

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra Psychologie



Bakalářská práce

Karolína Horáková

**Depresivní symptomy u starších lidí a jejich možné zmírnění při
interakci s dětmi**

**Depressive symptoms in elderly people and their possible
reduction in interaction with children**

Praha 2014

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Ráda bych poděkovala PhDr. Markétě Niederlové, PhD. za laskavé vedení, vstřícný přístup a cenné rady. Dále také děkuji za veškeré konzultace PhDr. Haně Štěpánkové a Bc. Anně Šujanové. A v neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a svým blízkým, kteří mi byli oporou a podporovali mě při psaní této práce.

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

V Praze dne 1.5.2014

Karolína Horáková

Abstrakt:

Tato práce se zabývá depresivní symptomatikou ve stáří a možným působením interakce s dětmi na tyto symptomy. V literárně-přehledové části se věnuje nejprve vymezení stáří s některými jeho psychologickými charakteristikami. Dále se zabývá depresivními stavy ve stáří, jejich prevalencí, etiologií a prognózou. V této části se nachází i podkapitola, která je věnovaná screeningu depresivních stavů ve stáří.

Značná část je věnovaná protektivním faktorům, které by mohly staršího člověka uchránit před nástupem deprese, a nejčastěji je zmiňována sociální opora a kontakty s lidmi. Na toto sdělení navazuje část věnovaná interakci s dětmi a jejím výhodám a případným rizikům při interakci v mezigeneračních programech. Poslední kapitola literárně-přehledové části se věnuje již konkrétním mezigeneračním programům. Výstupem této práce je návrh výzkumu, který by se pokusil o zhodnocení již existujících českých mezigeneračních programů a měl by zodpovědět hlavní otázku této bakalářské práce, zda interakce s dětmi může zmírňovat depresivní symptomy ve stáří, případně fungovat jako protektivní faktor před nimi.

Klíčová slova:

Depresivní symptomy, stáří, interakce s dětmi, mezigenerační programy

Abstract:

This bachelor thesis is focused on depressive symptoms in elderhood and possible impact of interaction with children on these symptoms. The elderhood and its psychological characteristics are described in theoretical part. Afterwards the thesis describes depressive disorders in elderly, their prevalence, etiology and prognosis. In this part there is also one chapter about screening of depression in elderhood.

A big part of this thesis is focused on protective factors which can protect elderly people against depression and the most mentioned factor are social support and contacts with people. This information is followed by a chapter which deals with interaction with children and its benefits or possible risks during the interaction in intergenerational programs. The last chapter of the theoretical part is focused on some intergenerational programs. The outcome of the thesis is research proposal which would try to evaluate intergenerational programs which exist already in the Czech Republic and the research should answer the main question of this bachelor thesis if the interaction with children can reduce depressive symptoms in elderly people and/or protect the elderly against them.

Keywords:

Depressive symptoms, the elderly, interaction with children, intergenerational programs

Obsah

Úvod.....	8
1. Stáří.....	10
1.1 Vymezení stáří	10
1.2 Demografická situace	10
1.3 Psychologické charakteristiky stáří	11
2. Depresivní stavy ve stáří.....	14
2.1 Prevalence deprese ve stáří	14
2.2 Typy depresí	15
2.3 Specifický profil deprese ve stáří.....	17
2.4 Etiologie a rizikové faktory	18
2.5 Prognóza a úskalí deprese ve stáří	20
2.6 Screening deprese ve vyšším věku	21
2.7 Protektivní faktory	21
3. Mezigenerační interakce	23
3.1 Výhody mezigeneračních interakcí	23
3.2 Rizika a etické aspekty mezigeneračních programů.....	25
3.3 Mezigenerační programy	26
3.2.1 Programy, ve kterých senioři pomáhají mladším	27
3.2.2 Programy, ve kterých mladší pomáhají starším.....	28
3.2.3 Programy, ve kterých spolu obě skupiny spolupracují	30
4. Praktická část	32
4.1 Úvod.....	32
4.2 Soubor	33
4.2.1 Program č. 1	33
4.2.2 Program č. 2	34

4.2.3 Program č. 3	35
4.3 Metoda	35
4.4 Analýza výsledků.....	36
4.5 Diskuze	37
Závěr	40
Seznam použité literatury	42

Úvod

Ve vyspělých zemích se lidé dožívají stále vyššího věku - medicína dnes umí vyléčit většinu nemocí a ty, které neumí, dokáže alespoň pozastavit nebo zmírnit. Vlivem zlepšení zdravotnické péče a demografických změn naše společnost stárne a zvyšuje se procento lidí v důchodovém věku. Je tedy rozhodně nutné ve všech oblastech vědy, které se stářím souvisejí, se tomuto tématu věnovat.

V naší společnosti přibývá seniorů, kteří odešli do důchodu v poměrně dobré fyzické kondici a prožijí ještě několik (někteří i desítky) let jako důchodci. Oproti dřívějším dobám je to nový fenomén, lidé by ještě mohli pracovat, ale už nepracují. Navíc v naší společnosti zaměřené na výkon je pro mnoho lidí práce jejich hlavní náplní života. Lidé tedy odchází do důchodu, i když by ještě vzhledem ke své fyzické kondici nemuseli. Ztrácí tak důležitou součást svého života a často ji nemají jak vyplnit.

