upevňování mezigeneračních vazeb (MPSV, 2008a).

Oproti malé účasti na kulturních akcích jsou senioři tradiční a silnou cílovou skupinou knihoven. To dokládá například zpráva Masarykovy veřejné knihovny, podle které senioři tvoří zhruba 25-30 % jejích uživatelů (Pokorná, et al., 2008). Knihovna u seniorů plní funkci místa pro setkávání a získávání nových kontaktů a informací, je také místem celoživotního vzdělávání. Knihovny pořádají přednášky ze širokého spektra oborů, některé také promítají filmy a pořádají výstavy. Kromě přednášek také pořádají různé kurzy, mimo jiné kurzy počítačů pro seniory a bývá zde možné využít internetových služeb zdarma v rámci členského poplatku. Na knihovnu můžeme nahlížet jako na jednu z forem aktivizace seniorů, dává jim prostor k uplatnění a zapojení se do občanských aktivit. Protože jde o prostředí, které je pro seniory důvěrně známé, je pro akce pořádané knihovnami typická velmi vysoká účast seniorů. Masarykova veřejná knihovna uvádí, že na některých akcích je podíl seniorů až 70 % (Gajdušková, 2008).

2.5.3 Dobrovolnictví

„Dobrovolnictví je vědomá, svobodně zvolená činnost ve prospěch druhých, kterou poskytují občané bezplatně“ (Tošner, 2006, s. 27). Dobrovolník cíleně věnuje svůj čas a schopnosti konkrétní pevně ohraničené činnosti. Dobrovolníci se aktivitám obvykle věnují pravidelně, jejich činnost bývá profesionálně organizovaná. Činnost dobrovolníků je oboustranně prospěšná: příjemci přináší konkrétní pomoc, dobrovolníkům možnost seberealizace, osobního rozvoje a možnost získat nové zkušenosti, kontakty a znalosti. Velmi důležitý pro dobrovolníky může být pocit smysluplně stráveného času (Tošner, 2006, s. 27). Nejlépe osobní přínos dobrovolnictví vystihuje výrok jednoho z dobrovolníků:

„Dobrovolnictví se tak může pro dobrovolníka stát úžasnou spoluprací, spolupodílnictvím, společným hledáním a nacházením, učením a růstem, partnerstvím, vzájemnou výměnou a obohacováním, ba vzájemnou podporou, prostředkem k začlenění do společnosti, můžeme při něm najít kamarádství i přátelství“ (Tošner, 2006, s. 29).

U dobrovolníků hraje velmi důležitou roli motivace. V případě seniorů jsou hlavními motivačními faktory touha být v kontaktu s dalšími lidmi, možnost být aktivní, být prospěšný ostatním lidem, víra a možnost udržovat si práci fyzickou a psychickou kondici. Některé může motivovat pocit, že tímto způsobem mohou splatit své závazky a dluhy vůči společnosti (Životská, 2008, s. 7).

Senioři – dobrovolníci skrývají velký potenciál. Vzhledem k demografickému vývoji české a evropské společnosti jde o početnou populační skupinu s relativně velkým množstvím volného času, která se navíc dále rozrůstá. Mimo ochoty pomáhat ostatním pro dobrovolnictví neexistují prakticky žádné vstupní předpoklady. Starší lidé navíc s sebou přinášejí své bohaté životní a pracovní zkušenosti (MPSV, 2008a). Společnost by měla seniorům nabídnout prostor a dostatečnou motivaci pro uplatnění tohoto potenciálu. Význam dobrovolnictví seniorů potvrzuje i to, že bylo tématem konference „Senioři jako dobrovolníci – dobrovolníci seniorům“ pořádané Klubem UNESCO Kroměříž a Národním dobrovolnickým centrem Hestia (AVČR, 2007).

V České republice senioři působí jako dobrovolníci v různých oblastech. Pomáhají například s péčí o své vrstevníky v domovech důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných a vedou kurzy v akademiích třetího věku. Se zajímavým uplatněním seniorů – dobrovolníků přišel celorepublikový projekt spojující seniory s ostatními generacemi, pořádaný nadačním fondem „Veselý senior“. Projekt „Burza vzájemné pomoci“ by měl

seniorům, kteří chtějí uplatnit své schopnosti, dovednosti a znalosti umožnit nabídnout své služby lidem, kteří je potřebují a za to poté budou moci využít jejich služeb. Díky tomuto projektu budou osamělí lidé více v kontaktu se společností a budou moci využít svůj potenciál k prospěšné činnosti (Veselý senior, 2008).

2.5.4 Zájmové vzdělávání seniorů

Zájmové vzdělávání seniorů je velmi důležitým prvkem v této části života. Díky rozšíření znalostí a dovedností se zvyšuje sebevědomí jedince, protože je nezávislejší a soběstačnější. Je důležité i z hlediska získávání nových kontaktů. Mnoho seniorů žije osamoceně, cítí se osaměle a účast na kurzech jim dává možnost potkávat se s dalšími lidmi v podobné životní situaci. Kromě toho zájmové vzdělávání saturuje potřebu seberealizace, která člověka provází celým jeho životem. Stejně tak mohou volnočasové aktivity a některé typy zájmového vzdělávání umožňovat kreativní vyjádření a smysluplnou náplň volného času.

Vzdělávání, spolu s dalšími volnočasovými aktivitami, přispívá k aktivnímu způsobu života ve stáří a k jeho kvalitnímu prožívání. Pomáhá seniorům přizpůsobit se novým životním podmínkám a lépe se orientovat v moderním, rychle se rozvíjejícím, světě. Vzdělávání stimuluje člověka k novým činnostem, podporuje obnovu a udržování fyzických a duševních sil (MPSV, 2008a; Mühlpachr, 2004, s. 138; Kalvach, Hrabětová, 2005).

Dalším aspektem vzdělávání seniorů a obecně celoživotního vzdělávání se podrobněji věnujeme v kapitole 1.8.

Počítačové kurzy pro seniory

Počítačová gramotnost a znalost internetového prostředí patří v dnešní době mezi základní znalosti, bez kterých se lze jen stěží obejít. Mnoho mladých lidí dnes jezdí na studijní či pracovní pobyty do ciziny nebo se stěhuje po republice daleko od rodiny. Počítač s připojením na internet tak představuje jednu z velmi efektivních a levných možností komunikace mladé a staré generace. A nejen různých generací, i staří přátelé bydlící daleko od sebe mohou prostřednictvím internetu udržovat vztahy a být v bezprostředním kontaktu, posílat si aktuální fotografie, videa nebo zdarma volat pomocí programu Skype.

Baštářová (2006) se ve své výzkumné sondě zabývala vlivem práce na počítači na osobnost seniorů. Z její práce vyplývá, že senioři nejvíce používají internet k vyhledávání informací o dopravě, kulturních akcích a k posílání emailů. Podle tohoto průzkumu je počítač

pro seniory důležitý, protože chtějí být soběstační, vyplnit svůj volný čas a trénovat paměť. Chtějí být informováni a komunikovat se svým okolím.

Kromě komunikační funkce plní počítač a internet také funkci informační. Na internetu lze nalézt informace z oblasti kultury, volnočasových aktivit, přehled zpráv, počasí a také informace z medicínské oblasti. S příchodem datových schránek lze s pomocí internetu komunikovat s úřady. Internet je přínosný zvláště v případech, kdy zhoršená pohyblivost jedince zabráňuje každodennímu kontaktu s vnějším prostředím. Pro starého člověka může být kromě telefonu jednou z mála spojnic s vnějším světem. Pro lidi s omezenou mobilitou může být užitečná i možnost nakupovat a platit účty přes internet.

Tento potenciál internetu a internetových služeb však stále senioři plně nevyužívají. Protože jde o technologie, které se do domácností rozšířily teprve nedávno, jsou stále doménou spíše mladších generací. Současný stav informační gramotnosti jednotlivých generací dokumentuje výzkum z roku 2005, který si objednalo Ministerstvo informatiky u společnosti STEM/MARK (2005). Cílem výzkumu bylo vymezení pojmu počítačová gramotnost a zjištění užívání informačních a komunikačních technologií v České republice. Za informačně gramotného je podle výsledků výzkumu považován člověk, který je

- „schopen vyhledat a všestranně zpracovat informace za použití obvyklého počítačového vybavení,
- schopen orientovat se v různých oblastech práce s počítačem a efektivně jej používat (oblast HW, terminologie, textový editor, tabulkový editor, grafika, internet a e-mail)” (STEM/MARK, 2005).

Rozdíly v počítačové gramotnosti mezi generacemi jsou podle tohoto průzkumu velmi vysoké. Ve věku 18-60 let je počítačově gramotných 27 % respondentů, zatímco v populaci starší 60 let jsou to pouhá 2 %, mezi 15-17letými je to 55 % (STEM/MARK, 2005). Na nutnost změny tohoto stavu upozorňuje i bod 8.5 Národního programu přípravy na stárnutí (MPSV, 2008a). Současný vývoj je však pozitivní a nabídky kurzů práce s počítači pro seniory jsou běžné v nabídce mnoha institucí, a to i těch, které se nezaměřují výhradně na služby seniorům. Existuje dokonce speciální počítačová sestava pro seniory, která zohledňuje jejich potřeby a tím jim usnadňuje používání nové technologie. Má zjednodušené ovládání a dostatečně velkou klávesnici a monitor, aby vše bylo přehledné a čitelné (Novinky.cz, 2008).

Následující citace z internetové diskuze o počítačových hrách dokládá význam výuky práce na počítači pro seniory: „*Taky jsem seniorka a bez počítače si už nedovedu život představit. Umožňuje mi vidět se s dětmi díky kameře, surfovat po internetu a tak získávat ,nové obzory'. Umožňuje mi hrát on-line hry (...). Díky těmto hrám, mám mnoho mladých přátel se kterými komunikuji: Mailem, ICQ, Skype, Messengerem! Děti mi kupují PC hry a bez problému si je instalují. Softwary a doplňky stahují a instalují taky sama. Jakékoliv kontroly, aktualizace či defragmentace mi nečiní potíže. A tak senioři by měli mít hlavně zájem, naučit se porozumět novým technologiím. Otevírají nám nová okna poznání a umožňují trochu držet krok s mladou generací. Mám 62 let a základní vzdělání*” (Freegame.cz, 2008).

Univerzita třetího věku

První Univerzita třetího věku (U3V) vznikla ve Francii roku 1973, kvůli mezigeneračnímu konfliktu na vysokých školách. Odtud se myšlenka U3V šířila do ostatních zemí Evropy. Na území bývalého Československa vznikla první instituce tohoto typu v roce 1986 při pobočce Červeného kříže v Olomouci. V následujícím roce vznikla další, tentokrát již v akademickém prostředí 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, a U3V na dalších vysokých školách brzy následovaly (UHK, 2007).

Dnes nabízejí studium U3V prakticky všechny univerzity v České republice. Univerzity třetího věku nabízejí občanům seniorského věku systematické odborné vzdělání na vysokoškolské úrovni. Je to nejobvyklejší forma vzdělávání seniorů v České republice i v zahraničí. Některé fakulty a univerzity organizují speciální kurzy pro seniory, na jiných se senioři aktivně účastní přednášek a seminářů spolu se studenty denního studia a mohou si tedy zvolit ze stejně široké škály předmětů jako ostatní posluchači. Studium U3V přináší seniorům nové poznatky, navazují zde nová přátelství, a to jak se svými vrstevníky tak s mladší generací. Dále jim studium umožňuje kvalitní a smysluplné prožívání volného času a pomáhá jim překonávat pocity osamělosti a nepotřebnosti (Vymětalová, 2008). Tím přispívá mimo jiné k velmi důležitému mezigeneračnímu setkávání, které by do budoucna mohlo být prevencí ageismu. Jestliže se mladí lidé běžně setkávají při studiu se starými, mohou je lépe poznat a udělat si vlastní představu o tom, jací senioři jsou. Domníváme se, že díky tomu nebudou dnešní mladí lidé podléhat negativním stereotypům o stáří, kterých se ve společnosti bohužel neustále vyskytuje velmi mnoho.

Díky studiu senioři mohou držet krok s moderní dobou a lépe se orientují v současném dění. Jednotlivé programy jsou organizovány formou semestrů, počet semestrů jednoho

programu není pevně dán a každá škola si ho stanovuje individuálně. Délka celého programu se pohybuje v rozmezí od jednoho do tří let. Univerzity organizují kluby U3V a kluby absolventů U3V, jak pro aktivní posluchače studia, tak pro absolventy. Členové se zde mohou pravidelně scházet, navrhovat aktivity a aktivně se podílet na jejich organizaci. Kromě aktivit spjatých se studiem je zde i mnoho dalších. Kluby pro své členy organizují kromě přednášek i různé společenské a kulturní akce, např. besedy, exkurze, výlety, výstavy a plesy a zájezdy. Kluby u absolventů plní socializační funkci i po dokončení studia (Vymětalová, 2008; ICV MZLU, 2009).

Podmínky k účasti na studiu se různí. Vstupním požadavkem bývá zpravidla důchodový věk, ovšem některé univerzity nabízejí účast na přednáškách už od 50 let, z většiny bývá vyžadováno středoškolské vzdělání. Kromě těchto podmínek je nutné zaplatit poplatek, který se liší podle programu, ale pohybuje se v řádu stokorun. Rozdíly v ceně jsou poměrně velké, např. na Univerzitě Karlově se poplatek pohybuje od 100 do 500 Kč za jeden semestr, na Technické univerzitě v Liberci je cena pro důchodce za jeden předmět za 1 semestr 900 Kč, pro nedůchodce 1800 Kč s tím, že studovat je zde možné od 50 let (UK, 2009; TUL, 2009).

Univerzity, které nabízejí vzdělávání pro seniory formou Univerzity třetího věku, v České republice sdružuje Asociace Univerzit Třetího Věku. Byla založena v roce 1993 kvůli koordinaci neustále se rozšiřující nabídky U3V. Jejím cílem je zajišťování kontaktů s partnerskými organizacemi na mezinárodní úrovni a informování členů o novinkách z oblasti U3V. Sdružující organizací Univerzit třetího věku v mezinárodním měřítku je Mezinárodní sdružení U3V – AIUTA, založené v roce 1997, se sídlem ve francouzském Toulouse (AUV, 2007; Vymětalová, 2008).

Kromě „prezenční“ formy studia, kdy posluchači osobně docházejí na přednášky, byla zavedena i virtuální výuka univerzity třetího věku. Jde o formu distančního vzdělávání, jejímž cílem je zpřístupnit vzdělávání také zájemcům, kteří se prezenčního studia nemohou zúčastnit. Zlepšuje se tak dosažitelnost studia například pro ty, kteří by museli dojíždět nebo zájemcům se zdravotními problémy (E-senior.cz, 2009).

Akademie třetího věku

Akademie třetího věku (A3V) jsou instituce podobné U3V. Vznikaly především v regionech, ve kterých není dostatečná nabídka kurzů ze strany vysokých škol. A3V jsou typicky organizovány v rámci institucí, které se zabývají službami pro seniory, případně

v rámci středních škol. Ve srovnání s Univerzitami třetího věku nabízejí obvykle jednodušší úroveň výkladu a zaměřují se na aktuální potřeby posluchačů (Šerák, 2009, s. 198).

Se zajímavým přístupem k Akademii třetího věku přišel Český Rozhlas. Rozhlasová akademie třetího věku zahájila svůj provoz v roce 1991 jako součást pořadu pro seniory. Od září 1997 jde o samostatný pořad. Díky rozhlasovému formátu jde o studium, které je snadno dostupné všem zájemcům. Akademie se věnuje široké škále témat: historickým, literárním, informačním cyklům o Evropské unii nebo o stárnutí a mnoha dalším. Kromě rozhlasového vysílání pořádá akademie setkání posluchačů, společné výlety a besedy. Tím přispívá nejen k edukaci seniorů, ale působí také jako významný socializační činitel (Francová, 2003).

Univerzity volného času a další

Významné jsou také Univerzity volného času, které poskytují vzdělání v různých oborech bez omezení na věk posluchačů. Typicky jsou vedené pod dalšími institucemi, jako jsou kulturní domy nebo knihovny (Šerák, 2009, s. 199). Mühlpachr (2004, s. 139) navíc uvádí lidové univerzity. Tyto univerzity navštěvují senioři spolu s mladými lidmi. V České republice jako lidová univerzita funguje Kulturní a vzdělávací centrum Městské knihovny v Praze, které je zaměřeno na všechny věkové kategorie. Vzhledem k široké nabídce a velmi příznivým cenám si zde jistě vyberou i senioři. Její nabídka zahrnuje nejen odborné přednášky a semináře s praktickým nácvikem dovedností, ale také Filmový klub, koncerty, jazykové kurzy, besedy a festivaly (MKP, 2008; MKP, 2006).

Kromě výše uvedených typů organizovaného vzdělávání seniorů existují ještě kluby aktivního stáří, kluby seniorů, kluby třetího věku, kluby dříve narozených a kluby důchodců. Jsou to dobrovolná sdružení seniorů, kteří chtějí trávit volný čas spolu. Tyto kluby se podobají Akademiím třetího věku s tím rozdílem, že jsou více postaveny na trvalejších osobních vztazích. Kladou větší důraz na sociální potřeby než na potřeby vzdělávací. Opět je zde na výběr velká škála aktivit od besed, přednášek a vycházek, po společenské hry a sportovní činnosti (Šerák, 2009, s. 199; Palán, 2003, s. 175; Mühlpachr, 2004, s. 139).

2.5.5 Aktivizační volnočasové aktivity

Protože jsou senioři z hlediska změn, které ve stáří probíhají, poměrně specifickou skupinou, odráží se to i v nabídce volnočasových aktivit center a domovů pro seniory. Jsou zde často zastoupeny volnočasové aktivity, které mají kromě rekreačních funkcí také funkci rehabilitační nebo terapeutickou. Ta nespočívá jen v terapii psychické, ale též ve vylepšení,

udržení nebo znovuobnovení smyslových a tělesných funkcí. Kromě toho, že lze trénovat motoriku a paměť, existují i různé techniky pro aktivaci pozornosti.

Mezi nejčastěji provozované rehabilitační volnočasové aktivity patří ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, taneční a pohybová terapie. Protože k těmto aktivitám nejsou potřeba žádné vstupní znalosti, jsou velmi vhodné právě pro seniory. Kromě těchto technik do této kapitoly zařazujeme také trénování paměti a jógu.

Arteterapie a muzikoterapie

Umělecká tvorba a prožívání umění jsou typické tím, že kladou na účastníky jen minimální nároky. Díky tomu jde o aktivitu, kterou lze vykonávat bez problémů až do pozdního věku, bez velké závislosti na psychické a fyzické kondici.

Jak napovídá název, arteterapie je léčba pomocí umění. Samotný pojem arteterapie bývá pojímán ze dvou mírně odlišných úhlů pohledu. Buď ji lze pojímat ze širšího hlediska, a to jako léčbu veškerým uměním. Bývá k ní řazena léčba hudbou, tancem, výtvarnými činnostmi, poezií, prózou, divadlem, mimikou, ale také přednáškami, besedami, kluby a prostředím. Většinové pojetí ji však chápe v druhém, užším, významu jako terapii, ve které se převážně používají výtvarné aktivity a techniky (Kořínková-Vindušková, 2001). V tomto významu ji budeme chápat i v této práci a budeme ji odlišovat od ostatních expresivních terapií jako je léčba pomocí hudby (*muzikoterapie*) a pomocí dramatu (*dramaterapie*).

Dalším dělením, které se týká uvedených druhů terapie pomocí umění, je dělení na individuální a skupinovou terapii. Podle postoje jedince k umělecké tvorbě a způsobu jeho zapojení lze terapii dělit na:

- **Aktivní (produktivní):** Jedinec sám je součástí tvorby, může např. zpívat nebo hrát na hudební nástroj, malovat nebo se pohybovat na hudbu.
- **Receptivní:** Jedinec je aktivním příjemcem, hudba nebo výtvarné dílo působí na jeho psychiku, sám se však tvorby neúčastní. Protože pro vnímání umění neexistuje žádné zdravotní, věkové ani znalostní omezení, je tento způsob terapie velmi vhodný pro seniory (Stehlíková, 2007, s. 40; Šicková-Fabricsi, 2002, s. 30).