Na druhou stranu stáří může přinášet a přináší mnoho radosti, dává prostor věnovat se věcem, na které doteď nebyl čas, senioři se nemusí už za ničím „honit“ a spěchat a mohou si užívat. Zároveň však může přinést více než jiná životní období mnoho neradostných událostí – úmrtí vrstevníků, ztráta partnera, onemocnění spojená s věkem, zhoršení hybnosti, ztráta programu. Někteří senioři si sami zvolí první variantu, jak chtějí prožít stáří, dokáží překonat negativní projevy stáří a zaměří se na ty dobré. Stáří je zvláštní stav, ke kterému celý život směřujeme, ale těžko se s ním vyrovnáváme, když přijde. Senioři, kteří se těžko vyrovnávají se stářím a s tím, co přináší, mohou propadnout depresivním stavům, které mohou vést až k sebevraždě.

Dříve bylo zvykem, že několik generací žilo společně. Tím pádem se senioři snadno mohli zapojit do chodu rodiny a cítit se užiteční. A především nežili sami, ale v kruhu rodiny a přirozeně se vytvářely mezigenerační vazby. V současné době však většina rodin tímto způsobem nežije a zejména ve městech jsou mezigenerační vazby narušené. Přitom je jasné, že jsou velice důležité jak pro děti, tak pro staré lidi.

Toto téma jsem si vybrala proto, že se domnívám, že by se pozornost psychologů měla zaměřit i na stáří a stárnutí a také proto, že si myslím, že by bylo vhodné podporovat dobré vztahy mezi nejmladší a nejstarší generací. V této práci chápu nejmladší generaci široce,

protože mezigenerační programy fungují pro různé věkové kategorie, nebudu tedy nijak vymezovat, kdo do této skupiny patří.

Cílem mojí práce je na jedné straně popsat dosud zjištěné poznatky o depresivních stavech ve stáří a na druhé straně uvést různé druhy intervenčních programů pro děti a seniory na podporu mezigeneračních vztahů. Tato část mé práce je literárně-přehledová a v praktické části své práce navrhnou výzkum na hodnocení mezigeneračních programů.

Zdroje uváděné v práci jsou citovány podle citační normy APA, všechny překlady cizojazyčné literatury jsou autorské.

1. Stáří

1.1 Vymezení stáří

Obvykle se uvádí, že stáří je poslední fáze lidské ontogeneze. A pojmem stárnutí se nazývá proces, který probíhá v lidském těle, týká se všech částí lidského organismu a dotkne se všech psychických funkcí. Tento proces můžeme označit slovem involuce, které je protikladem evoluce a naznačuje postupný úbytek a zánik.

Stárnutí se vyznačuje tím, že je interindividuální i intraindividuální, což znamená, že tento proces neprobíhá u všech lidí stejně a zároveň se jedinec může lišit v tom, jakým způsobem například stárne jeho tělo a jeho psychické funkce. V dnešní době stáří také zahrnuje daleko delší etapu života než dřív, a proto ho ještě dále dělíme. Některá dělení začínají od šedesáti let věku, jiná od šedesáti pěti let. Uvádím zde často používané dělení od Světové zdravotnické organizace (WHO). Od 60 do 74 let se jedná o tzv. rané nebo časné stáří, od 75 do 89 vlastní stáří, a od 90 let hovoříme o dlouhověkosti (cit. podle Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012). Existují i další dělení, která se drobně liší ve věkovém vymezení, hlavní myšlenka, tedy dělení stáří na tři fáze, však zůstává stejná. Stáří se také někdy nazývá jako třetí věk a čtvrtým věkem se potom míní fáze života, kdy jsou lidé odkázáni na péči druhých.

Toto dělení není samoučelné, je zřejmé, že mezi šedesátníkem, čerstvým důchodcem, a devadesátiletým seniorem, který je v důchodu již přes dvacet let a může být už závislý na péči druhých, budou značné rozdíly. Klinici i vědci zabývající se stářím proto berou toto dělení v potaz.

1.2 Demografická situace

Dobrym důvodem proč se věnovat psychologii stáří je skutečnost, že seniorů bude v budoucnosti přibývat. V současné době jsme často v médiích s tímto faktem konfrontováni, obvykle se však konkrétní čísla neuvádějí. V současné době žije v České republice 1 768 000 osob ve věku nad 65 let (Český statistický úřad, 2013). Převáděno na procenta to činí zhruba 16,8% obyvatel. Nicméně vzhledem k trendům u nás i v západním světě se zdá, že pokud by tyto trendy pokračovaly stále stejně, procento obyvatel nad 65 let věku bude nadále růst. Toto číslo roste v České republice kvůli tomu, že dlouhodobě klesá porodnost, prodlužuje se naděje

na dožití a přirozený přírůstek obyvatel v současné době dosahuje hodnoty nula (Český statistický úřad, 2013).

Jedním z konceptů, jak se s těmito demografickými změnami vyrovnat, je podpora aktivního stáří. Je důležité podpořit seniory, aby po odchodu do důchodu zůstávali ještě co nejdéle aktivní, měli své zájmy a koníčky, kterým se budou věnovat. Pro ně i pro celou společnost je užitečné, pokud mohou senioři pracovat i po odchodu do důchodu třeba jen na poloviční úvazek. Nebo mohou také svůj čas trávit dobrovolnickou prací. Je to užitečné proto, že naplní svůj čas programem, udržují se aktivní a navíc nejsou závislí pouze na příjmech od státu. Zodpovědnost za aktivní stáří leží na samotném jedinci, ale měla by být podpořena i ze strany státu (Walker & Maltby, 2012).

1.3 Psychologické charakteristiky stáří

Název této kapitoly by mohl vydat na knihu, nebudu se zde věnovat celé této oblasti, vybrala jsem pouze několik charakteristik stáří, které považuji za podstatné vzhledem k tématu své práce.

Jak jsem výše již zmínila, stáří je velice interindividuální i intraindividuální záležitost, přesto však u starých lidí probíhají některé podobné procesy. Známy vývojový psycholog Erik H. Erikson nazývá stáří obdobím, ve kterém probíhá konflikt mezi integritou a zoufalstvím (Erikson, 1996). V této fázi života člověk těží z toho, co prožil, pokud se v předešlých stádiích života nevyrovnal s některým z konfliktů, promítne se to i do této fáze života. Ideálním cílem tohoto období je dosáhnout integrity vlastního já, nelitovat žádné chvíle svého života a brát život takový, jaký byl. Důležité je nechtít na něm nic měnit. Podstatné je také přijímat celou svou osobnost, včetně těch vlastností, které na sobě nemáme rádi (Erikson, 1996). Z toho tedy vyplývá, že stáří je naplněno vzpomínáním, nemělo by však převážet a staří lidé by měli hledět i do budoucnosti.

Erikson dále uvádí, že pokud nedojde k integraci ega, může se objevit lítost až zoufalství a strach ze smrti, jelikož blížící se smrt připomíná, že již nebude šance prožít svůj život znova a jinak (Erikson, 1996). S tímto faktem také souvisí jev, který Křivohlavý (2002) popisuje jako tzv. šok z uzavírajících se dveří. Tento jev provází značná úzkost, vyvolaná právě tím, že se začíná zmenšovat počet možností, jak trávit čas (Křivohlavý, 2002). Může to souviset také s tím, že lidé někdy celý život stále na něco čekají, například až se budou moci odstěhovat, až si koupí první auto, až postaví dům a podobně. Ve stáří je však najednou jisté, že určité věci už se nestanou a smrt je najednou velmi blízko.

Zajímavou otázkou je, zda stáří nějak proměňuje osobnost člověka. Haškovcová (2010, s. 141) se domnívá, že ano: „*Říkává se, že stáří karikuje povahu. Typické vlastnosti jednotlivce se s věkem skutečně zvyrazňují.*“ Nicméně současné poznatky ukazují, že tomu tak být zřejmě nemusí. Stuart-Hamilton (2006) uvádí, že se ve výzkumech na toto téma zřejmě projevil vliv kohorty, podle kterého potom výzkumníci usuzovali, že určitá vlastnost je spojena se stářím.

Můžeme však mezi starými lidmi pozorovat několik strategií vyrovnání se se stářím, které vycházejí například z toho, jaký prožili život a jací byli dříve. Neugarten, Havinghurst a Toibin (1961, 1968 cit. podle Stuart-Hamilton, 2006) ve svých výzkumech analyzovali čtyři až pět strategií. Strategie vychází z toho, jakým způsobem se člověk vyrovnává se svým stářím. V ideálním případě je člověk spokojený a smířený se svým životem, ale má i plány do budoucna. Někdo jiný si však své stáří třeba vůbec nechce připustit a snaží se s tím nějak bojovat. Opačným případem je situace, kdy člověk naopak stáří příliš podléhá a stává se závislým na druhých víc, než je nutné. Tito lidé mohou mít také tendence příliš si vynucovat pozornost druhých lidí. Určití jedinci mohou na stáří reagovat silně negativními emocemi, které mohou být zaměřeny buď proti sobě, nebo proti druhým lidem. Tito lidé obvykle nejsou spokojeni se svým životem a vinu za své současné neštěstí připisují sobě nebo okolí (Neugarten, Havinghurst a Toibin, 1961, 1968 cit. podle Stuart-Hamilton, 2006).

Stáří samo o sobě povahu člověka nijak nemění. Každý se ale musí s příchodem stáří nějak vyrovnat, a proto můžeme u některých starších lidí pozorovat některé podobné charakteristiky. Senioři se liší v tom, jaký postoj ke stáří zvolí, a to následně může ovlivňovat jejich chování. Jakou však zvolí strategii, vychází jednak z jejich povahových rysů, ale i z toho, co ve svém životě zažili. Stuart-Hamilton (2006) upozorňuje, že do výběru strategie vstupuje i socioekonomický status.

Stáří přináší významnou změnu právě v socioekonomickém statutu, senioři odcházejí do důchodu a ztrácejí tím svou profesní roli, která představuje pro většinu lidí důležitou součást jejich života. Tato nově vzniklá situace může způsobovat ekonomické potíže, ale i psychické. Někteří lidé mohou trpět psychickými obtížemi, protože se již necítí užiteční (Stuart-Hamilton, 2006). Na druhou stranu ale Stuart-Hamilton (2006) uvádí, že pro většinu lidí je odchod do důchodu příjemnou zkušeností.