Dále se budeme věnovat jednotlivým typům terapie.

Perout a Giboda (2009) definují arteterapii jako „léčbu psychiky prostřednictvím výtvarných aktivit, produktů výtvarné tvorby založené na prožitku, vnímání, sebereflexi,

jakéhosi „duševního autoportrétu““. Někteří autoři ji považují za součást psychoterapie, jindy je uváděna jako samostatný obor (ČAS, 2005). V praxi je arteterapie použita buď jako pomocná metoda doplňkové léčby, nebo jako rehabilitační metoda, resp. činnost, která má vyplnit volný čas. Takovému použití arteterapie se říká ergoterapie (Kořínková-Vindušková, 2001). Ergoterapii je v této práci věnována další část této kapitoly.

Význam skupinové arteterapie je ve zlepšení sociální interakce mezi participanty. U seniorů může výtvarná tvorba vzbudit touhu hovořit o prožitých událostech a otevřít se jejich sdílení s ostatními (Novotná, 2006, s. 28). Z individuálního hlediska arteterapie pomáhá trénovat krátkodobou paměť, zlepšovat jemnou motoriku a sebehodnocení. Pomáhá seniorům přizpůsobit se nové životní situaci, omezení fyzických možností a zdraví a tím se obecně přizpůsobit změnám, které jsou spojeny se stárnutím. Při výběru arteterapeutických metod v práci se seniory je třeba zohlednit věk klienta a jeho současný stav. Zvláště důležité je pro seniory posílení jejich důstojnosti a sebehodnocení. Je důležité podpořit jejich kreativitu a snažit se o maximální možnou míru aktivizace vitality a flexibility jedince (Šicková-Fabrice, 2002, s. 65,67).

S hudbou, zpěvem a tancem člověk přichází do styku téměř od svého narození a tak jsou pro něj přirozenou součástí života. Pro muzikoterapii existují různé definice, základem však vždy je cílené využití hudebních nebo rytmických prvků v terapii, s cílem udržet nebo obnovit sociální a kognitivní funkce člověka a zlepšit jeho fyzický stav (Amtmannová, et al., 2007, s. 8).

Přesto se však u dospělých často setkáváme se studem a uzavřeností, které brání spontánnímu projevu a spolupráci při terapii. Aby došlo k odbourání těchto bariér, je potřeba dobře vybrat aktivitu a vhodný hudební žánr, při výběru je důležité spolupracovat s klientem. Jako nejvhodnější postup se ukazuje spojení produktivní a perceptivní muzikoterapie a jejich vhodné prolínání (Amtmannová, et al., 2007, s. 37).

Hudba na člověka emocionálně působí, může mu připomenout některé zážitky. Skrze hudbu, zpěv i tanec můžeme vyjádřit své pocity a nálady, uvolnit se při těchto činnostech od negativních pocitů, napětí a stresu. Kromě toho má hudba a zpěv pozitivní vliv na lidské zdraví. Zpěv stimuluje logické myšlení, intuici a propojení pravé a levé mozkové hemisféry a činnost srdce (Amtmannová, et al., 2007, s. 17). Poslech hudby působí na člověka pozitivně tím, že podporuje uvolnění a relaxaci a také může směřovat člověka k celkově pozitivnímu naladění (Amtmannová, et al., 2007, s. 22).

Muzikoterapie i taneční terapie zlepšují koordinaci pohybů, procedurální a dlouhodobou paměť, zlepšují vztahy a atmosféru v terapeutické skupině a stimulují smyslové vnímání. Kromě těchto účinků, které lze velmi dobře použít u zdravých seniorů, může být hudba velmi důležitým prostředkem komunikace u seniorů s Alzheimerovou chorobou, u kterých verbální komunikace selhává. Kromě zpěvu a párového tance lze použít jako techniky např. relaxaci při hudbě, hudební hádanky a hru na tělo (Amtmannová, et al., 2007, s. 41).

Podle výzkumů má receptivní skupinová muzikoterapie pozitivní účinky na prožívání seniorů. „Z 4025 starých ľudí sa po vypočutí 105 nahrávk cítilo oveľa veselšie 31%, 32% sa znížilo napätie, 30% opýtaných sa upokojilo a 21% potvrdilo zníženie hladiny úzkosti. Negatívne ohlasy neboli“ (Amtmannová, et al., 2007, s. 42).

Jako velmi vhodná metoda se v praxi ukazuje spojení arteterapie a muzikoterapie (Amtmannová, et al., 2007, s. 20-21).

Ergoterapie

Název ergoterapie se skládá ze dvou řeckých slov: *ergon* znamená práce, *therapia* léčení. Ergoterapie je tedy léčba prací (Demosthenes, 2005). Česká asociace ergoterapeutů (2008) uvádí definici ergoterapie, jako „ profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení.“ Cílem terapie je podpora maximálního možného zapojení jedince do běžného života, zároveň se snaží plně respektovat jeho možnosti (ČAE, 2008).

Oblast působení ergoterapie je velmi široká, můžeme ji rozdělit na tři základní oblasti:

- ergoterapie zaměřená na výchovu a soběstačnost, která obsahuje nácvik všedních denních činností jako např. nácvik hygieny, oblékání, úprava lůžka, česání, chůze, vaření a další,
- cílená ergoterapie, zaměřená na individuální potřeby klienta, na postiženou oblast,
- ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění,
- kondiční ergoterapie – zájmová činnost, která se odvíjí od původních návyků a dovedností klientů (Demosthenes, 2005; MěÚ Tišnov, 2007; Kubínková, Křížová, 1997).

Dále můžeme ergoterapii rozdělit podle počtu účastníků na individuální či skupinovou.

V kondiční ergoterapii se využívá široká škála technik. Jsou to různé výtvarné techniky, muzikoterapie, trénink paměti, kondiční cvičení, práce s keramickou hlinou, malování na kameny a sklo, společenské hry, zpěv, práce s papírem, textilními materiály, vaření a pečení, zahradničení, péče o drobná zvířata a další techniky. Můžeme sem zahrnout i vycházky, návštěvy výstav, výlety, taneční zábavu. Kondiční ergoterapie přispívá k procvičování jemné motoriky a také k získání a udržení sociálních kontaktů (MěÚ Tišnov, 2007; DDB, 2005, s. 4; DSR, 2003, s. 11).

Ergoterapie pomáhá obnovovat a vylepšovat hrubou a jemnou motoriku, koordinaci, senzomotoriku, vnímání, výkonnost mozkových funkcí, vytrvalost a schopnost snášet zátěž, psychické, emocionální a sociální schopnosti (Demosthenes, 2005).

Trénování paměti

Kurzy trénování paměti jsou v České republice relativně novým a rychle se rozvíjejícím jevem. Je možné je najít v nabídce řady institucí po celé České republice a rozšiřují se z řad seniorské populace i na širší veřejnost.

„Paměť je schopnost ukládat, uchovávat a vybavovat si informace v mozku“ (IPSEN, 2008). Rozlišujeme typy paměti podle kódování na paměť pro představy, procedurální paměť a deklarativní paměť a druhy paměti podle trvalosti na senzorní paměť, krátkodobou paměť a dlouhodobou paměť (Hill, 2004, s. 124).

Lidský mozek je nejvíce rozvinutý okolo 25. roku, od té doby jeho kapacita neustále klesá. Nejprve pomalu, výraznější zhoršení obvykle zaznamenáváme mezi 50. a 60. rokem života. Již po 30. roce však může dělat problém soustředit se na více úkolů najednou a učení se nových věcí trvá déle. Předpokládá se, že po 60. roce má problémy s tzv. „věkem ovlivněným zhoršením paměti“ 50 % populace, po 70. roce dokonce 70 %. Tyto problémy se však, oproti běžnému očekávání, dají velmi efektivně ovlivňovat. Pokud nechceme, aby se naše paměť zhoršovala, musíme ji stejně jako svaly, neustále trénovat (IPSEN, 2008).

Trénování paměti je velmi důležité, protože moderní výzkumy ukazují, že je účinné jako prevence Alzheimerovy demence, dalších typů demence a kognitivních poruch. Trénováním paměti se vytváří tzv. rezervní mozková kapacita, která zajišťuje normální myšlení i přes případné postupující kognitivní onemocnění (TrenovaniPameti.cz, 2009b).

Existují různé techniky trénování paměti. U všech těchto technik platí, že čím zajímavější, neobvyklejší a absurdnější bude vytvořená mnemotechnická pomůcka, tím snáze si ji zapamatujeme. Zde uvádíme několik vybraných technik:

- **Technika LOCI:** Používá se na zapamatování položek, jak jdou za sebou. Položky umísťujeme v duchu na atraktivní neobvyklá místa v důvěrně známém prostředí (naš dům, byt, naše tělo) nebo jim přiřazujeme neobvyklé činnosti.
- **Technika akronyma a akrostika:** Akronymum je vytvořeno z počátečních písmen slov, která je třeba si zapamatovat. Akrostika jsou celé smysluplné věty, ve kterých jednotlivá slova začínají stejně jako slova.
- **Technika kategorizace:** Mozek si vytváří strukturu mezi informacemi, je vhodná na zapamatování velkého seznamu položek bez pevného pořadí. Pro zapamatování seznamu je důležité si vytvořit jednotlivé kategorie, do kterých zařadíme položky podle společných vlastností, znaků a funkcí.
- **Technika zapamatování si pomocí příběhu:** Slouží k zapamatování si informací v určitém pořadí, informace spolu nijak nesouvisí. Pokud jsou položky zakomponovány v příběhu, je snadnější si je vybavit.
- **Technika zapamatování čísel:** Sedmiciferné číslo je horní hranice, kterou je možné uložit do krátkodobé paměti. Delší čísla je snadnější si zapamatovat, pokud jsou rozdělena na menší celky, případně spojená s asociací a vizualizací, kterou vyvolávají. Pokud je čísel hodně, lze s pomocí asociací použít techniku příběhu.
- **Technika paměťových háček:** Pro zapamatování rozsáhlých obtížných seznamů informací. Jako háčky slouží konkrétní předměty, jejichž názvy se rýmují s čísly od jedné do deseti. Opět je použita asociace a vizualizace (ČRo, 2009; Geisselhart, Burkart, 2006, s. 61,62).

Kurzy probíhají ve skupinách, jsou vedeny zábavným způsobem. Kromě zmíněného praktického nácviku paměti mohou obsahovat i informace o typech paměti, důležitosti motivace k lepšímu zapamatování si informací, zdravého životního stylu a duševní hygieny. Lektoři používají metodu příjemného šoku, kdy účastníkům kurzu dokazují, že mají potřebný potenciál zapamatovat si i velké množství informací.

K dobrému zapamatování informací je potřeba nejen dobré zvládnutí mnemotechnických pomůcek, ale také umět se dobře koncentrovat. Kurzy proto zahrnují i cvičení, která jsou zaměřena na postřeh, koncentraci a kreativitu zúčastněných (Suchomelová, 2009).

V České republice byla v roce 1998 založena vzdělávací instituce Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging, která vzdělává trenéry paměti a pořádá kurzy pro veřejnost (TrenovaniPameti.cz, 2009a).

Trénování paměti je pro seniory velmi vhodné jednak pro usnadnění každodenních činností, ale také jim dodává potřebné sebevědomí a pocit nezávislosti.

Jóga

Jóga je nejen tělesným cvičením, je to komplexní systém, který zahrnuje celý životní styl jedince, jeho tělesnou, psychickou i duševní oblast. Jóga zahrnuje kromě fyzických a dechových cvičení i relaxační techniky. Ty podle Nešpora (1998) snižují stres, úzkosti a deprese.

Přínos jógy spočívá také v nácviku správného hlubokého dýchání, „pránajámy“, kterému západní společnost dlouhou dobu nepřikládala velký význam. Je dokázán pozitivní vliv pránajámy na centrální nervový systém, který ovlivňuje fungování celého organismu. Tím dochází k ovlivnění i na psychické úrovni, správné dýchání zklidňuje, zlepšuje sebeovládání, soustředění, zlepšuje se celková výkonnost a dochází k harmonizaci celé osobnosti (Durasová, et al., 1994, s. 13).

Jógu je nejlépe cvičit po ránu, před cvičením se doporučuje vlažná sprcha. Při cvičení je dobré dodržovat několik zásad:

- cvičit pouze, když se člověk cítí tělesně a duševně zdrav,
- nikdy necvičit přes práh bolesti, neprovádět cviky silově ani tahem,
- svaly se mají pouze protahovat, ne napínat,
- dýchat výhradně nosem,
- dodržovat relaxaci mezi jednotlivými cviky,
- cvičit na klidném místě s dostatkem čerstvého vzduchu (Durasová et al., 1994, s. 12; Hüttich, 2000, s. 57).

Jógové cvičení respektuje možnosti každého jedince, proto jsou velmi vhodná i pro seniory, kteří mají často omezené pohybové schopnosti.

2.6 Organizace poskytující volnočasové aktivity seniorů

Volnočasové aktivity získávají ve společnosti stále větší prestiž. Není proto divu, že stále roste počet společností, které se zaměřují právě na tyto aktivity. V této části uvádíme přehled

společností, které působí v Praze a zaměřují se specificky na seniory, spolu s přehledem služeb, které seniorům poskytují.

2.6.1 Život 90

Život 90 v rámci Akademie seniorů nabízí širokou paletu volnočasových kurzů. V nabídce si vyberou zájemci, kteří chtějí trénovat tělo i mozek: je zde velká nabídka jazykových kurzů a to v různých úrovních. Dále nabízejí kurzy různých rukodělných aktivit, jako je šití, arteterapie či keramika, tělesné aktivity ve formě zdravotního tělocviku, tai-chi a břišních tanců a jógy; dále kurz trénování paměti, kroužek šachistů a počítačové kurzy s několika úrovněmi výuky. Počítačové kurzy jsou doplněny internetovou kavárnou pro seniory.

Všechny tyto kurzy probíhají pravidelně jednou týdně, některé jsou v nabídce i vícekrát za týden. Kromě toho provozují Cestovatelský klub, kulturní klub, amatérské hudební skupiny jako smyčcové kvarteto či heligonkáři, různé reminiscenční pořady, např. hovory pod lampou či tvůrčí psaní, které probíhají jednou měsíčně či nepravidelně a nepravidelné akce jako jsou přednášky či výuka Nordic walking. Kurzy jsou finančně velmi přístupné, vedou je sympatičtí a erudovaní dobrovolní lektoři, většinou z řad seniorů. Život 90 ve svých materiálech uvádí, že týdně Akademii seniorů využívá 2242 klientů. Akademie seniorů se účastní projektu Socrates-Grundtvig a Travel Agents.

Příjemné prostředí kurzů doplňuje kavárna pro seniory, kterou senioři hojně využívají při čekání na kurz nebo po kurzu k posezení s kolegy. Je využívána i seniory, kteří kurzy nenavštěvují, ale hledají klidné místo pro setkání s přáteli. Výhodou kavárny jsou relativně nízké ceny, které dávají seniorům i v centru Prahy možnost levně se občerstvit. Ve svém sídle sdružení provozuje také bazar, v rámci kterého pořádá módní přehlídky pro seniory.

Život 90 provozuje bezplatnou 24hodinovou Krizovou linku pro seniory. V domě Portus se nachází informační a poradenské centrum, kam se mohou senioři i široká veřejnost obrátit s různými dotazy týkajícími se stárnutí a stáří. Je zde možné získat pomoc a radu z oblasti právní, sociální, finanční a bytové, psychologické a mezigenerační, psychosomatické a pastorační. Mimoto provozuje respitní a rehabilitační centrum, kde seniorům s vážným zdravotním stavem poskytuje možnost respitního pobytu a nabízí pečovatelskou službu. Nejen pro seniory vydává dvouměsíčník Generace (Život 90, 2009).

2.6.2 Nadační fond Elpida a Elpida plus, o.p.s.

Nadační fond Elpida byl založen 17. 6. 2002 společností Glaxo Smith Kline. V roce 2007 přecházejí dlouhodobé projekty pod Elpida plus, o.p.s. Společnost Elpida se věnuje několika okruhům týkajících se seniorů. Pořádá Školičku internetu pro seniory, pod kterou patří nejen veškerá práce s počítačem a internetem, ale také jazykové kurzy. Počítačové kurzy mají původní výukovou metodiku, jeden lektor se věnuje maximálně pěti seniorům současně. K dispozici je internetová kavárna.

Dalším projektem je Linka seniorů. Je to bezplatná linka důvěry pro seniory a jejich okolí. Kromě duševní podpory poskytuje také poradenství a informace z oblasti medicíny, práva, psychologie a sociální sféry. Poradenská služba je poskytována i při osobních konzultacích v počítačové, sociálně-právní a sociálně zdravotní poradně. Nabízeny jsou různé formy terapie. Společnost pořádá výstavy, kulturní a společenské akce, literární a arteterapeutické dílny, trénink paměti a relaxační kurzy pro seniory. Vydává časopis pro seniory Vital plus (GSK, 2009; Elpida, 2008).

2.6.3 Remedium

Občanské sdružení Remedium vzniklo v Praze v roce 1998. Jeho cílem je vytvářet prostor pro vzdělávání a nabízet podporu v psychosociální oblasti. Toto občanské sdružení se nezaměřuje výhradně na seniory, nicméně služby seniorům tvoří důležitou část jeho nabídky. Účast v programech určených seniorům je podmíněna důchodovým věkem. Nabídka zahrnuje mimo jiné pohybové, rehabilitační a vzdělávací programy. Sdružení pro seniory organizuje společenské a kulturní akce. Podobně jako v dalších organizacích jsou k dispozici kurzy práce na počítači a zároveň poskytuje svým klientům potřebné vybavení pro přístup k internetu a vyhledávání informací (Remedium, 2006).

2.6.4 Občanské sdružení Gema

Občanské sdružení Gema bylo založeno roku 1993. Náplní jeho hlavní činnosti je zdravotní prevence a podpora zdraví ve vyšším věku. Seniorům je zde k dispozici internetová kavárna, jsou zde organizovány taneční večery, společenské hry, vycházky, zájezdy a mnohé další společenské, sportovní či vzdělávací akce.

Na organizaci některých akcí spolupracuje s Gerontocentrem, některé pořádají sami senioři (Holmerová, Pavlatová, 2008). Díky tomuto sdružení se Česká republika zúčastnila projektu Stárnout zdravě v Evropě, občanské sdružení bylo nositelem projektu a zajišťovalo jeho koordinaci v rámci České republiky (Kovaříková, 2000; Jebavý, 2005).

2.6.5 Centrum celoživotního vzdělávání KC Vltavská

Centrum celoživotního vzdělávání Kulturního centra Vltavská pořádá v rámci Univerzity volného času přednáškové cykly. Studium je určeno pro širokou veřejnost bez rozdílu vzdělání a věku, lze navštěvovat i jednotlivé přednášky. Univerzita nabízí také kurzy trénování paměti (KC Vltavská, 2009).

2.6.6 Internetové portály pro seniory

Na internetu je k dispozici několik portálů, určených speciálně pro seniory, které nabízejí velké množství užitečných informací. Senioři zde mohou nalézt informace o vzdělávání, zájmových kurzech, novinky z oblasti kulturních akcí, nabídky na cestování, nápady na volnočasové aktivity, burzy práce, seznamky a blogy. Mohou zde prezentovat svoji tvorbu, mohou se zde seznamovat, najít si nové přátele a vyměňovat si životní zkušenosti. Portály obvykle nabízejí sekci s informacemi o zdraví, odkazy na důležité organizace a dopravní spojení a spoustu dalších praktických informací. Některé z portálů pro seniory jsou k dispozici na následujících adresách

- <http://www.senio.cz> – Nadace Senio,
- <http://www.vstupujte.cz/> – Informační server občanského sdružení REMEDIUM,
- <http://www.tretivek.cz/> – Třetí věk – portál nejen pro seniory,
- <http://www.seniorum.cz/> – Seniorium – portál Občanského sdružení Život 90.