Socioekonomický status může také negativně ovlivnit vdovství, které postihuje častěji ženy než muže. Odchod partnera je jev, který také může silně ovlivnit prožívání starého

člověka. Jak uvádí Haškovcová (2010), je to pro starého člověka velice frustrující. A odchod partnera navíc může také zapříčinit vznik depresivních stavů (Stuart-Hamilton, 2006). Z výše uvedeného je jasné, že prožívání stáří je odvislé od mnoha faktorů osobnostních, ale souvisí i s prožitými událostmi každého jedince.

2. Depresivní stavy ve stáří

Tato kapitola se bude zabývat depresivními stavy ve stáří, jejich specifickým profilem, prevalencí a etiologií. Krátce se zmíním o screeningových nástrojích na měření depresivity. V této kapitole budu záměrně zaměňovat výrazy depresivita a deprese, jelikož spolu souvisí a hranice mezi nimi není z mého pohledu ve stáří zcela přesně vymezena.

Deprese patří mezi psychické poruchy, které se mohou objevit v jakémkoliv věku. „*Trpí-li afektivními poruchami kolem 3 – 5 % celkové populace světa, pak ve stáří se toto procento zvyšuje,*“ (Baštecký, Kümpel, & Vojtěchovský, 1994, s. 206). Ovšem její klinický profil se významně liší od deprese v mladším věku. Jedná se o psychickou poruchu, která se ve stáří vyskytuje nejčastěji (Borges, Benedetti, Xavier & D'Orsi, 2013). Nicméně dosud nebyly zaznamenány žádné genetické změny, který by měly podmiňovat vznik deprese ve stáří (Alexopoulos, 2005). Znamená to tedy, že deprese není primárně důsledek stáří.

2.1 Prevalence deprese ve stáří

Pokud se budeme zajímat o prevalenci deprese ve stáří, zjistíme různé rozporuplné výsledky. Například Holmerová, Vaňková, Dragomirecká, Janečková & Veleta (2006) zjistili prevalenci mírné depresivity u 40 % obyvatel domovů pro seniory a silnou depresivitu u 15%. Ale oproti tomu například Kok, Heeren, Hooijer, Dinkgreve & Rooijmans (1995) uvádějí silnou depresivitu jen u 5,9 % svého vzorku.

Epidemiologické studie uvádí poměrně široké rozmezí prevalence deprese, u osob žijících v zařízeních 14% - 42%, u osob žijících doma 0,9% – 9,4% (Borges et al., 2013). Problémem těchto studií může být již zmíněný specifický obraz deprese ve stáří. Dalším úskalím jsou různé definice deprese, například Borges a jeho kolegové (2013) ve své epidemiologické studii zařazovali mezi depresivní probandy všechny, kteří v dotazníku Geriatrické škály deprese GDS- 15 (viz kapitola 2.6) dosáhli pěti bodů z patnácti. A prevalence jim poté skutečně vyšla vyšší - 23,9 % (Borges et al., 2013).

V řadě případů z hlediska diagnostických kritérií nelze u seniorů hovořit o diagnóze deprese, ale pouze o přítomnosti depresivních symptomů neboli o subsyndromální depresi. Záleží tedy pouze na autorech dané studie, jaká kritéria depresivity zvolí. Dalším vysvětlením širokého rozpětí výskytu deprese mohou být metodologické chyby. Výběr populace v těchto

studíích nemusí být vždy reprezentativní, problém může být také v administraci a interpretaci dotazníků a v definování deprese (Konrád, 2013).

2.2 Typy depresí

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadí depresi mezi afektivní poruchy. Pokud se deprese střídá s fází mánie, hovoříme o bipolární depresi (F31). Pokud se fáze mánie neobjevuje, hovoříme o depresivní fázi (F32), v případě opakující se fáze deprese se jedná o periodickou depresivní poruchu (F33). Deprese se projevuje depresivními symptomy a na základě množství a míry projevených symptomů určujeme, zda se jedná o lehkou, středně těžkou nebo těžkou depresivní fázi (F32.0 – F32.2).

Mezi depresivní symptomy patří zhoršená nálada, nedostatek energie, pasivita, narušení spánku, ranní pesima, apatie, zhoršená chuť k jídlu, narušené sebehodnocení, pocity viny a beznaděje, suicidální myšlenky, ztráta libida, neschopnost prožívat radost. Člověk s depresí také nereaguje na okolní změny a jeho nálada se v čase nemění. (WHO, 2013).

V případě lehké depresivní fáze se objevují dva až tři příznaky, člověk se cítí deprimován, ale dokáže se účastnit každodenních aktivit. Ve středně těžké depresivní fázi se objevuje čtyři a více depresivních symptomů, lidé už mají významné obtíže účastnit se denních aktivit. V těžké depresivní fázi se navíc objevují i suicidální myšlenky. Dále ještě rozlišujeme těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky, kdy se ke všem uvedeným symptomům navíc ještě přidávají bludy a halucinace (WHO, 2013). Deprese s psychotickými příznaky se ale u starších pacientů objevuje méně než v běžné populaci (Casey, 2012).

Diagnostický model deprese, který v současné době převažuje, je unitární a počítá pouze s jedním typem deprese (Mizushima, Sakurai, Mizuno, Shinfuk, Tani et al., 2013). V tomto pojetí se shoduje Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) i Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV). Obě tyto mezinárodně uznávané klasifikace počítají s jedním typem deprese a při klasifikaci se zabývají symptomy. Dříve se však běžně využívalo dělení, které v roce 1920 vytvořil Kurt Schneider a rozdělil v něm depresi na dva podtypy - na reaktivní a endogenní (cit. podle Mizushima et al. 2013). Hlavní rozdíl mezi nimi je v tom, že u endogenní deprese se předpokládá větší podíl genetických faktorů.

Toto dělení se sice v současné době nenachází v žádném z diagnostických manuálů, ale stále má určitý smysl. Mizushima et al. (2013) uvádějí, že například na léčbu endogenní deprese lépe fungují antidepressiva a elektrokonvulzivní terapie, zatímco placebo či psychoterapie fungují pouze velice málo. Toto tvrzení koresponduje i s tím, co tvrdí Höschl

(2002), který zmiňuje, že zatímco u biologické formy deprese má psychoterapie spíše podpůrnou funkci, pokud jsou v popředí vzniku deprese psychologické problémy, psychoterapie je nezbytná a podstatná součást léčby.

Mizushima et al. (2013) ve své studii dokázali, že většina japonských psychiatrů se při výběru léčby deprese řídí tím, zda její symptomy odpovídají spíše endogenní či reaktivní depresi. Tento fakt je poměrně překvapující vzhledem k tomu, že současný unitární diagnostický model platí již přes deset let, ale zřejmě má v některých případech dělení deprese stále svůj význam. Například ve stáří je právě reaktivní deprese častější (Baštecký, Kümpel, & Vojtěchovský, 1994).

Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV) rozlišuje depresi na „minor“ a „major“ a u studií zabývajících se depresí u seniorů se s tímto dělením často setkáváme (například Alexopoulos, 2005; Berg, Oldehinkel, Brilman, Bouhuys & Ormel, 2000). Jedná se o rozlišení těžké deprese a lehké deprese, které předchází fáze subsyndromální deprese neboli také fáze depresivních symptomů. A právě lehká deprese je u starších lidí častější (Berg et al., 2000). Berg a jeho kolegové (2000) však ve své studii neobjevili žádné významné rozdíly mezi seniory s depresivními symptomy nebo s lehkou či těžkou depresí. Vzhledem k problémům s diagnostikou deprese mohli být ale někteří účastníci studie špatně zařazeni anebo mohou také výsledky vypovídat o tom, že i lehká deprese se může ve stáří stát závažnou nemocí a projevuje se jinak než u mladšího jedince.

Těžká deprese se projevuje výskytem alespoň pěti depresivních symptomů, a jak již bylo zmíněno, mohou mezi ně patřit i suicidální myšlenky. Pro diagnózu těžké deprese DSM-IV i MKN-10 vyžadují, aby se objevila depresivní nálada nebo ztráta zájmu nebo radosti (Alexopoulos, 2005). Alexopoulos (2005) navíc dále uvádí, že u lidí s tímto onemocněním (ale bez syndromu demence), se mohou objevit i kognitivní změny jako potíže se soustředěním, narušení exekutivních funkcí a zpomalené reakce, které se po léčbě deprese zlepší, ale zcela již nevyjmí.

Pro lehkou depresi stačí, když se objeví méně symptomů, dva až tři, není zde však jasná hranice mezi lehkou depresí a subsyndromální depresí. Někteří autoři považují subsyndromální depresi a lehkou depresi za synonyma (například Sözeri-Varma, 2012), jiní nikoliv (například Alexopoulos, 2005).

2.3 Specifický profil deprese ve stáří

Klinický obraz deprese ve stáří se často liší od deprese v mládí či v dospělosti. První odlišnost je již v původu deprese: „*Zatímco deprese v mládí je často spojována s rodinou anamnézou, ve stáří tomu tak není,*“ (Casey, 2012, s.163). Z toho vyplývá, že deprese ve stáří obvykle nebývá geneticky podmíněná. Průběh deprese také může být odlišný, nástup nemoci může být spíše postupný, plíživý. U velmi starých lidí může dlouhá fáze subsyndromální deprese přejít do fáze deprese (Alexopoulos, 2005).

U starších lidí se projevují odlišné symptomy než u mladších jedinců. „*Starší pacienti si méně stěžují na pokles nálady, přesto že objektivně je patrný,*“ (Konrád, 2013, s.9). Senioři mohou pokles nálady přičítat třeba také svému věku nebo nemocem, kterými trpí, a jsou tedy více zaměřeni na pozorování svých somatických obtíží. Jak uvádí Casey (2012), deprese ve stáří se projevuje změnami ve fungování těla, dochází k úbytku váhy, objevuje se únava, nespavost a bolesti. Skutečně se tedy mohou objevit nové somatické obtíže, na které si pacienti stěžují, a chtějí po svých praktických lékařích, aby hledali jejich příčinu. Mohou mít také tendenci zveličovat svoje obtíže. Konrád (2013) uvádí, že někteří pacienti si mohou dokonce své somatické obtíže zcela vymýšlet, v tomto případě se jedná o hypochondrickou depresi. Vedle somatických obtíží se objevují problémy v rozhodování, negativní nálada, narušení psychomotorického tempa a exekutivních funkcí (Casey, 2012).