3. Deprese

Deprese je závažné onemocnění mozku, které postihuje až desetinu populace. Projevuje se změnou myšlení, nálady, chování nebo tělesných funkcí organismu (Bouček, 2006; Praško, 1998, s. 39). Kryl (2001) definuje depresi jako „stav patologicky skleslé, smutné nálady“. Smutnou náladu mívá občas každý a tak je výraz „mám depresi“ mezi lidmi poměrně ustáleným rčením. V takovém případě je však výrazem pro nepatologickou náladu, kdy jde pouze o běžný, krátkodobý, smutek, který po chvíli opět vystřídá normální nálada i bez nutnosti odborné intervence. Právě délka trvání, intenzita a vliv depresivní nálady na výkon běžných činností spolu s pocity zbytečnosti jsou hlavní rozlišovací kritéria deprese od běžného smutku (Praško, 1998, s. 19; Kryl, 2001).

Na vzniku deprese se podle aktuálních teorií podílejí biologické a psychosociální faktory (Anders, Skopová, 2006, s. 11). Podle Boučka (Bouček, 2006) vzniká deprese na základě interakce stresu a genetických faktorů. Stresem a jeho prevencí se podrobněji zabýváme v kapitole 3.4.

3.1 Projevy deprese

V literatuře bývá deprese definována především pomocí souboru příznaků, kterými se projevuje. Jako hlavní projevy deprese jsou v literatuře uvedeny:

- porucha nálady: depresivní nálada je přítomna po většinu dne, minimálně po dobu dvou týdnů,
- spánkové problémy, může se jednat o nespavost i o neustálou potřebu spánku,
- problémy s koncentrací pozornosti, paměť a dalšími řídicími funkcemi, např. nerozhodnost nemocných,
- pokles energie, pocit vyčerpání,
- apatie a neschopnost radovat se,
- ztráta zájmů,
- sebevražedné myšlenky a chování,
- sebeobviňování, snížená sebedůvěra a sebeúcta,
- úzkost, strach,
- bolest,
- výraznější změny hmotnosti a chuti k jídlu,

- psychomotorický neklid nebo naopak zpomalení motorických projevů (Maršálek, 2005; Pidrman, 2003, s. 9; Praško, et al., 2003, s. 45-46; Křivohlavý, 2003, s. 20).

Na přítomnosti těchto projevů je založena také diagnostika deprese podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (Pidrman, 2003, s. 9).

I přes to, že tělesné příznaky obvykle nepatří mezi hlavní projevy deprese, je důležité na ně upozornit. Křivohlavý (2003, s. 19) mezi ně řadí:

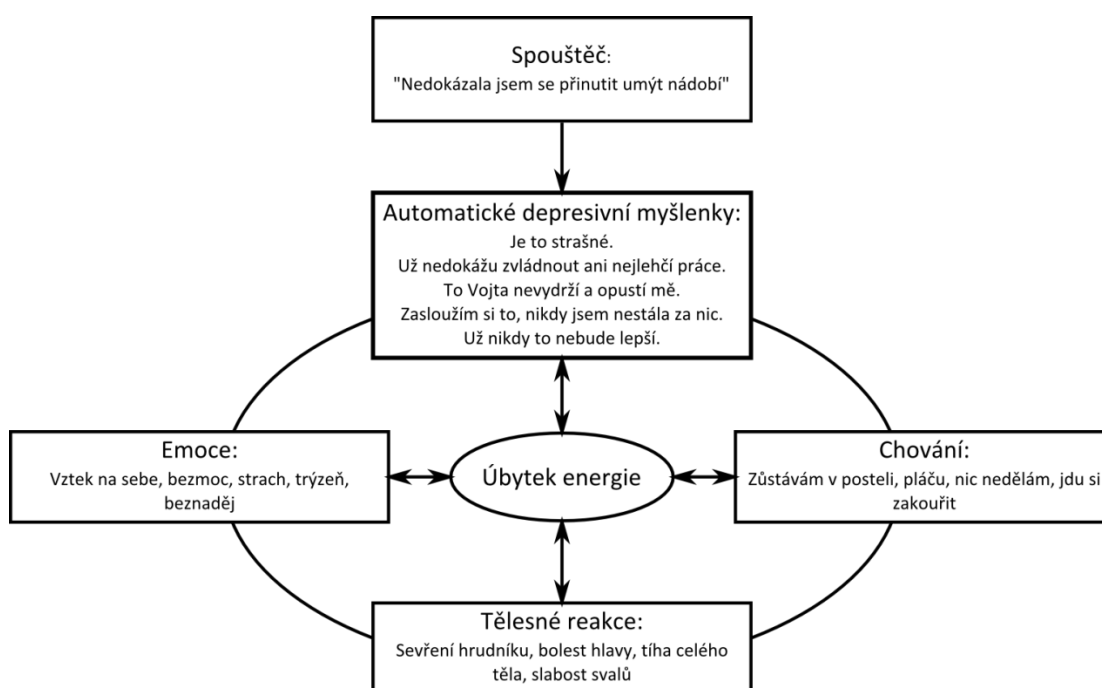
- „bolesti hlavy,
- bušení srdce,
- bolesti žaludku (pocity tlaku v žaludku, nadýmání, průjem, zácpa, atp.),
- časté nutkání k močení,
- narušená sexuální funkce (nezájem o sex, frigidita),
- svírání u srdce (bolesti v srdeční krajině),
- poruchy srdečního rytmu,
- pocity tlaku na prsou,
- svírání hrdla,
- celková slabost,
- ztráta životního elánu (chybí élan vital – energie k životu),
- sucho v ústech,
- pocity závratí atp.“ (Křivohlavý, 2003, s. 19).

U depresivního onemocnění dochází k morfológickým a funkčním změnám více oblastí mozku, což vysvětluje mnohopříznakovost tohoto onemocnění (Maršálek, 2005). Deprese je často spojena se stresem. Její působení se v mozku projevuje především snížením větvení a pomalejším růstem dendritů a snížením neuroplasticity. Tím klesá výkonnost sítě neuronů, deprese vede k jejich kratšímu přežívání, zhoršení jejich obnovy a větší senzitivitě na nepříznivé vnější vlivy (Maršálek, 2005).

Deprese se obvykle projevuje změnami v chování jedince. Jedinci s depresí bývají méně aktivní, nerozhodní, hůře se koncentrují a nejsou schopni vykonávat ani činnosti, které je dříve bavily. Obvyklé pro ně je chování, kdy se vyhýbají zpočátku cizím lidem, později i svým nejbližším přátelům a rodině. U svých blízkých a někdy i u lékaře mohou hledat pomoc a podporu, která je však bez dlouhodobých účinků. S tím, jak se projevy onemocnění stupňují, může docházet k sebevražedným pokusům (Praško, et al., 2003, s. 55-56).

Pro depresivní onemocnění je typické, že samotné jeho projevy vedou k dalšímu zhoršování psychického stavu jedince. Tento jev je označován jako „bludný kruh depresivního prožívání“. Jedinec se po prožití určité události („spouštěče“) dostane do uzavřeného kruhu, ve kterém samotné pomýšlení na činnost vzbuzuje obavy, že ji depresivní jedinec nezvládne. Ty pak prohlubují depresi a vedou k posílení depresivních tělesných projevů, které dále stimulují depresivní chování a posilují depresivní myšlenky. Míra deprese jedince se tak zvyšuje, resp. udržuje na stejné hladině. Na Obr. 2 je uveden příklad bludného kruhu deprese pro konkrétní případ ženy s depresí (Praško, et al., 2003, s. 57-58).

Obr. 2: Bludný kruh deprese



Zdroj: Praško, et al. (2003, s. 57)

3.2 Typologie deprese

Depresi je možné kategorizovat podle několika kritérií. Základem je dělení deprese podle příčiny:

- **Primární deprese:** Dochází k ní v důsledku malého počtu neurotransmiterů (např. serotonin, noradrenalin, dopamin) a změny citlivosti receptorů.
- **Sekundární deprese:** Její příčina je známá, je způsobena tělesnou chorobou, léky či drogami (Švestka, 2000, s. 2).

Podle mezinárodní klasifikace nemocí se pak depresivní epizody dělí podle toho, jak závažně je postižena schopnost jedince vykonávat každodenní aktivity:

- **Mírná:** Jedinec je schopen vykonávat běžné činnosti s lehkými obtížemi.
- **Středně těžká:** Každodenní činnosti jedinec vykonává jen s velkými obtížemi.
- **Těžká:** Jedinec nedokáže vykonávat každodenní aktivity, nebo jen v minimální míře; vždy se vyskytuje somatický syndrom.
- **Těžká, s psychotickými příznaky:** K předchozí se přidávají poruchy myšlení a vnímání. Jedinec trpí bludy a halucinacemi (Raboch, Laňková, 2008, s. 3).

Praško, et al. (2003, s. 30-45) uvádí následující členění depresivní poruchy:

- **Depresivní epizoda:** Může být opakovaná, je charakteristická depresivní náladou a myšlením, poklesem aktivity a fyzickými projevy. Objevují se poruchy pracovních činností, změny váhy, únavnost, poruchy koncentrace a spánku, myšlenky na smrt, neschopnost radovat se. Jejím spouštěčem může být stresující událost, depresivní epizoda však může vzniknout i bez zjevné příčiny. Je dvakrát častější u žen. Neléčená trvá 6-12 měsíců, poté sama odezní.
- **Rekurentní depresivní porucha:** Opakující se depresivní epizody, může být přítomna i hypomanie a zvýšená aktivita. Fáze obvykle trvají 3 až 12 měsíců. Může být spuštěna stresovou událostí. Opět je dvakrát častější u žen.
- **Dystymie:** Obvykle je spuštěna větším stresem, začíná pomalu, plíživě. Není tak závažná jako depresivní epizoda, příznaky však obvykle trvají roky. Nálada se pohybuje mezi mírnou depresí a poměrně normální náladou. Pacienti jsou obvykle schopni každodenních činností, mají problém se spánkem, trpí nedostatkem energie, neschopností radovat se a rezignují na vše příjemné. U některých pacientů se vyskytují i epizody velké depresivní poruchy, tzv. dvojitá deprese.
- **Bipolární (maniodepresivní) porucha:** Vyskytuje se asi u 10 % nemocných depresivní poruchou, není tedy příliš častá. Jak vyplývá z názvu, střídají se zde s různou frekvencí a v různých poměrech depresivní a manické fáze. Změny nálady bývají spíše postupné, ale mohou se vyskytnout i velmi rychlé. Manická fáze se vyznačuje menší potřebou spánku, nadnesenou náladou, lehkomyšlností, velkým množstvím energie, nerozvážností, vysokým nadhodnocením vlastních schopností, touhou vykonat spoustu věcí, které však obvykle zůstávají neukončené. Při nesouhlasu okolí se může projevit agresivně. Chování nemocného často působí problémy a ostudu. U depresivní fáze se projevují klasické příznaky deprese, protikladné k fázi manické (nedostatek energie, špatná

výkonnost, ospalost, pocit méněcennosti, depresivní nálada, ...). Mezi fázemi je jedinec bez příznaků.

- **Sezónní afektivní porucha, „zimní deprese“:** Projevuje se každoročně u některých jedinců během podzimu a zimy zvýšenou únavností a spavostí, depresivní náladou a nedostatkem energie. Častá je vyšší konzumace uhlohydrátů a tím přibírání na váze. Účinná je léčba fototerapií. S jarem obvykle problémy mizí
- **Reaktivní deprese, reaktivní poruchy nálady:** Jde o přímý následek akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu.
- **Úzkostně depresivní porucha:** Jak vyplývá z názvu, je kombinací úzkostné a depresivní poruchy. Pro samostatnou diagnózu jedné nebo obou poruch není dostatek příznaků. Právě kvůli málo výrazným příznakům obou poruch bývá onemocnění podceňováno.
- **Poporodní deprese:** Je velmi častá, vyskytuje se 3.-4. den po porodu u 50 % až 80 % žen.
- **Deprese v menopauze:** V tomto období se vyskytuje deprese u žen nejčastěji. Způsobují ji změny hormonální, spolu s psychickými a sociálními. Prevencí může být včasná hormonální substituce, léčba antidepressivy, důležitá je psychoterapie na vyrovnání se se změnami, opora partnera a okolí. Pomoci mohou také podpůrné ženské skupiny.
- **Larvovaná deprese:** Projevuje se tělesnými příznaky a porucha nálady je buď skrytá, nebo se projevuje jen nepatrně.
- **Deprese při tělesném onemocnění:** Deprese se může pojít s tělesným onemocněním, zvláště u starších lidí. Může být vyvolána některým léky, drogami a alkoholem. Může mít negativní vliv na průběh nemoci. Deprese se někdy vyskytuje např. s Parkinsonovou chorobou, autoimunitními chorobami nebo schemickou chorobou srdeční.
- **Deprese v pozdním věku:** Jde o deprese, které se vyskytují u starších osob, zejména ve spojení s další nemocí. Tomuto typu deprese je věnována speciální kapitola 3.5.

3.3 Léčba deprese

Léčba deprese závisí na typu onemocnění, jeho závažnosti, době trvání a současném výskytu dalších onemocnění. Standardně se k léčbě deprese používají antidepressiva spolu

s psychoterapií. Pouhé použití antidepresiv bez psychoterapie nemá takový účinek, protože je nutné pacienta naučit nové vzorce chování, aby nedocházelo k opětovnému návratu onemocnění. Kromě psychoterapie a farmakologické léčby se používá ještě terapie jasným světlem, která je vhodná zejména u sezonní deprese, elektrokonvulzivní léčba stimulace nervus vagus, repetitivní transkraniální stimulace a spánková deprivace (Raboch et al., 2004, s. 19).

3.3.1 Léčba antidepresivy

Dnes existuje více jak 40 druhů antidepresiv, která se liší svojí účinností, vedlejšími účinky, interakcemi s dalšími léky a cenovou dostupností. Dříve se antidepresiva předepisovala podle snášenlivosti a dřívější zkušenosti s farmakoterapií u nemocného. Dnes se při volbě antidepresiv zohledňuje právě zmíněná účinnost, bezpečnost z hlediska lékových interakcí a intoxikace (předávkování) a snášenlivost, kam patří reakce pacienta na lék, jako např. přibývání na váze, sexuální dysfunkce a četnost vysazení léku pacientem. Léky bývají pacienti vysazeny, protože se bez nich cítí lépe a vadí jim vedlejší účinky, důvodem bývá i obava ze závislosti na léku či doporučení lékaře. Důležitým faktorem při volbě antidepresiv je věk a pohlaví. Kromě toho, že ženy trpí specifickými formami deprese, je známo, že muži a ženy mívají v některých případech rozdílné množství a povahu vedlejších účinků a také bývá odlišná účinnost některých léků (Anders, Skopová, 2006 s. 30; Raboch, et al., 2004, s. 16-18).

Léčba pomocí antidepresiv probíhá obvykle ve třech fázích:

1. **Akutní léčba:** Trvá 6-9 měsíců a je zaměřena na přechodné odstranění symptomů.
2. **Pokračovací léčba:** Trvá 6-9 měsíců a jejím cílem je prevence návratu příznaků odstraněných v první fázi. Během této fáze pacient užívá léky v plné dávce, někdy v kombinaci s psychoterapií.
3. **Udržovací léčba:** Jejím cílem je odsunutí, resp. prevence návratu onemocnění (Anders, Skopová, 2006, s. 30).

3.3.2 Psychoterapie

Existuje mnoho druhů psychoterapie, které vycházejí z různých psychoterapeutických škol. Účinnost jednotlivých typů psychoterapie je jen velmi obtížně průkazná (Kryl, 2007, s. 42). Psychoterapie se dělí na podpůrné a specifické. Podpůrná se používá téměř ve všech případech, lékař díky naslouchání, vcítění se, podpoře a vysvětlování pomáhá pacientovi zorientovat se v tom, co se v něm při depresi odehrává. Specifická psychoterapie poskytuje

trénink dovedností, které se je třeba naučit jako prevenci opakování choroby, a také dává hlubší náhled na podstatu onemocnění. Nejvíce používanou psychoterapeutickou metodou depresí je kognitivně behaviorální terapie (KBT), která používá různé techniky ke změně negativního myšlení pacienta, jeho náhledu na budoucnost, na své schopnosti a okolí. Díky těmto naučeným technikám se pacient může postupně osvobodit z depresivního cyklu. Tím, že odstraní negativní myšlenky u něho nedochází k depresivní náladě, která by spouštěla depresivní chování, ze kterého by se opět dostavily depresivní myšlenky, a celý cyklus by se opakoval (Anders, Skopová, 2006, s. 28 - 29).

Kryl (2007, s. 42) navrhnul schéma postupu výběru nejvhodnějšího psychoterapeutického směru pro klienta. Toto schéma je uvedeno na Obr. 3.

Maršálek (2001, s. 66) tvrdí, že zatím nemáme dostatečné množství podkladů pro zhodnocení významu psychoterapie u dlouhodobé léčby deprese. Uvádí, že ze dvou studií srovnávajících psychoterapii s farmakoterapií a s kombinací psychoterapie a farmakoterapie vyplývá, že účinnost psychoterapie v prevenci relapsů byla menší než účinnost farmakoterapie. Psychoterapeutický význam u léčby deprese je hodnocen pozitivně zejména „u mírných forem onemocnění a základem profylaxe je farmakoterapie, přesto má význam v kombinaci s dlouhodobou farmakoterapií. Dlouhodobá psychoterapie pomáhá ke zlepšení spolupráce s nemocným, která je základem jakékoliv úspěšné léčby“ (Maršálek, 2001, s. 66).

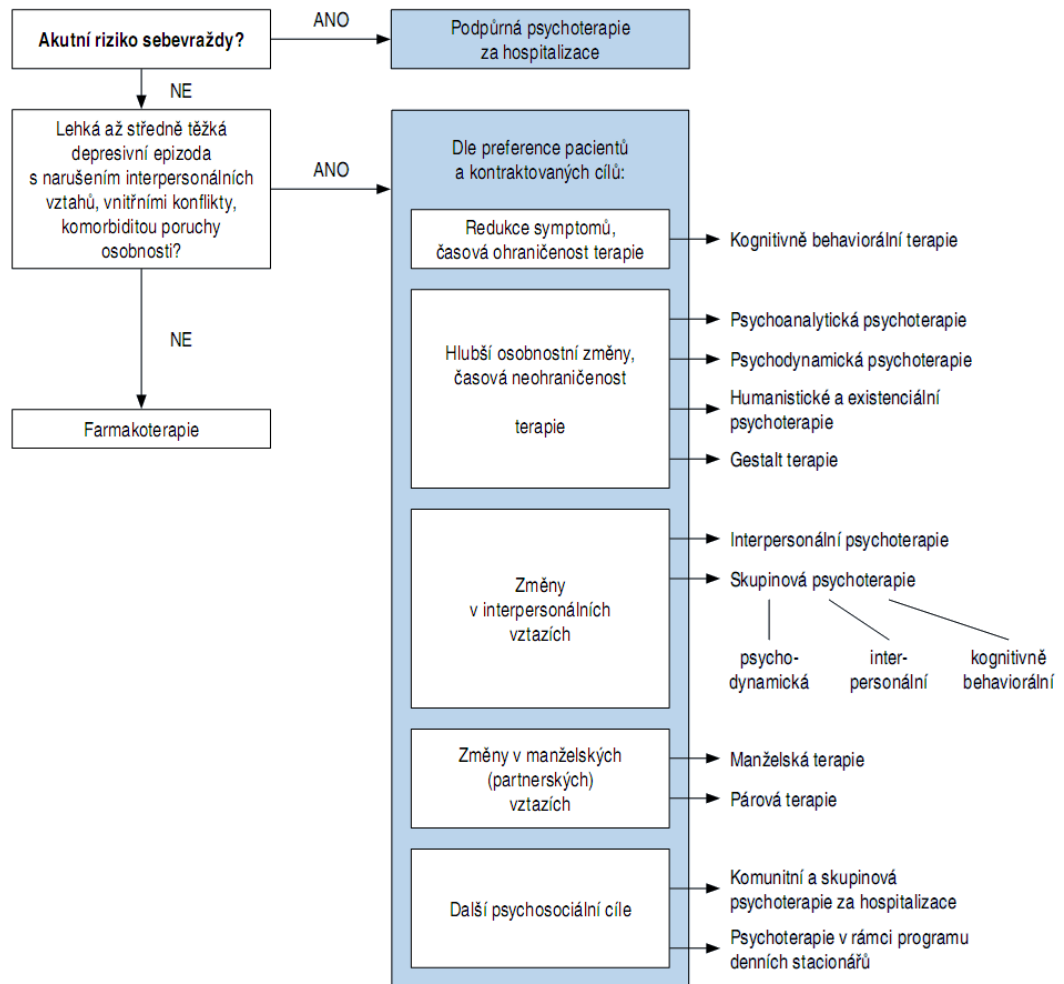
3.4 Stres

V současném světě je člověk vystaven mnoha psychosociálním změnám a tlakům. Adaptační mechanismy, které původně sloužily k odvracení bezprostředního nebezpečí, však nejsou na takovéto změny připraveny. Proto se organizmus adaptuje na nové podmínky „mobilizací rezerv, aktivací emocí a vzorců chování v závislosti na situaci a individuální predispozici. Využívají mechanismů, které Hans Selye (1907–1982) souhrnně označil pojmem „stres““ (Kryl, 2004). Nakonečný definuje stres jako „tělesné, resp. duševní přetížení, které, pokud je prožíváno negativně, se označuje jako distres a pokud je spojeno s pozitivními emocemi jako eustres“ (Nakonečný, 2003, s. 343).