Jak již bylo řečeno, s depresí ve stáří se pojí narušení kognitivních funkcí, které může být natolik závažné, že bude chybně diagnostikováno jako mírná kognitivní porucha (MCI) či demence. Vztah mezi depresí a demencí ve stáří je však složitější. Jak uvádí Casey (2012), deprese ve stáří může být rizikovým faktorem pro rozvoj demence nebo také může být jedním z prvních příznaků Alzheimerovy choroby. O složitosti vztahu vypovídá i to, co jsem již zmínila výše, že po залечení deprese se kognitivní narušení zlepší, ale zcela již nevyjmizí.

U některých lidí je obtížné depresi identifikovat, protože současná generace seniorů nemusí považovat depresi za normální onemocnění a sami by se neodvážili hledat psychiatrickou pomoc. „*Mnoho seniorů se soustředí pouze na fyzické symptomy spojené s depresí, které si racionalizuje,*“ (Casey, 2012, s.161). Tito lidé se tedy zaměří pouze na své fyzické obtíže a nepřipouštějí si, že by tyto obtíže mohly nějak souviset s depresí. Jak uvádějí Evans & Mottram (2000), protože léčba somatických obtíží nezabírá, deprese se může zhoršovat a tyto skutečnosti mohou vést k tomu, že pacienti jsou méně ochotní spolupracovat a méně důvěřiví k lékařům.

Casey (2012) zmiňuje, že samotný termín deprese je poněkud problematický, tento stav je spojený spíše se smutkem, který si lidé spojují spíše s normální emoci než s onemocněním. Někteří lidé také mohou mít tendenci depresivní náladu brát jako důsledek stáří, které považují za smutné období plné ztrát.

2.4 Etiologie a rizikové faktory

Příčin vzniku deprese ve stáří může být celá řada, existuje však několik rizikových faktorů, které lze identifikovat, a na ty by bylo dobré se zaměřit v rámci různých preventivních programů například v klubech pro seniory a v různých centrech, která se seniory pracují. Znalost těchto rizikových faktorů se může hodit i praktickým lékařům, ke kterým se senioři obvykle obracejí jako k prvním. A navíc se s nimi obvykle znají delší dobu, takže k nim starší lidé mohou mít i důvěru.

Dlouho známým faktem je, že depresí trpí více senioři žijící v léčebnách pro dlouhodobě nemocné či v domovech pro důchodce. Alexopoulos (2005) uvádí, že depresivní symptomatologie se rozvine u 10 – 20 % lidí už v prvním roce jejich pobytu a během druhého roku se deprese naplno projeví až u 14 % klientů, zatímco v normální populaci jich je 1 – 4%. Na druhou stranu je třeba ale říci, že klienti těchto zařízení jsou daleko více sledováni a zkoumáni, než senioři žijící doma. Je proto těžké přesně určit prevalenci deprese u seniorů žijících doma. Ovšem je jasné, že samo stěhování a zvykání si na nové prostředí, cizí lidi a nový režim života je rozhodně rizikovým faktorem a velice stresující událostí obzvlášť pro velmi staré lidi. Navíc seniorů, kteří musí být umístěni do těchto zařízení, se budou týkat i další rizikové faktory pro vznik deprese, proto je tedy jasné, že v této populaci bude výskyt deprese vyšší.

Autoři, zabývající se rizikovými faktory, se shodují, že přítomnost deprese významně souvisí s dalšími zdravotními obtížemi. Fröjdh, Håkansson & Janson (2003) ve své studii zjistili, že pro depresivní pacienty platí, že zároveň trpí nějakými fyzickými obtížemi a často navštěvují lékaře. Není to ale tak, že by jakékoliv zdravotní komplikace mohly způsobit depresi, vztah mezi nimi bude složitější. Millán-Calenti, Sánchez, Lorenzo & Maseda (2012) ve své studii upozornili, že důležitým rizikovým faktorem je vlastní hodnocení svého zdraví. A Borges et al. (2013, s. 3) to potvrzují: *„Přítomnost depresivních symptomů byla vyšší u jedinců s kognitivním deficitem, u těch, kteří byli vysoce funkčně závislí, u těch, kteří utrpěli pád během posledního roku a také u těch, kteří považovali své zdraví za velice chatrné.“*

Baura, Ghosh, Kar & Basilio (2012) k výše zmíněným obtížím ještě přidávají artritidu a zrakové postižení. Zdravotní obtíže, zejména ty dlouhodobé, fungují jako významný rizikový faktor pro vznik deprese a navíc je ještě podstatné, jakým způsobem člověk na své zdraví nahlíží. Může to souviset i s výše zmíněnými strategiemi zvládnání stáří. Pokud je člověk se svým stářím spokojen a užívá si ho, možná snáze přijímá nemoci, které v tomto věku mohou přicházet. A pokud došel k integritě svého života, snáze se také smíruje se zhoršujícím se zdravím než ten, který se životem spokojen není a chtěl by žít znova a jinak.