Na každého jedince stres působí jinak a různí jedinci používají různé strategie zvládnání stresu (coping). Stres může být buď vnější situace, nebo vnitřní subjektivní stav, který je touto situací vyvolaný. Kromě vnitřní a vnější situace rozeznáváme ještě stresory, což jsou činitelé, které stresovou zátěž vyvolávají. Podobně jako v případě stresu rozeznáváme vnitřní a vnější

stresory (Nakonečný, 2003, s. 342-343). Stresorem tak může být například určitá životní událost, jako je úmrtí partnera, válka, nebo bolestná vzpomínka.

Obr. 3: Schéma postupu psychoterapie u depresivní poruchy



Zdroj: Kryl (2007)

Kromě stresorů rozeznáváme i pozitivní životní faktory: salutory. Jsou to faktory, které člověka posilují v těžké životní situaci, mají povzbuzující účinek a dodávají odvalu ke zvládnutí stresoru. Můžeme sem zařadit např. smysluplnost vykonávané činnosti či pochvalu (Křivohlavý, 2001, s. 170).

Účinky stresu lze sledovat na biologické úrovni, např. zvýšený krevní tlak, zrychlený srdeční tep, pocení, a na psychosociální úrovni, kde se projevuje jako stav napětí (Hüttich, 2000, s. 7).

3.4.1 Teorie a výzkum stresu

Existuje mnoho teorií zabývajících se stresem. Mezi důležité badatele zabývající se vlivem stresu na organismus patří Ivan Petrovič Pavlov. Ve svých experimentech vystavoval psy stresovým situacím a zkoumal jejich chování a reakce jejich organismu. Studiu reakcí zvířat na stres se věnoval také Walter Cannon, který zavedl poplachovou teorii emocí. Na jeho práci navázal Hans Selye s teorií obecného adaptačního syndromu (Křivohlavý, 2001, s. 166-169).

T. H. Holmes a R. H. Rahe jsou autory teorie životních událostí. Tito autoři provedli rozsáhlé dotazníkové šetření, na jehož základě přidělili zásadním životním událostem body. Jestliže jedinec překročí během posledního roku hranici 250 bodů, existuje podle této teorie velké riziko vzniku psychické nebo somatické poruchy (Kryl, 2004). Kritika této teorie spočívá v jejím příliš obecném pojetí. Někdo může jednu situaci vnímat jako velmi stresující, zatímco další člověk jí nebude připisovat žádnou důležitost. Někdo může situaci prožívat jako velmi negativní, jiný ji bude brát pozitivně a prožívat ji jako šťastný okamžik (Křivohlavý, 2001).

Tab. 3: Stresující životní události a jejich bodové ohodnocení

Stresující životní události a body		
1.	Úmrtí životního partnera	100
2.	Rozvod	73
3.	Rozchod s manželským partnerem	65
4.	Uvěznění	63
5.	Úmrtí člena rodiny	63
6.	Vážný úraz nebo onemocnění	53
7.	Sňatek	50
8.	Propuštění ze zaměstnání	47
9.	Usmíření s partnerem nebo partnerkou	45
10.	Odchod do důchodu	45
11.	Závažná změna zdravotního stavu člena rodiny	44
12.	Těhotenství	40
13.	Sexuální obtíže	39
14.	Nový člen v rodině-dítě, přistěhování starého příbuzného	39
15.	Závažné změny v zaměstnání	39
16.	Větší změny finančního stavu (zlepšení i zhoršení)	38
17.	Úmrtí blízkého přítele	37
18.	Přechod na jinou práci	38
19.	Závažné neshody s partnerem	35
20.	Větší půjčka (na dům, byt aj.)	31
21.	Vypovězení půjčky	30
22.	Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
23.	Odchod dcery nebo syna z domu	29

24.	Problémy s tchyní nebo tchánem	28
25.	Významný osobní úspěch	26
26.	Manžel nebo manželka začala nebo přestala chodit do zaměstnání	26
27.	Začátek nebo ukončení školy	26
28.	Větší změna životních podmínek (adaptace nebo zhoršení bydlení, výstavba domu)	25

Zdroj: Irmíš (1996), Vodáčková, et al., (2007).

Pokud porovnáme, co bylo řečeno v předchozích kapitolách o změnách ve stáří, s touto tabulkou, zjistíme, že starý člověk je nejvíce ohrožen pěti položkami z první poloviny tabulky. Je to úmrtí partnera, úmrtí člena rodiny, vážné onemocnění, odchod do důchodu a závažná změna zdravotního stavu člena rodiny. Z druhé části tabulky se pravděpodobně budou starého člověka týkat tyto situace: větší změna finančního stavu – pravděpodobně nižší příjem, protože odchod do důchodu, který je se stářím spojován, znamená značné snížení příjmu (pokud jedinec neoddlá odchod do důchodu nebo si nenajde přivýdělek), úmrtí blízkého přítele, manžel nebo manželka přestal chodit do zaměstnání a větší změna životních podmínek.

Tennant, Bebbington a Hurry provedli longitudinální studii s 82 neurotickými pacienty a 228 zdravými jedinci. V té zkoumali, zda poruše předcházela nějaká negativní životní událost a dále zkoumali přítomnost a vliv pozitivních životních událostí na průběh a vyústění poruchy. Hodnocení pozitivních událostí bylo subjektivní. Bylo zjištěno, že u osob, u kterých došlo během sledování k remisi, byla pozitivní životní událost přítomna ve 23 % případů, zatímco u jedinců, u kterých k vylepšení nedošlo, a u zdravých jedinců byla přítomna pouze v 7 % případů. Z výsledků studie vyplývá, že pozitivní životní události mohou neutralizovat účinky negativních životních událostí a přispívají ke zlepšení zdravotního stavu i přes možnost přítomnosti negativní životní události před začátkem studie (Herman, Doubek, 2008, s. 36-37).

3.4.2 Odbourávání stresu

Působení stresu v našem životě můžeme velkou měrou ovlivňovat. Techniky uvedené v následujícím seznamu jsou doporučené preventivní postupy pro zvládnání stresu:

- zvyšování tělesného vědomí: rozpoznání tělesných pocitů, napětí,
- relaxační techniky: progresivní svalová relaxace, autogenní trénink, jóga,
- autohypnóza,
- krátké kombinované techniky: tělesné protažení, po kterém následuje uvolnění, práce s dechem, s myšlenkami a výroky (affirmations),

- poslech nahrávky vlastního hlasu s pozitivními či uklidňujícími výroky či mantrami,
- racionálně emoční postupy: vyvracení iracionálních přesvědčení, nácvik asertivní komunikace, tvorba scénáře vlastní změny (Kryl, 2004).

Kromě těchto technik má preventivní význam správná životospráva, a to jak konzumace kvalitních potravin, tak dostatek fyzické aktivity. Důležitá je také prevence pracovního stresu a burn-out syndromu, zvláště u profesí, které jsou náročné na kontakt s lidmi (Kryl, 2004). Velmi důležitou složkou boje se stresem je sociální opora od lidí, kteří jsou pro jedince důležití. Zvláště roli zde hraje podpora rodiny, přátel, nejbližších spolupracovníků, ale podobnou účinnost mohou mít i různé tzv. „self-help-groups“, např. spolek anonymních alkoholiků, lidí s podobnou diagnózou a další obdobné skupiny, které se pravidelně scházejí a sdílejí své problémy a zkušenosti (Křivohlavý, 1994).

3.5 Deprese seniorů

Deprese ve stáří je onemocnění, které výrazně zhoršuje kvalitu života a soběstačnost seniorů. Je často skrytá za somatickými problémy, na které si seniori stěžují daleko více než na poruchy nálady, které téměř nezmiňují (Holmerová, et al., 2007, s. 93,109; Drástová, Krombholz, 2006).

Deprese je spolu s dalšími duševními onemocněními vyššího věku velmi poddiagnostikovaná (Holmerová, et al., 2007, s. 97). Oproti ostatním psychiatrickým onemocněním seniorů se však dá dobře léčit. Protože má negativní vliv na život jednotlivce i negativní dopad na socioekonomickou situaci společnosti, je důležité její prevenci, diagnostice a léčbě věnovat náležitou pozornost. To může „snížit celkovou morbiditu a mortalitu, významně zlepšit kvalitu života i soběstačnost seniorů a také kvalitu života jejich rodinných příslušníků a přispět k udržitelnosti zdravotnických i sociálních systémů v Evropě“ (Holmerová, et al., 2007, s. 98).

3.5.1 Epidemiologie deprese seniorů

Podle Holmerové, et al. (2007, s. 101), je v literatuře uváděn výskyt plně vyjádřené deprese u 1-10 % seniorů. Bereme-li ovšem v potaz také subsyndromální depresi, tj. takovou, která nenaplnuje všechna kritéria MKN-10, je výskyt podstatně vyšší. Typicky bývají uváděny hodnoty mezi 10-40 %. Tyto hodnoty jsou uvedeny pro celkovou populaci, vyskytují se ale výrazné rozdíly mezi seniory žijícími v institucích a seniory, kteří žijí v domácím prostředí.

Podle průzkumu, který provedla Holmerová, et al. (2006) mezi seniory žijícími v domovech důchodců, trpělo 15 % seniorů těžkou depresí a 40 % mírnou depresí, měřeno pomocí GDS. Dalších 11 % jedinců odpovídalo normě, byli však léčeni antidepresivy. Podobný průzkum mezi seniory žijícími v domácím prostředí provedla Kubešová, et al. (2008). Podle tohoto výzkumu trpí lehkou nebo těžkou formou deprese 18,6 % seniorů. Podle Kubešové, et al. (2008) lze v blízké době očekávat podstatné zvýšení těchto hodnot.

3.5.2 Etiologie deprese seniorů

Deprese ve stáří vzniká z různých příčin, které se mohou kombinovat. Někteří senioři trpěli depresí již v mladším věku a přetrvává u nich do stáří. U jedinců, kteří byli dříve neurotičtí, se stářím jejich porucha nálady může zhoršit a tím naplnit kritéria deprese. Kromě toho ve stáří vzniká deprese na základě organického postižení centrální nervové soustavy (CNS) a dalších somatických nemocí. Zvyšuje se také počet reaktivních depresí (Drástová, et al., 2006).

V literatuře jsou uváděny tyto rizikové a predisponující faktory vzniku deprese ve vyšším věku:

- rozvod, ztráta partnera,
- organické postižení CNS,
- ženské pohlaví,
- pozitivní psychiatrická anamnéza,
- tělesné onemocnění, zvláště chronické,
- nadměrné užívání léků a alkoholu,
- bolest a imobilita,
- očekávaný konec života,
- sociální izolace (ne pouze osamělé bydlení),
- negativní životní události,
- kouření,
- vyšší věk (neplatí u institucionalizovaných seniorů),
- celková inaktivita (Pidrman, 2003; Drástová, Krombholz, 2006; Holmerová, et al., 2007, s. 105).

Holmerová, et al. (2007, s. 105) uvádí, že u seniorů nad 75 let ženského pohlaví již nepatří mezi rizikové faktory.

Pro seniory starší 80 let bylo zjištěno jako rizikový faktor bydliště daleko od příbuzných a horší socioekonomická situace. Kromě těchto faktorů mnohé studie uvádějí ještě dysabilitu a nesoběstačnost. Dysabilita a nesoběstačnost jsou kromě rizikových faktorů naopak i častým důsledkem deprese ve stáří. Podobný princip, jako je u závislosti deprese a nesoběstačnosti, je možné popsat i ve vztahu deprese a některých onemocnění. Deprese může být rizikovým faktorem vzniku některých chorob a zároveň může být i jejich důsledkem. Platí to např. o infarktu myokardu, demenci a dalších (Holmerová, et al., 2007, s. 105,108).

3.5.3 Diagnostika deprese seniorů

Diagnóza deprese u seniorů bývá často podceňována, protože senioři sami se často zaměřují především na své tělesné potíže a depresivní symptomy nevyjadřují tak často jako mladší lidé. Obtížnost diagnózy může spočívat také v tom, že lékaři a sociální pracovníci při práci se seniory cíleně pátrají po tělesných onemocněních, zatímco duševní změny přehlížejí nebo berou jako nedůležité (Pidrman, 2003, s. 15-16).

„I neúplně vyjádřené deprese, nespĺňující kritéria pro diagnózu dle MKN-10, mají zásadní dopad na funkční stav a mortalitu seniorů“. To dokládají i výsledky výzkumu provedeného mezi seniory s nondysforickou depresí (senioři s depresivními symptomy, bez smutné nálady), které prokázaly, že tito senioři jsou daleko více ohroženi zhoršením samostatnosti v denních a instrumentálních aktivitách, kognitivním poškozením a vyšší mortalitou než senioři bez deprese (Holmerová, et al., 2007, s. 108-109).

Diagnostika deprese ve vyšším věku je komplikována faktem, že mnohé symptomy, které jsou typické pro deprese, se překrývají se symptomy tělesných onemocnění nebo jsou typické pro změny ve stáří (viz kapitola 1.3). Proto bývají často mylně dávány do souvislosti s tělesným onemocněním nebo těmito změnami, místo aby byly považovány za příznaky deprese. Pidrman (2003, s. 12) mezi tyto společné symptomy řadí poruchy spánku, nechutenství, úbytek hmotnosti, strach, bolest, ztrátu výkonnosti a fyzická omezení. Kromě toho může docházet k překrytí symptomů demence¹ a deprese, jejichž diferenciální diagnóza bývá obtížná. Pomůcka pro rozlišení těchto dvou chorob je uvedena v Tab. 4. Jako diagnostické nástroje pro depresi ve stáří se proto používají Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS) (viz Příloha 1) a Cornell Scale for Depression in Dementia u jedinců

¹ „Demence představují heterogenní skupinu chorob, které jsou charakterizovány globální poruchou intelektových schopností jedince se současnou deteriorací několika kognitivních funkcí (paměť, řeč, abstraktní myšlení, soudnost, i další vyšší korové funkce). Jsou přítomny změny osobnosti, afektivity a chování“ (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 239).

s kognitivním deficitem. Ty jsou upraveny tak, aby lépe postihovaly prožívání deprese seniorů. GDS měla původně 30 otázek, dnes se však nejčastěji používá verze s 15 otázkami. Podle GDS jsou senioři, kteří na škále získali 0-5 bodů, bez deprese. Hodnoty 6-10 bodů klasifikuje jako mírnou depresi, či spíše s možností depresivní poruchy a 11 a více bodů je hodnoceno jako těžká deprese (je téměř jisté, že se jedná o depresi). Existuje i varianta GDS s 5 otázkami, u které stačí pro diagnózu deprese u jedince 2 „depresivní“ odpovědi (Holmerová, et al., 2007, s. 109-111).

Typickými příznaky deprese ve stáří, které nejsou tak časté u jiných věkových kategorií, jsou: snížení počtu stížností na smutek jako takový, převažující somatické stesky a hypochondrické prožitky, stížnosti na paměť, výraznější anxieta, apatie a snížená motivační úroveň (Pidrman, 2003, s. 12). Častou formou deprese ve stáří je deprese s apaticko-abulickými rysy, která se projevuje především ztrátou zájmu o sebe a své okolí, zanedbáváním svého zevnějšku, domácnosti a potřeb, včetně hygieny a výživy (Holmerová, et al., 2007, s. 114).

3.5.4 Terapie deprese seniorů

U farmakoterapie deprese u seniorů je zvláště důležité při výběru dát přednost lékům, které mají jednoduché dávkování a co nejméně lékových interakcí a nežádoucích účinků. Tím snížíme riziko komplikací, které je u seniorů velmi vysoké, protože mnohdy užívají velké množství léků. Jako vhodná terapie se i u seniorů doporučuje KBT a dostatek fyzické aktivity (Holmerová, et al., 2007, s. 116-117).

Tab. 4: Diferenciální diagnóza deprese a demence

	Svědčí pro depresi	Svědčí pro demenci
Anamnéza	Deprese u příbuzných 1. st. Relativně náhlý začátek, trvání pod 6 měsíců Trvající patická nálada	Demence u příbuzných 1. st. Plíživý začátek, trvání delší než 6 měsíců Plochá, proměnlivá nálada
Chování	Výkon horší ráno Odpovědi typu „nevím“, nesnaží se, zdůrazňuje poruchy Bludné představy: vina, nemoc	Výkon horší večer Odpovědi typu „těsně vedle“, snaží se, ale chybuje, bagatelizuje poruchy Bludné představy: okrádání, cizí lidé v bytě
Neuro-psychologické testy	Zpomalené myšlení Omezená pohotovost ke komunikaci Vizuálně-konstrukční a praktické schopnosti neporušeny.	Ztížené řešení problémů Ztížené vyjadřování, pojmenovávání, snížená plynulost řeči Porucha vizuálně-konstrukčních schopností Apraxie
Dexamethason supresní test	Bez suprese	Normální odpověď
Zkušební podání antidepresiva	Zlepšení stavu	Stav beze změny

Zdroj: Holmerová, et al. (2007, s. 115)

4. Výzkumná sonda ve volnočasových centrech

4.1 Cíle výzkumu

Cílem našeho výzkumu bylo zmapovat, jak tráví svůj volný čas senioři, kteří docházejí do volnočasových center. Dalším cílem práce bylo zjistit vztah těchto volnočasových aktivit a dalších faktorů a míry depresivity u seniorů, kteří se volnočasových aktivit účastní.

4.2 Metodologie výzkumu

Při výzkumné sondě byla použita kvantitativní metoda dotazníkového šetření. Dotazník (viz Příloha 2) obsahuje uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky. Skládá se z otázek pokrývajících demografické údaje o respondentech. Dále obsahuje otázky zaměřené na trávení volného času, část těchto otázek byla zaměřena speciálně na kurz, na kterém respondenti dotazník vyplňovali. Třetí část dotazníku je zaměřena na spokojenost respondenta a skládá se z otázek 15stupňové geriatrické škály deprese (viz Příloha 1) a otázek týkajících se zdravotního stavu respondenta. Otázky č. 5, 8, 12 a 13 byly převzaty z diplomové práce Číkové (2008). Dotazníky byly zpracovány pomocí statistických metod, hypotézy byly vyhodnocovány především vyloučením hypotézy o nezávislosti jevů pomocí χ^2 -testu.

Průzkumy byly provedeny v období května a června 2009 v Jógacentru Blanická a Velehradská a na kurzech organizovaných sdružením Život 90. Dotazníky byly rozdávány přímo během jednotlivých kurzů. Dotazníky byly rozdávány na kurzech jógy a na jazykových kurzech. Tyto kurzy byly zvoleny kvůli vyššímu počtu účastníků. Dalším důvodem volby bylo, že jsme chtěli porovnat, zda se liší poměr depresivních seniorů na kurzech trénujících převážně kognitivní funkce (jazykové kurzy) s kurzy zaměřenými na fyzickou aktivitu a relaxaci (jóga). Protože práce je zaměřena na seniory, byl jediným omezujícím kritériem při výběru respondentů jejich minimální věk 60 let. Tuto věkovou hranici jsme zvolili na základě věkových kategorií WHO (Holmerová, et al., 2003 str. 16), viz také kapitola 1.1.

Dotazníky jsem rozdávala sama, někteří senioři je vyplňovali na místě, někteří si je brali na vyplnění domů a vyplněné je odevzdávali na dalším kurzu. Vzhledem k relativně nízkému počtu návštěvníků těchto kurzů byly dotazníky rozdávány všem účastníkům, kteří splňovali věkovou hranici. Vyplnění dotazníku typicky trvalo do 20 minut. Z 250 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 185, z toho 40 bylo při zpracování vyřazeno kvůli špatně vyplněné geriatrické

škále deprese, celkem tedy bylo pro statistické zpracování použito 145 dotazníků. Většina seniorů se zúčastnila ochotně, pouze 21 seniorů se odmítlo dotazníkového šetření zúčastnit.

4.3 Stanovení hypotéz

Na základě informací uvedených v teoretické části jsme stanovili následující hypotézy, které budeme ověřovat pomocí dotazníkového šetření.

1. Senioři navštěvující jazykové kurzy nebo kurzy jógy mají menší míru depresivity, než je výskyt mezi všemi seniory žijícími v domácím prostředí.
2. Senioři, kteří navštěvují kurz jógy, mají menší míru depresivity než senioři, kteří navštěvují jazykové kurzy.
3. Aktivita seniorů souvisí s mírou depresivity. Senioři, kteří se kromě návštěvy kurzů věnují práci, mají nižší míru depresivity.
4. Věřící senioři mají menší míru depresivity než nevěřící.
5. Senioři, kteří jsou v manželském stavu, mají menší míru depresivity než senioři, kteří jsou rozvedení nebo ovdovělí.
6. Senioři, kteří bydlí sami mají větší míru depresivity než senioři, kteří bydlí s partnerem nebo s rodinou.
7. Senioři, kteří tráví většinu volného času sami, mají větší míru depresivity.
8. Vliv na depresivitu seniorů má jejich zdravotní stav. Senioři bez závažných zdravotních problémů mají nižší míru depresivity než senioři se závažnými zdravotními problémy.
9. Senioři, kteří bydlí s partnerem také s partnerem tráví většinu volného času.
10. Senioři, kteří si na kurzu našli nové přátele, jsou méně depresivní než senioři, kteří je na kurzu nenašli.
11. Kurzy jsou pro respondenty přínosné a jsou díky nim spokojenější.

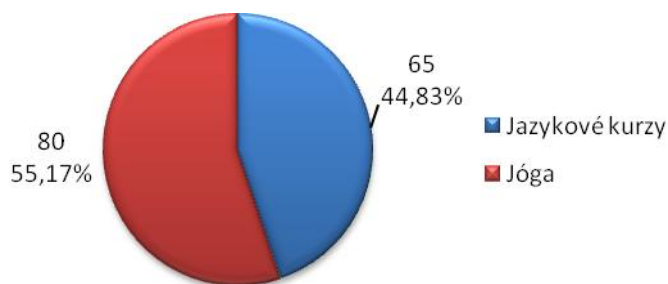
4.4 Analýza získaných dat

4.4.1 Popis souboru respondentů

Dotazníky probíhaly na jazykových kurzech a na kurzech jógy. Rozdělení respondentů podle toho, na jakém kurzu dotazník vyplňovali, je uvedeno v grafu na Obr. 4. Graf obsahuje kromě grafického znázornění také celkový počet respondentů a jejich poměr v procentech. Stejný způsob zápisu je použit také u ostatních grafů v této části textu.

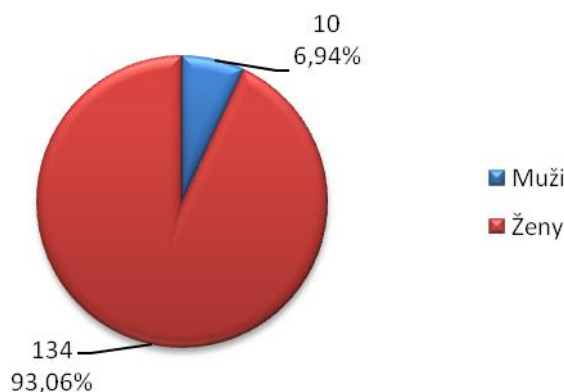
Výstupem dotazníkového šetření byla sada dotazníků. Výzkumu se zúčastnilo 10 mužů a 135 žen z celkového počtu 145 respondentů. Rozdělení podle pohlaví je zachyceno na grafu na Obr. 5.

Obr. 4: Rozdělení respondentů podle kurzu, na kterém vyplňovali dotazník



Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2009

Obr. 5: Respondenti podle pohlaví



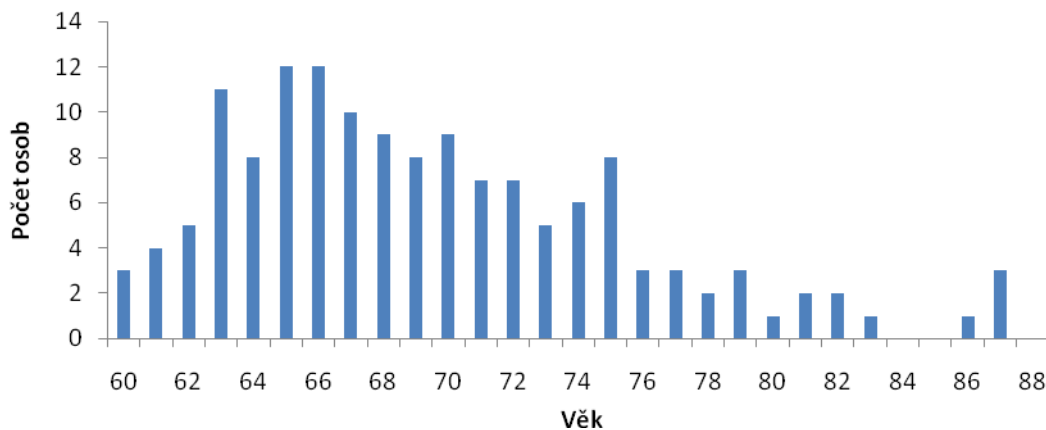
Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2009

Hlavním požadavkem na respondenty byl dosažený věk 60 let. Průměrný věk respondentů v souboru byl 69,47 roku, směrodatná odchylka je 4,85 roku. Nejnižší věk respondentů byl 60 let, což odpovídá minimální věkové hranici pro účast v dotazníkovém šetření. Nejstaršímu respondentovi bylo 87 let. Věková struktura respondentů po jednotlivých rocích je zachycena na Obr. 6.

Pokud jde o vzdělání, nejčastějším typem nejvyššího dosaženého vzdělání bylo středoškolské vzdělání zakončené maturitou, kterého dosáhlo 53,47 % respondentů, 6,94 % respondentů získalo středoškolské vzdělání bez maturity. Velmi časté bylo také vysokoškolské vzdělání, kterého dosáhlo 37,50 % respondentů. Zbývající 2,08 % respondentů

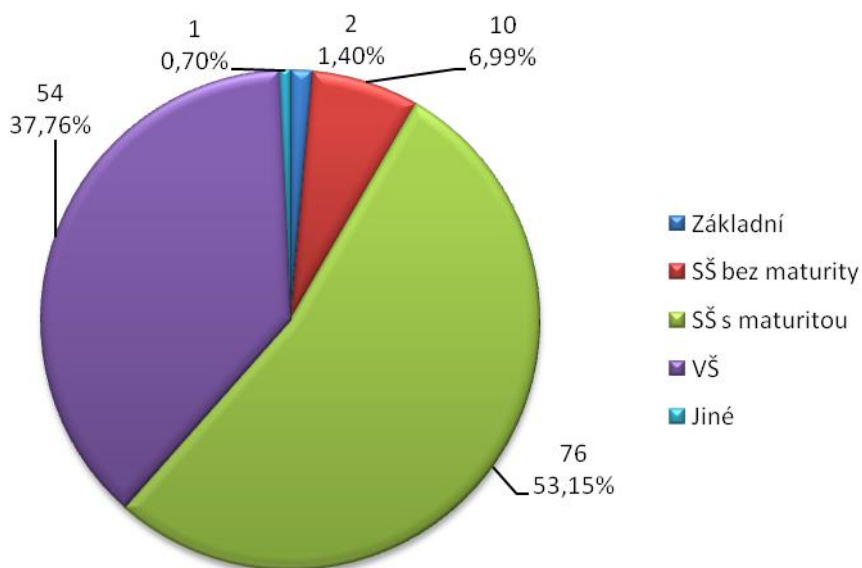
má pouze základní nebo jiné vzdělání. Strukturu vzorku respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání zachycuje graf na Obr. 7.

Obr. 6: Věková struktura respondentů



Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2009

Obr. 7: Rozdělení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

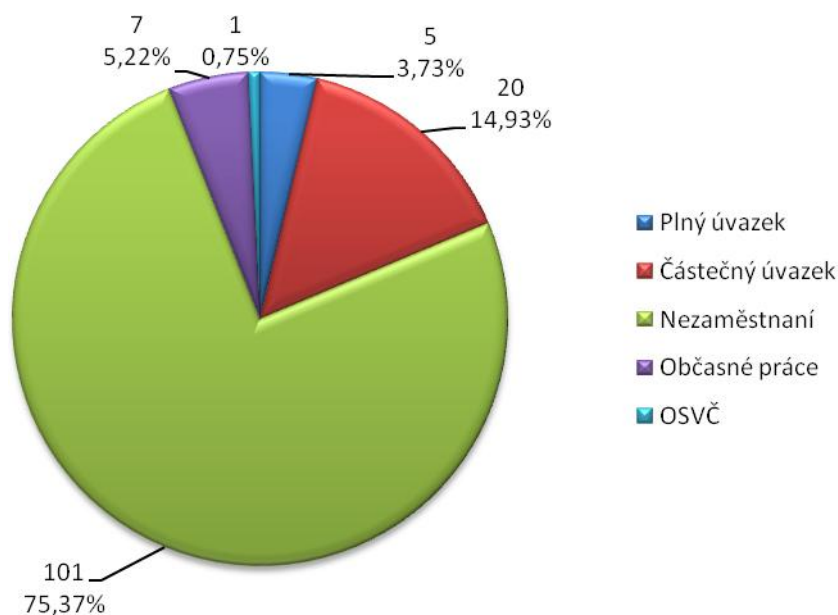


Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2009

V otázce na zaměstnanost 75,37 % respondentů uvedlo, že nemá žádný pracovní úvazek, 20,15 % respondentů pracuje na částečný úvazek nebo vykonává alespoň příležitostné práce. Zbývající 4,48 % respondentů pracuje na plný úvazek nebo jako OSVČ. Struktura zaměstnanosti respondentů je uvedena na Obr. 8.

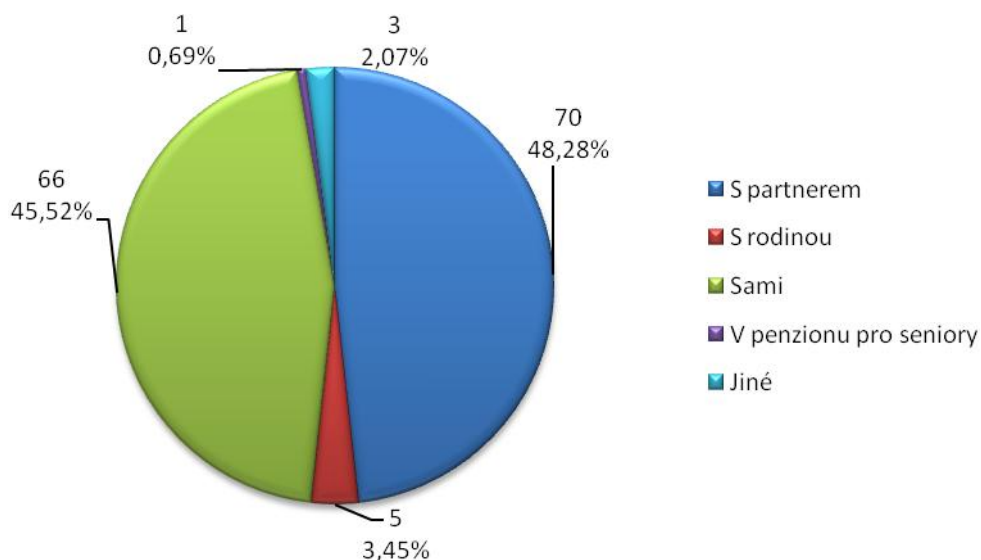
Dalším důležitým faktorem je, bydlení respondentů. Ukázalo se, že prakticky všichni respondenti bydlí ve vlastním domě nebo bytě, a to buď sami, s rodinou nebo s partnerem. Z toho 48,28 % respondentů bydlí s partnerem, 45,52 % respondentů bydlí ve vlastním bytě samo. S rodinou bydlí 3,45 % respondentů, zbývající 2,76 % bydlí jiným způsobem – buď s vlastními rodiči, nebo v penzionu pro seniory. Grafické znázornění je uvedeno v grafu na Obr. 9.

Obr. 8: Rozdělení respondentů podle zaměstnanosti



Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2009

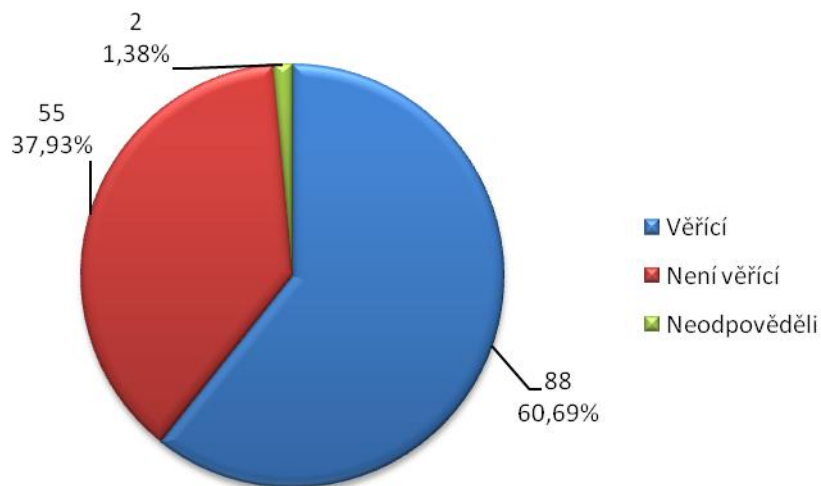
Obr. 9: Rozdělení respondentů podle toho, s kým bydlí



Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2009

Mezi respondenty bylo 60,69 % věřících, 37,93 % se považuje za ateisty, 1,38 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

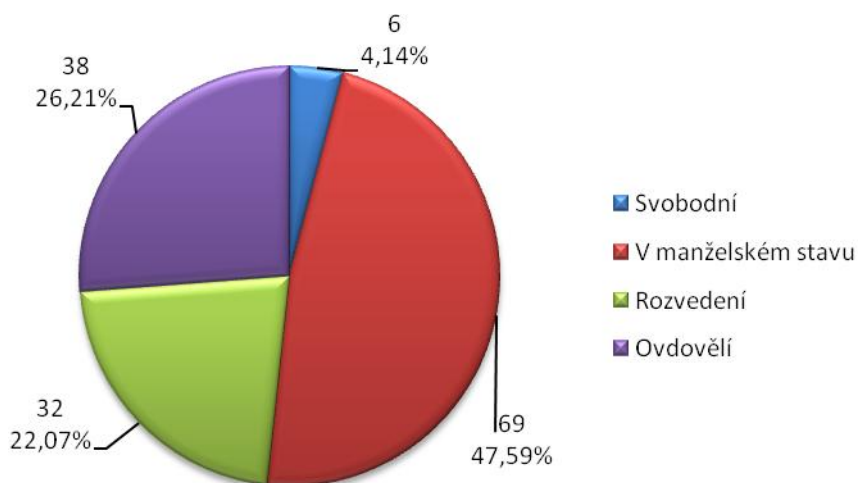
Obr. 10: Rozdělení respondentů podle víry



Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2009

Mezi respondenty bylo 47,59 % v manželském stavu, 26,21 % respondentů bylo vdovců, 22,07 % rozvedených a 4,14 % uvedlo, že jsou svobodní. Rozdělení respondentů podle rodinného stavu je shrnuto na Obr. 11.

Obr. 11: Rozdělení respondentů podle rodinného stavu

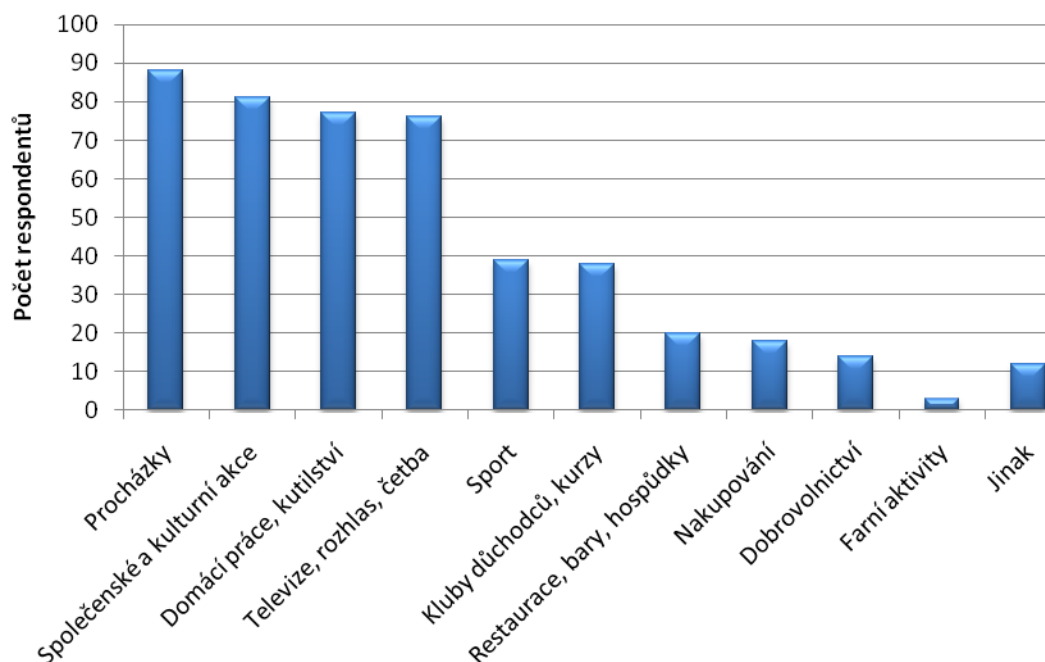


Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2009

Další část dotazníku zkoumala, jak senioři tráví svůj volný čas. Všichni respondenti v dotazníku uvedli, že mimo kurzu, na kterém dotazník probíhal, se věnují také dalším,

neorganizovaným aktivitám. Respondenti v dotazníku mohli vybrat žádnou, jednu nebo více aktivit. Mezi nejčastěji uváděné aktivity patřily procházky a návštěva společenských a kulturních akcí, těsně následované domácími pracemi, kutilstvím a sledováním televize a rozhlasu a četbou. Počty respondentů, kteří uvedli jednotlivé aktivity, jsou uvedeny v grafu na Obr. 12.

Obr. 12: Volnočasové aktivity, kterým se respondenti věnují



Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2009

Mimo celkového přehledu aktivit, kterým se respondenti věnují ve svém volném čase, jsme se zaměřovali také specificky na další volnočasové aktivity, které bývají organizovány ve volnočasových centrech. Počty respondentů, kteří se jich účastní, jsou uvedeny na Obr. 13. Kurz, na kterém respondenti dotazník vyplňovali, není v této statistice zahrnut.