Mezi další rizikové faktory, které mohou zapříčinit vznik deprese, patří například odchod do důchodu, ztráta životního partnera, osamělost, nesoběstačnost, závislost, odchod do ústavního zařízení (Ondrušová, 2011). Všechny tyto uvedené příčiny jsou velice závažné události v životě člověka a v jakémkoliv věku mohou způsobovat depresi, nicméně ve stáří se tyto události jako odchod ze zaměstnání, ztráta partnera a podobně dějí častěji než kdy dřív.

Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk, & Aslan (2012) objevili pozitivní korelaci mezi depresí a osamělostí ve stáří. Jedná se o velice podstatný fakt, protože senioři jsou osamělostí až izolací velice ohroženi. Dříve tři generace rodiny žily společně, ale tento jev se dnes spíše vytrácí. A staří lidé, pokud jim zemřel partner, žijí sami. Dalším problémem jsou domovy pro důchodce, kde se senioři také mohou cítit osaměle. Naše společnost se v současné době zaměřuje na to, aby mohly být zrušeny dětské domovy a místo ústavní péče, aby byly děti svěřovány k adopci a do pěstounské péče. Podobná iniciativa by měla být namířena i na domovy pro důchodce, aby fungovaly pouze jako poslední možnost péče a rodiny byly ze strany státu co nejvíce podporovány v péči o své starší členy.

Mezi další rizikové faktory pro vznik deprese ještě patří atak deprese v dřívější době (Cole & Dedunkuri, 2003). Tento fakt může souviset například s tím, že u jedinců, kteří mají predispozice k depresi, se může rozvinout i ve stáří ještě pod vlivem dalších událostí. A co se týče sociodemografických charakteristik, je třeba zmínit, že ženy jsou postiženy depresí dvakrát častěji než muži (Alexopoulos, 2005) a deprese se také vyskytuje spíše u jedinců, kteří ve škole strávili pět až osm let (Borges et al., 2013). Poslední zmíněný fakt může souviset i s tím, že jedinci s nižším vzděláním se obvykle živí manuální prací a mohou trpět většími zdravotními obtížemi. Nebo také mohou mít někteří méně zájmů a koníčků, což může zapříčinit horší vyrovnání se s odchodem do důchodu a příchodem stáří.

2.5 Prognóza a úskalí deprese ve stáří

Proč zaměřovat svou pozornost na výskyt deprese ve stáří? Během depresivní nálady se totiž mohou u nemocného objevit i suicidální myšlenky, které jsou však ve stáří daleko nebezpečnější než v mladším věku. Sebevražda je totiž u populace seniorů dvakrát častější než u zbytku populace (Alexopoulos, 2005), výskyt sebevražd navíc stoupá s věkem (Konrád, 2013). Sebevražda u starších jedinců může být daleko nebezpečnější než v mladším věku proto, že jejich pokus o sebevraždu není demonstrativní, což se projeví ve výběru místa, času i metody. Jak uvádí Stuart-Hamilton (2006), starší lidé chtějí sebevraždou utéct před utrpením a bolestmi. Pokud se tedy pro sebevraždu rozhodnou, je to pro ně definitivní a jsou odhodláni sebevraždu dokonat.

Musíme tedy věnovat pozornost tomu, jaká je prognóza deprese ve stáří. Murphy (1983) ve své studii uvádí, že pouze u jedné třetiny pacientů s depresí nastalo po roce zlepšení, u zbylých dvou třetin deprese dále postupovala, také kvůli dalším fyzickým obtížím, přetrvávajícím nemocem a dalším nepříjemným životním událostem. Cole, Bellavance & Mansour (1999) ve své metaanalýze zjistili podobné výsledky, třetina účastníků se cítila lépe, 33% mělo stále deprese, ale poměrně vysoké procento zemřelo (21%).

Výsledky výzkumů však nejsou jednoznačné, což může být způsobeno tím, že stáří je spojeno s komorbiditou nemocí, která může ovlivňovat výsledky studií. Laudisio, Marzetti, Pagano, Pozzi, Bernabei & Zuccalà (2010) ve své studii vyšetřovali depresivitu a po roce zjistili, že pětina jejich probandů byla hospitalizována, zatímco úmrtí postihlo „pouze“ 6% probandů.

Významným problémem je, že značná část pacientů trpící depresí, se s ní neléčí. Bruce, McAvay, Brown, Meyers, Keohane et al. (2002) ve své studii na seniorech žijících doma zjistili, že většina z nich (78%), kteří trpěli depresí, se s ní neléčili. Tato skutečnost by se měla dostat do širšího povědomí například i praktických lékařů, kteří se seniory přicházejí běžně do styku, ale je důležitá i pro samotné seniory a jejich blízké. Stejná situace panuje i v domovech pro seniory. Holmerová et al. (2006, s.183) zjistili toto: „*Antidepressivy bylo léčeno pouze 44% seniorů vykazující silnou depresivitu dle GDS (Geriatrická škála deprese – pozn. aut.) a 16% seniorů s mírnými a středně silnými depresivními příznaky.*“

Deprese a ještě více neléčená deprese významně zhoršuje kvalitu života. Holmerová, Vaňková & Jurašková (2007, s.97) to potvrzují: „*Do roku 2020 se pravděpodobně stane deprese druhou nejvýznamnější příčinou ztracených let v důsledku disability.*“ A právě

neléčená deprese, různé somatické nemoci a chronické bolesti mohou vést k tomu, že si senioři vyberou jako cestu z problémů ukončení života. Souvisí s tím i to, co zjistily Ondrušová & Dragomirecká (2012), že prediktorem nízké úrovně smysluplnosti života ve stáří je deprese.