4.4.2 Vyhodnocení jednotlivých hypotéz

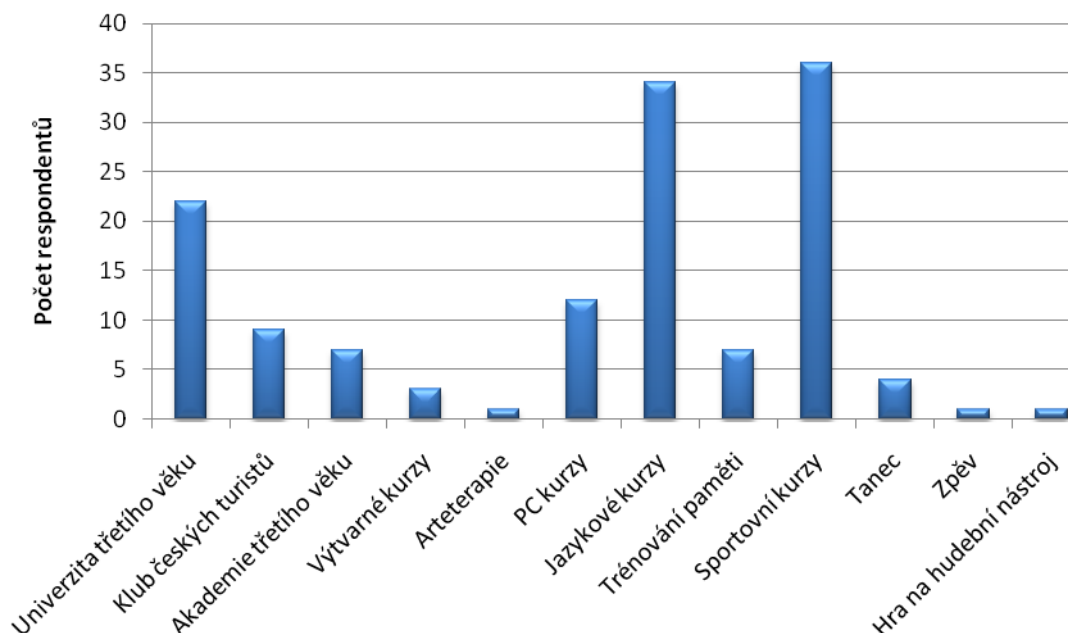
Hypotéza č. 1

Senioři navštěvující jazykové kurzy nebo kurzy jógy mají menší míru depresivity, než je výskyt mezi všemi seniory žijícími v domácím prostředí.

Protože dotazníkové šetření probíhalo pouze mezi seniory, kteří navštěvují volnočasová centra, rozhodli jsme se pro toto srovnání využít dat z již existujících výzkumů. Protože život seniorů v institucích má svá vlastní specifika, zaměřili jsme se na srovnání se seniory žijícími

ve vlastním prostředí. Do této kategorie navíc patří naprostá většina respondentů z provedeného dotazníkového šetření, viz Obr. 9.

Obr. 13: Další kurzy, které respondenti navštěvují



Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2009

Obr. 14 zachycuje počty respondentů odpovídajícím jednotlivým hodnocením podle geriatrické škály deprese. Podle této škály jsou jako depresivní klasifikováni jedinci, kteří dosáhnou alespoň 6 bodů. Podle tohoto kritéria bylo 11 % respondentů depresivních, z toho 3,4 % odpovídalo těžké depresi, zbývajících 7,6 % odpovídalo lehké depresi. Podle průzkumu, který provedla Kubešová, et al. (2008) mezi 161 českými seniory žijícími v domácím prostředí, je celkový výskyt depresivních respondentů 18,6 %. Lze tedy říci, že výskyt deprese mezi seniory, kteří navštěvují volnočasové kurzy, je oproti všem seniorům žijícím v domácím prostředí nižší, jde však o velmi malý rozdíl.

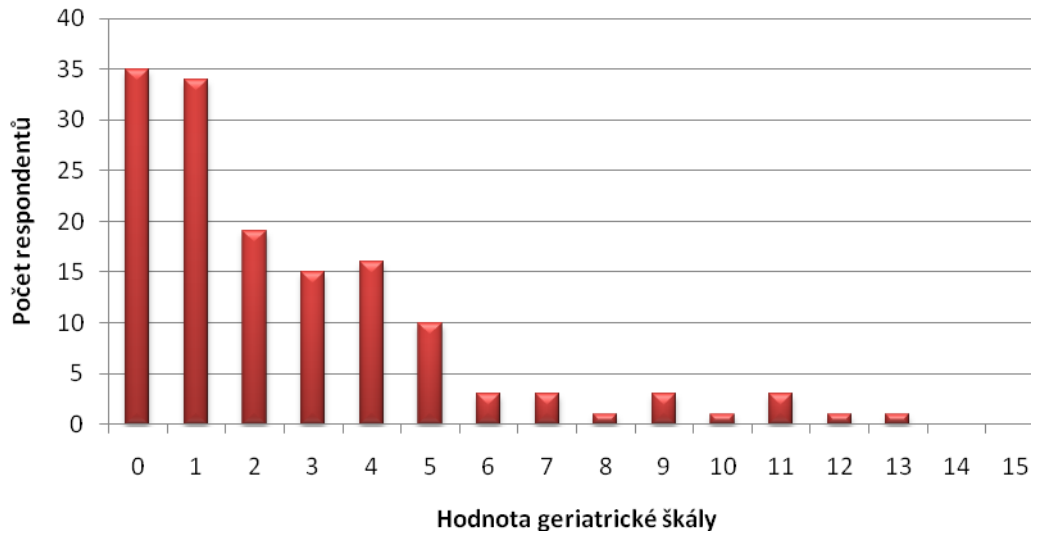
Hypotéza č. 2

Seniory, kteří navštěvují kurz jógy, mají menší míru depresivity než seniory, kteří navštěvují jazykové kurzy.

Při ověřování druhé hypotézy jsme porovnávali průměrnou hodnotu na geriatrické škále deprese pro respondenty, kteří navštěvovali kurz jógy s těmi, kteří navštěvovali kurzy jazyků. Průměrná hodnota na depresivní škále vyšla pro jazykové kurzy 2,74 se směrodatnou odchylkou 3,07; pro kurzy jógy vyšla průměrná hodnota 2,44 se směrodatnou odchylkou

2,57. Průměrné hodnoty obou skupin na geriatrické škále deprese se od sebe tedy liší jen velmi málo.

Obr. 14: Rozložení respondentů podle hodnocení na geriatrické škále deprese



Zdroj: vlastní dotazníkové šetření, 2009

Jako druhou variantu jsme provedli χ^2 test závislosti výskytu deprese na navštěvovaném kurzu. Podle kontingenční tabulky uvedené na Tab. 5 byla vypočtena hodnota $\chi^2 = 0,008$, která vyvrací závislost výskytu deprese na navštěvovaném kurzu pro hladinu $\alpha = 0,9$. Hypotézu o závislosti na typu kurzu tedy lze považovat za vyvrácenou.

Tab. 5: Kontingenční tabulka pro kurz, který respondenti navštěvují a jejich depresivitu

	Jazyky	Jóga
Depresivní	7	9
Bez deprese	58	71

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Hypotéza č. 3

Aktivita seniorů souvisí s mírou depresivity. Senioři, kteří se kromě návštěvy kurzů věnují práci, mají nižší míru depresivity.

Tab. 6: Kontingenční tabulka podle pracovního ekonomické aktivity

	Pracující	Bez zaměstnání
Depresivní	3	13
Bez deprese	37	92

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Pro ověření této hypotézy jsme vytvořili dvě skupiny sloučením skupiny respondentů pracujících na plný úvazek s respondenty pracujícími občas nebo na částečný úvazek. Druhou skupinu tvořili respondenti, kteří nepracují vůbec. Toto sloučení jsme provedli ze dvou důvodů. Mezi respondenty je relativně málo seniorů, kteří pracují. Proto bychom měli velmi malý vzorek respondentů, kteří pracují na plný úvazek, který by ze statistického hlediska měl nulovou vypovídací hodnotu. I nepravidelně vykonávanou činnost považujeme v naší hypotéze za aktivitu, která může mít preventivní účinek na depresi.

Podle kontingenční tabulky uvedené na Tab. 6 vyšla hodnota $\chi^2 = 0,70$. Průměrná hodnota depresivity pracujících je 2,13 se směrodatnou odchylkou 2,37, tedy nižší než u nepracujících, kde činí 2,74 se směrodatnou odchylkou 2,94. Hypotéza o závislosti deprese na tom, zda respondenti pracují nebo nepracují se tedy nepotvrdila.

Hypotéza č. 4

Věřící senioři mají menší míru depresivity než nevěřící.

V této hypotéze jsme porovnávali skupinu věřících respondentů s nevěřícími a jejich výsledek na geriatrické škále deprese. Dva z respondentů na otázku, zda jsou věřící, neodpověděli. Tyto respondenty jsme v této hypotéze neuvažovali. Závislost deprese a víry a její preventivní vliv na toto onemocnění nebyla z hlediska hodnoty $\chi^2 = 0,21$ pro naměřená data prokázána.

Tab. 7: Kontingenční tabulka pro výskyt deprese u respondentů podle rodinného stavu

	Věřící	Nevěřící
Deprese	9	7
Bez deprese	79	48

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Průměrná hodnota na geriatrické škále deprese pro nevěřící respondenty je 2,6 se směrodatnou odchylkou 2,51. Pro věřící respondenty je průměrná hodnota 2,59 se směrodatnou odchylkou 3,0. Tuto hypotézu považujeme za vyvrácenou.

Hypotéza č. 5

Senioři, kteří jsou v manželském stavu, mají menší míru depresivity než senioři, kteří jsou rozvedeni nebo ovdovělí.

V této hypotéze jsme zkoumali vliv rodinného stavu na depresi respondentů. Pro účely ověření platnosti této hypotézy a výpočtu hodnoty testu χ^2 jsme respondenty rozdělili na dvě skupiny. Jednu skupinu tvořili respondenti, jejichž rodinný stav je následkem negativní

životní události, tj. rozvodu nebo úmrtí partnera. Druhou skupinu tvoří respondenti v manželském stavu (ženatí/vdané). Velikosti těchto skupin vzhledem k výskytu deprese jsou uvedeny v Tab. 8.

Do výpočtu hodnoty χ^2 jsme nezahrnuli svobodné jedince, z hlediska jejich minimálního zastoupení ve výzkumném vzorku. Jejich průměrné hodnoty na geriatrické škále deprese uvádíme pro srovnání spolu s ostatními v grafu na Obr. 15.

Hypotéza o závislosti deprese na rodinném stavu se z tedy hlediska hodnoty $\chi^2 = 1,07$ nepotvrdila na hladině $\alpha = 0,20$.

Tab. 8: Kontingenční tabulka pro výskyt deprese u respondentů podle rodinného stavu

	Rozvedení/ovdovělí	Ženatí/vdané
Deprese	10	6
Bez deprese	60	63

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Hypotéza č. 6

Senioři, kteří bydlí sami, mají větší míru depresivity než senioři, kteří bydlí s partnerem nebo s rodinou.

Pro účely ověření této hypotézy jsme respondenty rozdělili na dvě skupiny: respondenty, kteří bydlí sami a respondenty, kteří bydlí s partnerem či s dětmi. Počty depresivních respondentů v jednotlivých skupinách zobrazuje Tab. 9. Hodnota χ^2 pro tuto tabulku je 1,17. Hypotézu tedy nelze potvrdit na hladině $\alpha = 0,20$.

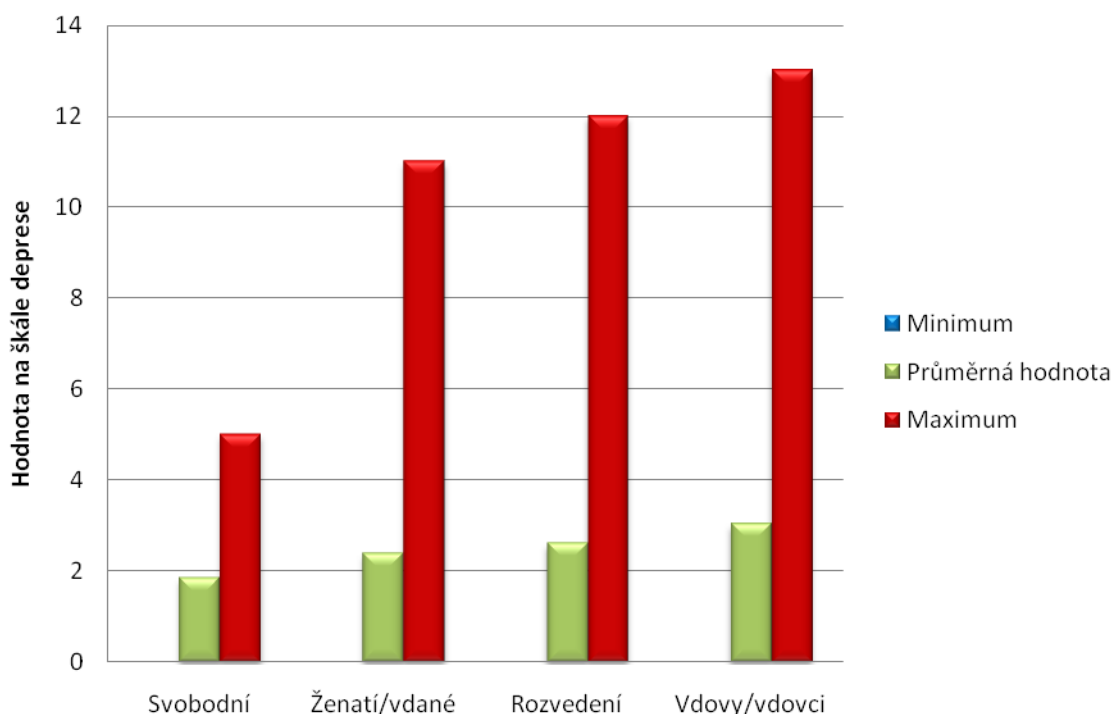
Na Obr. 16 uvádíme pro upřesnění průměrnou, maximální a minimální hodnotu na škále deprese podle toho, s kým respondenti bydlí. Zde zachováváme dělení bydlení podle dotazníku.

Tab. 9: Kontingenční tabulka pro výskyt deprese u respondentů podle toho, zda bydlí sami

	Bydlí sami	Nebydlí sami
Deprese	9	6
Bez deprese	57	69

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Obr. 15: Minimální, maximální a průměrné hodnoty škály deprese podle rodinného stavu respondentů.



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Hypotéza č. 7

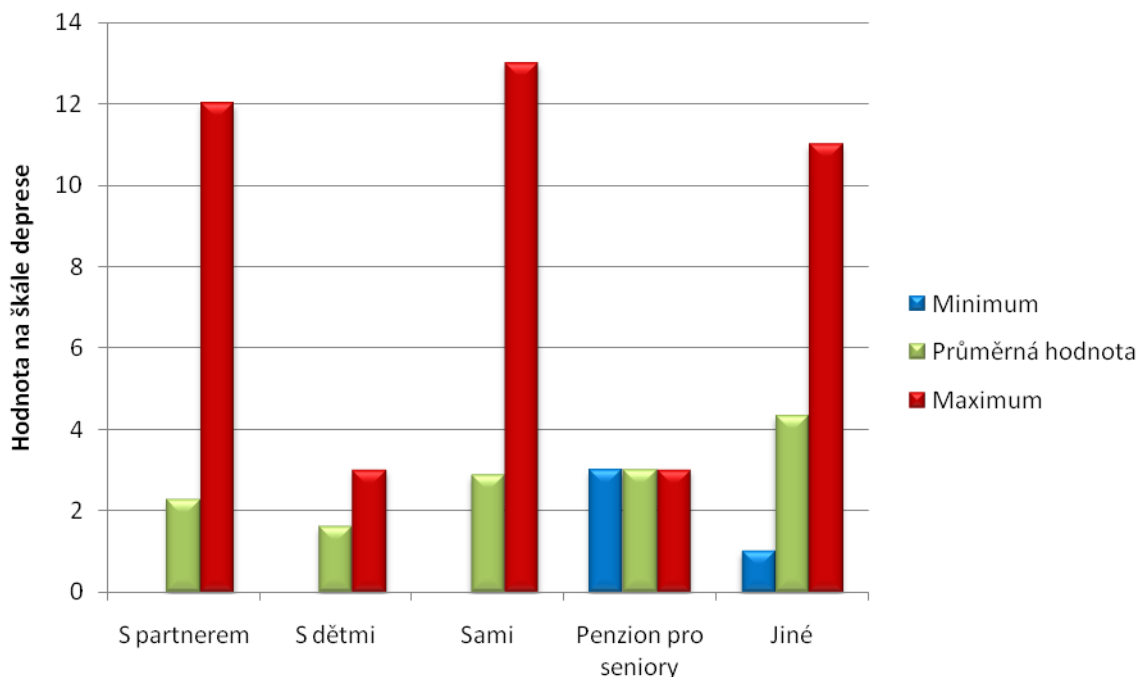
Senioři, kteří tráví většinu volného času sami, mají větší míru depresivity.

Pro ověření této hypotézy jsme respondenty rozdělili na dvě skupiny: skupinu respondentů, kteří uvedli, že tráví většinu svého času sami, a na skupinu respondentů, kteří tráví čas častěji s rodinou, přáteli nebo s partnerem.

Průměrná hodnota škály deprese pro respondenty, kteří uvedli, že volný čas tráví nejčastěji sami, je 5,06 se směrodatnou odchylkou 3,85. Průměrná hodnota pro seniory, kteří častěji tráví čas s rodinou, přáteli nebo s partnerem je 2,2 se směrodatnou odchylkou 2,44.

Hodnota $\chi^2 = 12,78$, která vyšla z kontingenční tabulky uvedené v Tab. 10 potvrzuje závislost deprese na tom, zda je tráven volný čas s někým nebo o samotě. Nulovou hypotézu můžeme tedy považovat za zamítnutou na hladině významnosti $\alpha = 0,001$.

Obr. 16: Průměrná, maximální a minimální hodnota na škále deprese pro seniory podle bydlení.



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Tab. 10: Kontingenční tabulka pro výskyt depresivních jedinců podle toho, zda tráví čas sami

	Tráví čas sami	Netráví čas sami
Deprese	6	9
Bez deprese	11	118

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Hypotéza č. 8

Vliv na depresivitu seniorů má jejich zdravotní stav. Seniori bez závažných zdravotních problémů mají nižší míru depresivity než seniori se závažnými zdravotními problémy.

Zdravotní stav respondentů jsme zjišťovali pomocí otázky v dotazníku. Respondenti svůj zdravotní stav hodnotili subjektivně, záleželo pouze na nich, zda svůj zdravotní stav považují za závažný nebo ne.

Podle kontingenční tabulky uvedené na Tab. 11 je pro závislost zdravotních potíží a výskytu deprese hodnota $\chi^2 = 2,36$, tj. lze potvrdit závislost deprese na zdravotním stavu seniorů na hladině $\alpha = 0,25$. Průměrná hodnota na škále deprese pro zdravé respondenty je 1,87 se směrodatnou odchylkou 2,45. Průměrná hodnota pro respondenty, kteří svůj zdravotní

stav považují za vážný, je 3,70 se směrodatnou odchylkou 2,97. Tuto hypotézu tedy považujeme spíše za potvrzenou.

Tab. 11: Kontingenční tabulka pro výskyt depresivních jedinců podle závažných zdravotních potíží

	Zdravotní potíže	Bez zdravotních potíží
Deprese	9	7
Bez deprese	47	82

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Hypotéza č. 9

Senioři, kteří bydlí s partnerem, také s partnerem tráví většinu volného času.

Jak je uvedeno v Tab. 12, jen 60 % respondentů, kteří bydlí s partnerem uvedlo, že s ním také nejčastěji tráví svůj volný čas. Tuto hypotézu považujeme za částečně potvrzenou.

Tab. 12: Kontingenční tabulka pro trávení volného času s partnerem podle toho, zda s partnerem bydlí

	Bydlí s partnerem	Bydlí bez partnera
Volný čas s partnerem	41	10
Volný čas bez partnera	29	65

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Hypotéza č. 10

Senioři, kteří si na kurzu našli nové přátele, jsou méně depresivní než senioři, kteří je na kurzu nenašli.

V rámci této hypotézy jsme ověřovali, zda jsou méně depresivní respondenti, kteří si na jazykových kurzech našli nové přátele. Ukázalo se, že míra depresivity, resp. hodnota na geriatrické škále deprese, významně souvisí s tím, zda si respondenti na kurzu našli nové přátele. Počty respondentů s depresí podle toho, zda si na kurzu našli nové přátele, jsou uvedeny v Tab. 13. V tabulce nejsou zařazeni respondenti, kteří neuvedli, zda si na kurzu našli nové přátele. Hodnota χ^2 pro tuto tabulku je 5,22, tím je potvrzena závislost výskytu deprese podle toho, zda si respondenti našli na kurzu nové přátele na hladině $\alpha = 0,025$.

Tab. 13: Kontingenční tabulka pro výskyt depresivních jedinců podle navštěvovaného kurzu

	Našli nové přátele	Nenašli nové přátele
Deprese	8	7
Bez deprese	31	92

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Průměrná hodnota na škále deprese pro respondenty, kteří na kurzu našli nové přátele je 2,13 se směrodatnou odchylkou 2,34, průměrná hodnota pro respondenty, kteří nové přátele nenašli je 3,67 se směrodatnou odchylkou 3,62.

Dále jsme zkoumali, zda má na získání nových přátel vliv to, který kurz respondenti navštěvovali. Ukázalo se, že nové přátele našli hlavně senioři, kteří navštěvovali jazykové kurzy. Kontingenční tabulka pro tyto hodnoty je uvedena v Tab. 14. Hodnota χ^2 pro tuto tabulku je 11,92, tím je hypotéza o nezávislosti vyloučena na hladině $\alpha = 0,001$.

Tab. 14: Kontingenční tabulka podle nových přátel na kurzech

	Našli nové přátele	Nenašli nové přátele
Jazykový kurz	54	11
Jóga	45	35

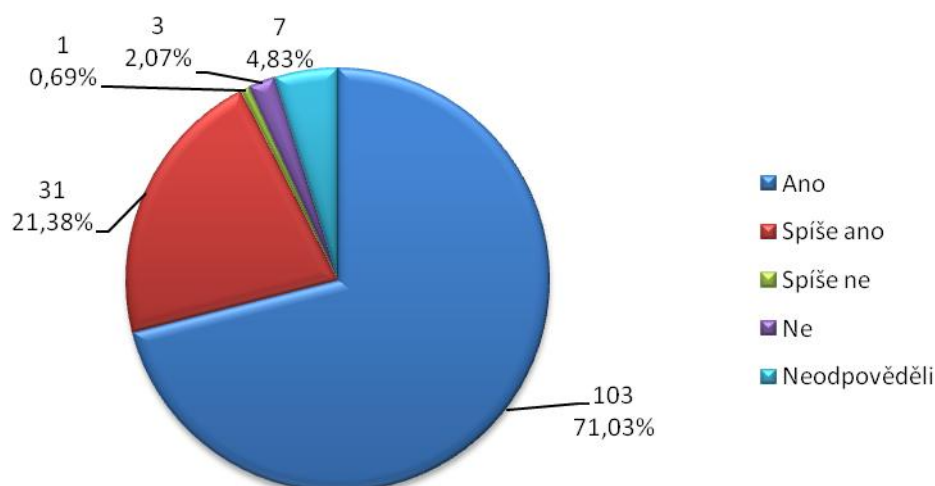
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Hypotéza č. 11

Kurzy jsou pro respondenty přínosné a jsou díky nim spokojenější.

Dotazník obsahoval otázky, které přímo zjišťovaly, jak respondenti vnímají přínos kurzů, které navštěvují, a jejich spokojenost. Téměř tři čtvrtiny respondentů uvedly, že se díky návštěvě kurzů cítí spokojenější. V případě přínosnosti kurzů hodnotilo kurzy jako přínosné více než 82 % respondentů. Jak respondenti hodnotili přínosnost kurzů a svou spokojenost, je shrnuto na grafech na Obr. 17 a Obr. 18.

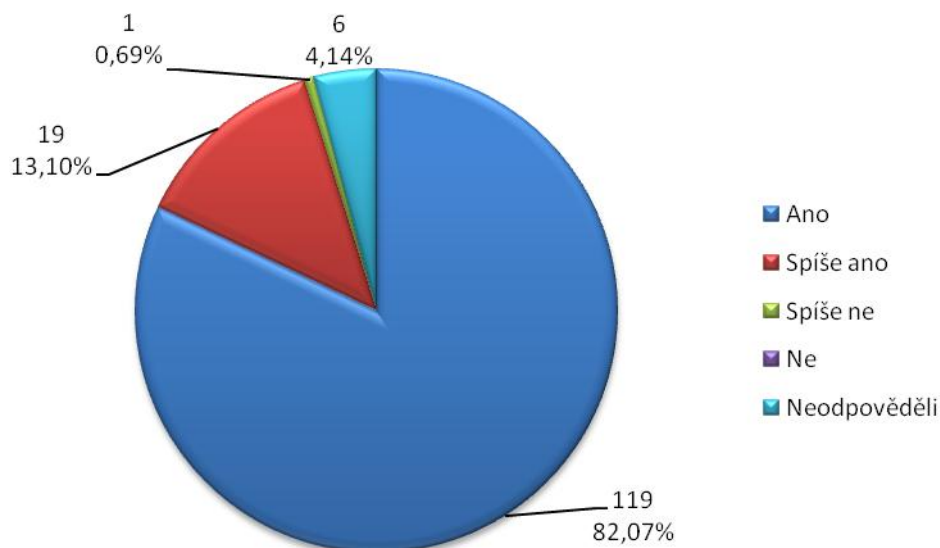
Obr. 17: Subjektivní hodnocení spokojenosti respondentů díky návštěvě kurzu



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

Ukazuje se, že respondenti hodnotí svou účast na kurzu v naprosté většině případů pozitivně, hypotézu proto považujeme za potvrzenou. K tomu navíc přispívá fakt, který vyplynul z ověřování hypotézy 10, a to, že si nezanedbatelná část respondentů díky kurzům našla nové přátele.

Obr. 18: Subjektivní hodnocení přínosnosti kurzů pro respondenty



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, 2009

4.5 Diskuze

V praktické části práce jsme se zabývali dotazníkovým šetřením ve volnočasových centrech. Cílem této práce je zmapování volnočasových aktivit seniorů a zjištění vztahu deprese a volnočasových aktivit. Výsledky průzkumu ukázaly, že míra výskytu deprese u respondentů na volnočasových kurzech je nižší, než mezi seniory, kteří žijí v domácím prostředí. Srovnání jsme provedli podle Kubešové (2008). Nevýhodou tohoto srovnání je, že v uvedené studii jsou zahrnuti všichni senioři, tedy i ti, kteří volnočasové aktivity navštěvují. Protože však podle našich informací zatím nebyla provedena žádná studie, která by seniory dělila podle toho, jak tráví volný čas a zároveň zkoumala míru jejich depresivity, tato studie nejlépe odpovídala průzkumu provedenému v této práci.

Většina respondentů z našeho souboru uvedla, že se věnují alespoň jedné další aktivitě, považujeme je tedy za aktivní seniory. Tento výsledek, spolu s naměřenou nižší mírou depresivity našeho souboru, odpovídá tvrzení, že nízká celková aktivita je u seniorů rizikovým faktorem deprese.

Dále se neprokázala jasná závislost výskytu deprese na faktorech, jako je typ navštěvovaného kurzu, víra, vzdělání nebo zaměstnání. To odpovídá teoriím, že výskyt deprese je dán především genetickými faktory a prostředí je spíše jeho spouštěčem (viz kapitola 2). Naproti tomu se projevila významná souvislost výskytu deprese s tím, zda si senioři na volnočasových kurzech nacházejí nové přátele, případně zda tráví svůj volný čas sami. To koresponduje s tím, že osamělost je v literatuře uváděna jako rizikový faktor deprese. Podobně jako u dalších faktorů ovlivňujících depresivní onemocnění však zůstává otevřenou otázkou, zda jsou tyto faktory příčinou, nebo následným projevem deprese.

Další zvláštností, která se v dotazníkovém šetření projevila, je nečekaně velký podíl žen ve výzkumném vzorku. Ve vyšším věku dochází k mužské nadúmrtnosti a od určitého věku je v populaci vyšší podíl žen než mužů (viz kapitola 1.2). I s přihlédnutím k mužské nadúmrtnosti je však podíl žen a mužů v populaci mnohem vyrovnanější, než jaký je na volnočasových kurzech. Důležitou otázkou tedy je, jaký je vliv poměru pohlaví v souboru respondentů na výskyt deprese v tomto souboru, vzhledem k tomu, že ženské pohlaví je v literatuře označováno za jeden z rizikových faktorů výskytu deprese (viz kapitola 3.5.2). Ve vyrovnaném souboru respondentů by tak výskyt depresivních jedinců mohl být ještě nižší.

Jako možné vysvětlení převahy žen v souboru respondentů bereme to, že ženy jsou obecně více společenské, zatímco muži mají spíše tendenci trávit svůj volný čas individuálními aktivitami (viz kapitola 2.2).

Pro zodpovězení nastolených otázek by bylo vhodné provést další výzkum, který by proběhl jak mezi seniory, kteří volnočasové aktivity navštěvují, tak mezi těmi, kteří svůj volný čas tráví jiným způsobem, a který by tyto dvě skupiny zřetelně odlišoval. To však může být problematické, protože senioři jsou z hlediska průzkumů velmi obtížně dostupná část populace. Problémem je, že i další uvedené výzkumné sondy, které mezi seniory probíhaly a zabývaly se depresivním onemocněním, byly provedeny v rámci určitých lokací (např. u praktických lékařů nebo v domovech důchodců), ve kterých se může pohybovat specifická skupina seniorů, a výstupy takového výzkumu tím mohou být zkresleny.

5. Závěr

V této práci jsme se zabývali výzkumem trávení volného času seniorů a jeho souvislosti s mírou depresivity. Teoretická část práce obsahuje souhrn poznatků ze tří oborů, kterých se práce týká: stáří, volný čas a deprese. Na základě poznatků z teoretické části byly stanoveny hypotézy týkající se závislosti volnočasových aktivit seniorů a dalších faktorů a míry jejich depresivity. Pro doložení nebo vyvrácení těchto hypotéz jsme zvolili metodu dotazníkového šetření. Výsledky tohoto šetření ukazují, že, přestože se mezi návštěvníky volnočasových kurzů vyskytují jedinci s depresí, jejich absolutní i relativní počet je nižší, než je výskyt depresivních jedinců mezi všemi seniory žijícími v domácím prostředí. V získaných datech se neprojevila závislost míry depresivity na věku, vzdělání, náboženském vyznání nebo typu kurzu, který respondenti navštěvují. Naopak se ukazuje, že výskyt deprese souvisí s tím, jak jsou respondenti společenší. Pozitivním výsledkem průzkumu je, že prakticky všichni respondenti vnímají volnočasové kurzy jako přínosné a cítí se díky nim spokojenější.

Dotazníková část zároveň poskytuje přehled o tom, jací jedinci patří mezi návštěvníky volnočasových center pro seniory. Ukazuje se, že ve většině případů jde o ženy s vyšším (středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním) a především jde o velmi aktivní jedince, kteří se často věnují více než jedné aktivitě.

Jako možnost dalšího výzkumu doporučujeme srovnání vzorku pacientů seniorského věku, kteří se léčí s depresí, případně jsou již v udržovací fázi a používají antidepressiva, s pacienty, kteří spolu s léčbou vykonávají i volnočasové aktivity nebo s pacienty, kteří jsou v udržovací fázi a jsou ochotni vyzkoušet jako alternativu antidepressiv některé z volnočasových aktivit. Také je potřeba provést dosud chybějící výzkum, který by porovnával seniory, kteří se účastní volnočasových kurzů s těmi, kteří žádné kurzy nenavštěvují.

Resumé

Volnočasové aktivity seniorů a jejich vliv na depresivní onemocnění ve stáří

Leisure time activities of elderly people and their influence on depression

Kateřina Šnajdrová

Diplomová práce pojednává o volnočasových aktivitách seniorů a míře deprese mezi seniory, kteří navštěvují volnočasové kurzy. Po vymezení stárnutí a jeho specifik se věnujeme volnočasovým aktivitám a depresi jak v obecné rovině, tak se zdůrazněním specifik této problematiky ve stáří. Teoretické poznatky jsme uplatnili ve výzkumné sondě, ve které jsme se snažili dotazníkovým šetřením ověřit, zda existuje vztah mezi výskytem deprese u seniorů a účastí na volnočasových kurzech. Výsledky potvrdily, že zde existuje souvislost: relativní počet depresivních seniorů v naší sondě je nižší než v celkové seniorské populaci. Nelze ovšem jednoznačně říci, že účast na kurzech má preventivní vliv.

Summary

Volnočasové aktivity seniorů a jejich vliv na depresivní onemocnění ve stáří

Leisure time activities of elderly people and their influence on depression

Kateřina Šnajdrová

The subject of the thesis are leisure-time activities of the elderly people, and the depression in the elderly people, who attend leisure-time courses. After stating the problems of ageing and its specifics, leisure-time activities and the depressive disorder are discussed both in general terms, and with respect to the specifics of the elderly people. The theoretical foundations were used in the research conducted in two leisure-time centers in Prague. The goal of the research was to find out, if there is a relation between the depression in the elderly people, and their participation in the leisure-time activities. The results proved that there is a connection: the relative and absolute number of people with depressive disorder in the sample is lower than it is in the whole population of the elderly people. However, it cannot be decided solely on the results of the research, if the leisure-time activities can serve as a prevention of the depressive disorder.

Bibliografie

AGE: the European Older People's Platform (AGE). 2009a. *About AGE* [online]. [2009] [cit. 1. květen 2009]. Dostupné z: <http://www.age-platform.org/EN/rubrique.php3?id_rubrique=20>.

AGE: the European Older People's Platform. 2009b. *INCLUSage Debating older people's needs* [online]. [2009] [cit. 18. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.age-platform.org/EN/spip.php?article724>>.

Akademie věd České republiky. 2007. *Senioři jako dobrovolníci-dobrovolníci seniorům* [online]. c2007 [cit. 20. červen 2009]. Dostupné z: <<http://press.avcr.cz/aktuality.php?id=510>>.

Amtmannová, E., Jarosová, E. a Kardos, T. 2007. *Aplikovaná muzikoterapie*. 1. vyd. Hamuliakovo: PhDr. Elena Amtmannová, 2007. ISBN 978-80-969813-7-3. Dostupné z: <wp.prolp.sk/wp-content/uploads/2008/02/aplikovana_mt.pdf>.

Anders, M., Skopová, J. 2006. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 41 s. ISBN 80-7262-396-6.

Asociace univerzit třetího věku. 2007. *Internetový zpravodaj Asociace univerzit třetího věku* [online]. 2007 [cit. 31. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://au3v.vutbr.cz/>>.

Balegová, O. 2002. Kvalita života ako termín a interpretácia. In *Kvalita života v kontextoch globalizácie a výkonovej spoločnosti*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002. s. 47-55. ISBN 80-8068-087-6.

Baštářová, P. 2006. *Jak ovlivňuje práce na PC osobnost seniora*. Brno, 2006. Bakalářská práce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Vedoucí diplomové práce Mgr. Petr Soják, Ph.D.

Bouček, J. 2006. Deprese u somatických onemocnění - tianeptin v denní praxi. *Interní medicína pro praxi*. 2006, roč. 8, č. 6., s. 288-291. ISSN: 1212-7299.

Burková, J. 2004. *Stárnout na dobrý způsob* [online]. 2004 [cit. 8. červen 2009]. Dostupné z: <<http://www.senio.cz/index.php?w=art&id=984&rub=8&s=>>>.

Čepelka, O. 2003. *Průvodce neziskovým sektorem Evropské unie II. díl.* Liberec: Omega, 2003. ISBN 80-902376-4-9.

Čermáková, J. 2008. *Životní styl seniorů.* Pardubice, 2008. Diplomová práce na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Vedoucí diplomové práce doc. MUDr. Pavol Hlúbik, CSc.

Červenka, J. 2004. *Co děláme ve svém volném čase.* Praha: Sociologický ústav AV ČR, Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2004.

Česká arteterapeutická asociace. 2005. *Arteterapie v České republice* [online]. 2005 [cit. 2. květen 2009]. Dostupné z: <<http://www.arteterapie.cz/index.php?disp=arteterapie&lang=0>>.

Česká asociace ergoterapeutů. 2008. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. 2008 [cit. 25. červen 2009]. Dostupné z: <<http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>>.

Český Helsinský výbor. 2002. *Senioři - Zásadní mezinárodní a národní dokumenty týkající se seniorů.* Český Helsinský výbor [online]. c2002-2008 [cit. 18. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2005040109>>.

Český rozhlas. 2009. *Trénování paměti ve Fontáně* [online]. c2000-2009 [cit. 8. červenec 2009]. Dostupné z: <http://www.rozhlas.cz/cb/zprogramu/_zprava/353780>.

Český statistický úřad. 2009b. *Věková skladba obyvatelstva v roce 2050* [online]. 2009 [cit. 05. Srpen 2009]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050>.

Český statistický úřad. 2009a. *Věková skladba obyvatelstva v roce 2008.* [online]. 2009 [cit. 5. Srpen 2009]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2008>.

Číková, Z. 2008. *Jak tráví volný čas senioři.* Brno, 2008. Diplomová práce na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Vedoucí diplomové práce PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

Demosthenes. 2005. *Centrum komplexní péče* [online]. c2005 [cit. 18. červenec 2009]. Dostupné z: <http://www.demosthenes.cz/cz_start.php?txt=ergoterapie>.

Domov důchodců Bystřany. 2005. *Výroční zpráva za rok 2005* [online]. Bystřany: Domov důchodců Bystřany, 2005. Dostupné z: <www.dd-bystrany.cz/download/report05.pdf>.

Domov Sue Ryder, o. p. s. 2003. *Výroční zpráva za rok 2003* [online]. Praha: Domov Sue Ryder, o. p. s., 2003. Dostupné z: <www.sue-ryder.cz/res/data/005/001012.pdf. 11>.

Dragomirecká, E., Šelepová, P. 2004. Kvalita života u seniorů - mezinárodní výzkum. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 91-102.

Drástová, H., Krombholz, R. 2006. Deprese v seniu. *Medicína pro praxi*, 2006, roč. 6, č. 5, s. 241-243. ISSN: 1214-8687.

Drogy-info.cz. 2005. *Ottawská charta* [online]. 2005 [cit. 3. červen 2009]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/ottawska_charta_ottawa_charter>.

Durasová, M., et al. 1994. *Jógová dechová cvičení, alternativní způsoby prevence a léčby alergických a astmatických dětí a dospělých*. 1. vyd. Praha: Svaz postižených civilizačními chorobami, 1994. 54 s. ISBN 80-901022-1-2.

Elpida. 2008. *Poradny* [online]. c2008 [cit. 24. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.elpida.cz/page.php?page=8>>.

E-senior.cz. 2009. *Virtuální výuka univerzity třetího věku* [online]. [2009] [cit. 10. červen 2009]. Dostupné z: <<http://www.e-senior.cz/vu3v/index.php?PHPSESSID=960fc47ea7c784d41571ad63d11ea02a>>.

EURAG. 2009. *Eurag* [online]. c2009 [cit. 26. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.eurageurope.org/>>.

Europe in the UK. 2009. *European Commission - Information network* [online]. 2009 [cit. 24. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.europe.org.uk/info/contacts/-/org/11625/>>.

Francová, D. 2003. *Rozhlasová akademie třetího věku* [online]. 2003 [cit. 20. květen 2009]. Dostupné z: <<http://www.senio.cz/index.php?w=art&id=577&rub=8&s=>>.

Freegame.cz. 2008. *Diskuze k článku Seniori a počítače* [online]. 14. červen 2008 [cit. 7. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.freegame.cz/clanek.php?id=377>>.

Gajdušková, H., et al. 2008. *Senioři v komunitní knihovně - Metodický materiál* [online]. Vsetín: Masarykova veřejná knihovna Vsetín, 2008. Dostupné z: <http://www.mvk.cz/archiv/stazeni/MVK-100501-vsetin_metodika08final.pdf>.

Geisselhart, Roland R., Burkart, Ch. 2006. *Trénink paměti a koncentrace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 105 s. ISBN 978-80-247-1654-2.

GlaxoSmithKline Česká republika. 2009. *Elpida* [online]. 2009 [cit. 24. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.gsk.cz/pomahame-druhym/elpida.html>>.

Goppoldová, E., et al. 2004. Změna subjektivní kvality života a klinického stavu v průběhu psychiatrické hospitalizace: Existují rozdíly mezi diagnostickými kategoriemi? *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. 2004, roč. 8, č. 4, s. 267-274. ISSN: 1211-7579.

Gruberová, B. 1998. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita - Zdravotně sociální, 1998. ISBN 80-7040-286-5.

Halamová, J. 2008. *Zájmové vzdělávání*. Praha, 2008. Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Vedoucí diplomové práce PhDr. M. Šerák, Ph.D.

Haškovcová, H. 1989. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.

Herman, E., Doubek, P. 2008. *Deprese a stres: Vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, 2008. 96 s. ISBN 978-80-7345-157-8.

Hill, G. 2004. *Moderní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 280 s. ISBN 80-7178-641-1.

Holmerová, I., et al. 2006. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatria pre praxi*. 2006, č. 4, roč. 7, s. 182-184. ISSN: 1335-9584

Holmerová, I., Jurašková, B. a Zikmundová, K. 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6.

Holmerová, I., Pavlatová, E. 2008. *My seniorům a senioři sobě* [online]. 2008 [cit. 15. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=379805>>.

Holmerová, I., Vaňková, H. a Jurašková, B. 2007. Deprese ve stáří. In *Deprese z různých úhlů pohledu II*. Praha: Galén, 2007, s. 93-123.

Hüttich, B. 2000. *Aktivně proti stresu*. Praha: Ivo Železný, s. r. o., 2000. 80 s. ISBN 80-240-1698-2.

Inovační centrum dalšího profesního vzdělávání. 2009. *Andragogický slovník* [online]. [cit: 14. červen 2009]. Dostupné z: <<http://www.andromedia.cz/andra.php?id=19>>.

Institut celoživotního vzdělávání MZLU v Brně. 2009. *Klub U3V* [online]. 2009 [cit. červenec. 31 2009]. Dostupné z: <http://www.icv.mendelu.cz/cz/studium/u3v/klub_u3v>.

Ipsen. 2008. *Poruchy paměti* [online]. c2008 [cit. 15. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.ipsen.cz/informace-pro-sirokou-verejnost/poruchy-pameti>>.

Irmiš, F. 1996. *Nauč se zvládat stres*. Praha: Alternativa, 1996. ISBN 80-85993-02-3.

Jebavý, J. 2005. *Kavárničky* [online]. 2005 [cit. 20. červen 2009]. Dostupné z: <<http://www.gerontocentrum.cz/gema/kavarny.php>>.

Jebavý, J. 2005b. *Úvod* [online]. 2005 [cit. 20. červen 2009]. Dostupné z: <<http://www.gerontocentrum.cz/gema/>>.

Kalvach Z., Hrabětová E. 2005. *Senior a já..., ...já a senior?* Praha: Společnost přátelská všem generacím, 2005.

Kalvach, Z., et al. 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie: I. díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. Praha: Univerzita Karlova – Nakladatelství Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

Kalvach, Z., et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

Klevetová, D. a Dlabalová, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

Kocáb, M. 2009. *CZ PRES: Seniorská konference v Praze* [online]. 2009 [cit. 18. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/ministri-pri-uradu-vlady/michael-kocab/projevy/cz-pres:-seniorska-konference-v-praze-57845/>>.

Kořínková-Vindušková, K. 2001. Pojem arteterapie. *Arteterapie*. 2001, č.1, s. 6-9.

Kovaříková, I. 2000. *U nás už působí dvanáct kavárniček pro seniory* [online]. 2000 [cit. 10. červenec 2009]. Dostupné z:

<<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=130766>>.

Kryl, M. 2001. Deprese v somatické medicíně. *Interní medicína pro praxi*. 2001, roč. 3, č. 11, s. 4-8. ISSN: 1212-7299.

Kryl, M. 2004. Poruchy vyvolané stresem. *Psychiatrie pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 1, s. 38-40. ISSN: 1213-0508.

Kryl, M. 2007. Psychoterapie deprese. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, č. 1, s. 42-43. ISSN: 1213-0508.

Křivohlavý, J. 1994. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.

Křivohlavý, J. 2001. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

Křivohlavý, J. 2003. *Jak zvládat depresi*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2003. 176 s. ISBN 80-247-0575-3.

Kubalčíková, K. 2006. Expertíza pro cílovou skupinu "Senioři". Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2006. 34 s.

Kubešová, H., et al. 2008. Výskyt a související aspekty deprese u seniorů žijících ve vlastním prostředí. *Česká geriatrická revue*. 2008, roč. 2008, č. 4, s. 227-231. ISSN: 1214-0732.

Kubínková, D. a Křížová, A. 1997. *Ergoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1997. ISBN 80-7067-698-1.

Kučerová, S. 1994. Volný čas jako hodnota. In *Teoretické základy výchovy ve volném čase*. Brno: Masarykova univerzita, 1994, s. 10-19.

Kuchařová, V., Rabušic, L., Ehrenbergerová, L. 2002. *Život ve stáří*. Praha: VÚPSV, Socioklub, 2002. 89 s.

- Kulturní centrum Vltavská. 2009.** *Centrum celoživotního vzdělávání* [online]. 2009 [cit. 2. srpen 2009]. Dostupné z: <<http://www.vltavska.cz/novinka/centrum-celoivotnho-vzdlvn-ccv/id/4>>.
- Langhamrová, J. 2007.** *Demografie: Učební text pro předmět U017*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2007. 42 s. ISBN 978-80-7399-218-7.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. 1998.** *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
- Livečka, E. 1979.** *Úvod do gerontopedagogiky*. Praha: Ústav školských informací při MŠ ČSR, 1979.
- Malach, J. 2002.** *Školní pedagogika: studijní obor: Informační technologie ve vzdělávání*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. 110 s. ISBN 80-7042-255-6.
- Maršálek, M. 2001.** Zásady dlouhodobé léčby deprese. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 2. s. 62-66. ISSN 1213-0508.
- Maršálek, M. 2005.** Od neurobiologie deprese k léčbě klinických příznaků. *Psychiatrie: Časopis pro moderní psychiatrii*. 2005, roč. 9, suppl. 2, s. 67-68.
- Městská knihovna v Praze. 2006.** *Lidová univerzita (kulturní a vzdělávací centrum Městské knihovny v Praze)* [online]. 2006 [cit. 30. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.mlp.cz/liduni.htm>>.
- Městská knihovna v Praze. 2008.** *Aktuální nabídka* [online]. 2008 [cit. 29. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://lu.mlp.cz/>>.
- MěÚ Tišnov. 2007.** Domov pro seniory Předklášteří. *Tišnovské noviny* [online], 2007, č. 11/2007. Dostupné z: <www.tisnov.cz/upload/dokumenty/tn/tn07-11.pdf>.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). 2005.** *Zásady OSN pro seniory* [online]. 2005 [cit. 18. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/1111>>.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2008a.** *Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 55 s. ISBN 978-80-86878-65-2.

- Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2008b.** *Příprava na stárnutí* [online]. 2008 [cit. 19. červenec 2009]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/2856>>.
- Mollenkopf, H. a Walker, A. 2007.** *International and Multi-Disciplinary Perspectives on Quality of life in old age: Conceptual Issues*. Springer, 2007. ISBN 978-1-4020-5681-9.
- Mühlpachr, P. 2004.** *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- Nakonečný, M. 1997.** *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
- Nakonečný, M. 2003.** *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
- Nešpor, K. 1998.** *Uvolnění a s přehledem: Relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-652-8.
- Nešporová, O., Svobodová, K., Vidovičová, L. 2008.** *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 978-80-87007-96-9.
- Novinky.cz. 2008.** *Na český trh přicházejí počítače pro seniory* [online]. 2008 [cit. 15. červen 2009]. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/internet-a-pc/hardware/138259-na-cesky-trh-prichazeji-pocitace-pro-seniory.html>>.
- Novotná, D. 2006.** *Aktivizace seniorů v denním stacionáři*. Brno, 2006. Bakalářská práce pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Ema Štěpařová.
- Ondrušová, J. 2009.** Měření kvality života ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 2009, roč. 7, č. 1, roč. 7, s. 36-39. ISSN: 1214-0732.
- Organizace spojených národů (OSN). 2009.** *World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database* [online]. 2009 [cit. 25. Červenec 2009]. Dostupné z: <<http://esa.un.org/unpp/>>.
- Pacovský, V., Heřmanová, H. 1981.** *Gerontologie*. Praha: Avicenum: Zdravotnické nakladatelství, 1981. 304 s. ISBN 80-044-81.

- Palán, Z. 2003.** *Základy andragogiky*. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, s. r. o., 2003. 199 s. ISBN 80-86723-03-8.
- Pávková, J., et al. 2002.** *Pedagogika volného času*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 231 s. ISBN 80-7178-711-6.
- Perout, E., Giboda, M. 2009.** Arteterapie jako aplikované umění. *Arteterapie*. 2009, č.17.
- Pidrman, V. 2003.** *Deprese seniorů*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 60 s. ISBN 80-7345-012-7.
- Pichaud, C., Thareauová, I. 1998.** *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- Pokorná, M., Zubková, A., Drlík, M. 2008.** *Aktivizace seniorů, komunitní a vzdělávací aktivity pro seniory* [online]. [2008] [cit. 19. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.mvk.cz/archiv/stazeni/MVK-100427-aktivizace-seniorufinal.ppt>>.
- Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. 2003.** *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.
- Praško, Ján. 1998.** *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 1998. 264 s. ISBN 80-7169-446-0.
- Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. 2003.** *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 978-80-7367-416-8.
- Raboch, J. et al. 2004.** *Depresivní onemocnění, širší pohled*. 1. vyd. Praha: Medifórum, 2004. ISBN 80-7345-016-X.
- Raboch, J., Laňková, J. 2008.** *Deprese*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008. 16 s. ISBN 978-80-86998-22-0.
- Rada seniorů České republiky, o. s. 2005.** *Boj proti vytlačování seniorů* [online]. 2005 [cit. 19. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.rscr.cz/bulletinES/ES112005.htm>>.
- Remedium. 2006.** *Programy pro seniory* [online]. c2006 [cit. 14. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.remedium.cz/programy-pro-seniory/programy-pro-seniory.php>>.

Sladká, J. 1999. *Gerontologický podzim v režii Šedých panterů?* [online]. [1999] [cit. 19. červenec 2009]. Dostupné z: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med899/med899_11.html>.

Staněk, O. 2009. *ŽIVOT 90 se účastní evropského projektu – INCLUSage* [online]. 2009 [cit. 19. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.seniorum.cz/eu-seniorum/370-zivot-90-se-ucastni-evropskeho-projektu-inclusage>>.

Státní zdravotní ústav. 2009. *Healthy Ageing - Zdravé stárnutí* [online]. [2009] [cit. 19. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/healthy-ageing-zdrave-starnuti>>.

Stehlíková, M. 2007. *Stimulační techniky u seniorů*. Brno, 2007. Diplomová práce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Vedoucí práce PhDr. Mgr. D. Opatřilová, Ph.D.

STEM/MARK. 2005. *Výzkum informační gramotnosti: 27 % Čechů informačně gramotných* [online]. 2005 [cit. 7. červenec 2009]. Dostupné z: <http://www.stemmark.cz/press/press_29_08_2005.htm>.

Suchomelová, V. 2009. *Co je to paměť a jak ji trénovat* [online]. c2009 [cit. 8. červenec 2009]. Dostupné z: <http://www.odbornecasopisy.cz/index.php?id_document=38549>.

Světová zdravotnická organizace. 2000. *Zdraví 21: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Praha: WHO Regionální úřadovna pro Evropu, 2000. ISBN 92 890 1349 4.

Šerák, M. 2009. *Zájmové vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 208 s. ISBN 978-80-7367-551-6.

Šicková-Fabrice, J. 2002. *Základy arteterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

Šmahel, I. 1994. Osobnost a volný čas. In *Teoretické základy výchovy ve volném čase: Úvod do studia pedagogiky volného času*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1994. s. 39-53. ISBN 80-210-1007-X.

Švestka, J. 2000. *Deprese, léčitelná duševní porucha se vzrůstajícím výskytem*. Praha : Nakladatelství Galén, 2000. ISBN 80-86257-23-1.

Technická univerzita v Liberci. 2009. *Univerzita třetího věku TUL – všeobecné podmínky studia* [online]. [2009] [cit. 31. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.cdv.tul.cz/mod/resource/view.php?id=3&page=2>>.

Topinková, E., Neuwirth, J. 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha : Grada, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.

Tošner, Jiří. 2006. Dobrovolnictví jako nástroj pomoci i ochrana proti sociálnímu vyloučení pomáhajícího. In *Dobrovolnictví - ochrana před sociálním vyloučením*. Kroměříž: Klub UNESCO Kroměříž, 2006. s. 27-31.

Trénování paměti.cz. 2009. *Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging* [online]. [2009] [cit. 7. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.trenovanipameti.cz/>>.

Trénování paměti.cz. 2009. Semináře pro profesionály [online]. [2009] [cit. 10. červenec 2009]. Dostupné z: <http://www.trenovanipameti.cz/seminare_prof.htm>.

Univerzita Hradec Králové. 2007. *Celoživotní vzdělávání - Historie* [online]. 2007 [cit. 25. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.uhk.cz/pdf/celozivotni/684>>.

Univerzita Karlova. 2009. *Univerzita třetího věku* [online]. 2009 [cit. červenec. 31 2009]. Dostupné z: <<http://www.cuni.cz/UK-51.html>>.

Vágnerová, M. 2000. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

Vážanský, M. 2001. *Základy pedagogiky volného času*. 2. vyd. Brno: Print-Typia, 2001. 175 s. ISBN 80-86384-00-4.

Vážanský, M., Smékal, V. 1995. *Základy pedagogiky volného času*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Paido, 1995. 45 s. ISBN 80-901737-9-9.

Veselý senior – nadační fond. 2008. *Dlouhodobý celorepublikový projekt* [online]. c2008-2009 [cit. 8. červen 2009]. Dostupné z: <<http://www.veselysenior.cz/projekty.php>>.

Vláda ČR. 2003. NÁRODNÍ POLITIKA BEZPEČNOSTI A OCHRANY ZDRAVÍ. *Usnesení vlády ČR č. 475 ze dne 19.5.2003*. Praha: Vláda ČR, 19. květen 2003.

Vodáčková et al. 2007. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN-978-80-7367-342-0.

Vohralíková, L., Rabušic, L. 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2004. 90 s. ISBN 80-239-4218-2.

Vymětalová, V. 2008. *Univerzita třetího věku* [online]. [2008] [cit. 31. červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.fbmi.cvut.cz/studenti/univerzita-tretiho-veku>>.

Zavázalová, H. et al. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Nakladatelství Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

Zdravotnické noviny. 2000. *Otevřena kavárna pro zdraví seniorů* [online]. 2000 [cit. 21. červen 2009]. Dostupné z: <<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=123584>>.

Žáková, M. 1990. *Řešení otázek volného času v zahraničí*. Praha: Výzkumný ústav pedagogiky, 1990. Citováno z: Vážanský, M. *Základy pedagogiky volného času*. 2. vyd. Brno: Print-Typia, 2001. 175 s. ISBN 80-86384-00-4.

Život 90. 2009. *Centrum denních služeb* [online]. [2009] [cit. 1. srpen 2009]. Dostupné z: <<http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/15-centrum-dennich-sluzeb>>.

Životská, K. 2008. *Dobrovolnictví jako motivace k celoživotnímu učení* [online]. 2008 [cit. 28. Červenec 2009]. Dostupné z: <<http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/157/157.pdf>>.

Přílohy

Příloha 1: Škála deprese pro geriatrické pacienty (dotazník), str. 103

Příloha 2: Vzor dotazníku (dotazník), str. 104

Příloha 1: Škála deprese pro geriatrické pacienty

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!				
01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaší vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si že je krásné býti na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														

Zdroj: Holmerová, et al. (2008)

Příloha 2: Vzor dotazníku

Dobrý den.

Studuji Husitskou teologickou fakultu, obor psychosociální studia a píši diplomovou práci o volnočasových aktivitách seniorů. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který bude použit na praktickou část mé diplomové práce.

Dotazník je **anonymní**. Vyplňte prosím dotazník buď zakroužkováním Vámi vybrané varianty nebo doplněním vytečkovaného místa. Vždy, pokud není uvedeno jinak, vyberte prosím **jednu** variantu. Pokud Vám ani jedna varianta nevyhovuje nebo chcete ještě něco dodat, dopište prosím vlastní variantu k možnosti jiné, na vytečkované místo.

Otázky č. 14 až 22 se týkají přímo kurzu, na kterém tento dotazník vyplňujete a jehož název jste uvedli na začátku dotazníku.

Moc Vám děkuji za spolupráci

Kateřina Šnajdrová

1.	Pohlaví	Muž / žena
2.	Věk (doplňte)
3.	Bydliště	Praha /jiné.....
4.	Název kurzu (doplňte)
5.	Bydlím	ve vlastní domácnosti s partnerem ve vlastní domácnosti s dětmi ve vlastní domácnosti sám(a) v zařízení sociální péče – domov důchodců v zařízení sociální péče – penzion pro seniory v zařízení sociální péče – dům s pečovatelskou službou jiné.....
6.	Partnerství	svobodný(á) ženatý/ vdaná Rozvedený(á) Vdova/ vdovec
7.	Nejvyšší dosažené vzdělání	ZŠ SŠ bez maturity SŠ s maturitou VŠ Jiné.....

8.	Pracujete v současné době	ANO, na plný pracovní úvazek, tj. 40 hod. týdně ANO, na částečný pracovní úvazek, tj. méně jak 40 hod. týdně NE, nepracuji Občas Jiné.....
9.	Jste věřící	Ano/ ne
10.	S kým nejčastěji trávíte svůj volný čas	Sám/ sama S partnerem S rodinou S přáteli
11.	Jak obvykle trávíte svůj volný čas (možno zakroužkovat více možností. Pokud zakroužkujete více možností, udělejte prosím křížek u té, kterou trávíte volný čas nejvíce)	aktivně – sport (uved'te jaký)..... aktivně – procházky (denně, více než 3x týdně, méně než 3x týdně) aktivně – návštěva společenských a kulturních akcí aktivně – domácí práce, kutilství, práce na zahrádce aktivně – dobrovolník pro organizaci aktivně – organizováním farních aktivit pasivně – sledování televize, četba nákupy, hypermarkety navštěvuji kluby důchodců, seniorkluby, kurzy apod. návštěva restaurace, baru, hospůdky jinak (možno uvést i více možností).....
12.	Kromě kurzu, ve kterém průzkum probíhá, navštěvuji ještě (možno zakroužkovat více možností)	a) Univerzita třetího věku b) Klub českých turistů c) Akademie třetího věku d) Výtvarné kurzy e) Muzikoterapie f) Arteterapie g) PC kurzy h) Jazykové kurzy i) Trénování paměti j) Sportovní kurzy (jóga, ...) k) Ergoterapie l) Tanec m) Zpěv n) Hra na hudební nástroj i) Jiné
Nyní začínají otázky, které se týkají přímo kurzu, na kterém průzkum probíhá		
13.	Jak dlouho se této aktivitě věnujete	a)..... měsíců b).....let c) jiné.....
14.	Jak často kurz navštěvujete	a) 1x týdně b) 1x za 14 dní c) jiné.....

15.	Věnoval(a) jste se této aktivitě již před odchodem do důchodu	Ano/ Ne
16.	Kurz je pro mě přínosný	Ano/ spíše ano/ ne/ spíše ne
17.	Díky kurzu jsem získal(a) nové přátele	Ano/ ne
18.	Jste díky návštěvě kurzu spokojenější?	Ano/ spíše ano/ ne/ spíše ne
Nyní začínají otázky ohledně vaší spokojenosti		
19.	Máte nějaké závažné zdravotní potíže?	Ano/ ne
20.	Je nabídka volnočasových aktivit pro seniory ve vašem okolí dostačující? Pokud ne, jakou aktivitu byste rád(a) doplnila, abyste se jí mohl(a) účastnit?	Ano/ ne
21.	Jste v podstatě spokojený(á) se svým životem?	ano/ NE
22.	Vzdal(a) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/ ne
23.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ANO/ ne
24.	Nudíte se často?	ANO/ ne
25.	Máte většinou dobrou náladu?	ano/ NE
26.	Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
27.	Cítíte se převážně šťastný(á)?	ano/ NE
28.	Cítíte se často bezmocný(á)?	ANO/ ne
29.	Vysedáváte raději doma, než byste šel(šla) mezi lidi a seznamoval(a) se s novými věcmi?	ANO/ ne

30.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ANO/ ne
31.	Myslíte si, že je krásné žít?	ano/ NE
32.	Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	ANO/ ne
33.	Cítíte se plný(á) elánu a energie?	ano/ NE
34.	Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ANO/ ne
35.	Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/ ne