2.6 Screening deprese ve vyšším věku

V této podkapitole bych ráda uvedla dva nejpoužívanější nástroje na screening deprese ve stáří.

Nejoblíbenější metodou je Geriatrická škála deprese (GDS), kterou vytvořil Yesavage et al. (1983 cit. podle Mitchell, Bird, Rizzo & Meader, 2009) původně jako třicetipoložkový dotazník s možností odpovědi ano/ne. Při svých odpovědích se má dotazovaný zamyslet nad tím, jak se cítil v posledním týdnu. O tři roky později Sheik a Yesavage (1986 cit. podle Mitchell et al., 2009) zkrátili původní dotazník na polovinu. Tato druhá verze dotazníku je celosvětově více používaná a Mitchell et al. (2009) ve své metaanalýze dokonce zjistili, že kratší verze má větší senzitivitu i specifitu a že delší verze dotazníku nepřináší více informací o stavu pacienta. Hodnocení skóru v GDS je následující: v případě 0 – 5 bodů se jedná o normální stav, 6 – 10 bodů značí mírnou depresivitu a 11 a více bodů indikuje těžkou depresivitu (Holmerová et al., 2007).

Ovšem v případě kognitivních deficitů se jeví jako vhodnější nástroj Cornellská škála deprese (Alexopoulos, Abrams, Young & Shamoian, 1988). Debruvne, Van Buggenhout, Le Bastard, Aries, Audenaert et al. (2009) ve své studii totiž zjistili, že GDS-15 lze použít u pacientů s mírnou kognitivní poruchou, ale už ji nelze použít pro pacienty s Alzheimerovou chorobou. Cornellská škála deprese je devatenáctipoložkový polostrukturovaný rozhovor, který využívá informace od pacienta, ale i od pečujícího (Alexopoulos et al., 1988). Tato metoda je mnohem časově náročnější, administrace trvá dvacet až třicet minut.

2.7 Protektivní faktory

Na závěr této kapitoly bych ráda zmínila faktory, které mohou zřejmě fungovat jako protektivní v případě deprese. Jedná se o faktory, které výzkumníci analyzovali při zkoumání depresivity u jedinců, kteří jí netrpěli. Borges et al. (2013) zjistili, že deprese se nevyskytla u jedinců, kteří měli sexuální vztah, používali internet, věnovali se nějaké fyzické aktivitě, pravidelně se setkávali s přáteli nebo byli součástí například náboženské či jiné sociální skupiny.

Z výše uvedených zjištění bych zdůraznila především fyzickou aktivitu, která může působit jako protektivní faktor před depresivními symptomy, ale také před somatickými onemocněními. Castro, Giani, Ferreira, Bastos, Cruz et al. (2009) ve své studii porovnávali neaktivní starší dámy a ty, které se věnovaly nějaké fyzické aktivitě. Skutečně jim vyšlo, že pohyb v jakékoliv formě funguje jako protektivní faktor. Ve druhé skupině byly dámy, které cvičily, tančily nebo se věnovaly meditaci a je zajímavým faktem, že mezi meditujícími dámami dosahovala depresivita nejnižší hodnoty (Castro et al., 2009).

Pokud však už senioři depresí trpí, bude pro ně patrně velice těžké se vůbec věnovat nějakému pohybu. Lidé trpící depresí mají tendenci se pohybovat velice pomalu, protože každý pohyb je pro ně velice náročný a chybí jim energie. Starší lidé mohou mít obecně s příchodem stáří problémy s motorikou, ale deprese toto zhoršení může výrazně zvýšit. Jak zjistili Santos, Fernandes, Reis, Coqueiro & Rocha (2012, s. 298) ve své studii: „*Ve všech testech zaměřených na motoriku jsme pozorovali, že u starých lidí s přítomnými depresivními symptomy se objevoval statisticky vyšší výskyt funkčních omezení než u jedinců bez depresivních symptomů.*“

Ráda bych také ještě zdůraznila, že dalším důležitým faktorem je sociální podpora a dobré vztahy v rodině. Taqui, Itrat, Qidwai & Qadri (2007) ve své studii zjistili, že jedinci, kteří žijí pouze s nukleární rodinou, jsou více ohroženi depresí. Tato studie proběhla v Pákistánu, kde především na venkově je zcela běžné, že širší rodina žije pohromadě (Taqui et al., 2007). Greenglass, Fiksenbaum & Eaton (2006) ve své studii zase prokázali negativní korelaci mezi depresí a sociální podporou. Tyto výsledky ukazují, že pro starší lidi je víc než kdy dřív důležité být se svými blízkými pravidelně v kontaktu.

V dnešní společnosti se sice společné soužití generací neobjevuje tak často, jako tomu bylo dříve, ale pro fungování všech členů rodiny může být velice funkční. Babičky a dědečkové mohou hlídat vnoučata nebo jinak pomáhat s chodem domácnosti a zároveň nejsou osamělí. Toto tvrzení potvrzují i Tsai, Motamed & Rougemont (2013), kteří ve své studii zjistili, že senioři, kteří žijí se svým partnerem nebo dětmi nebo se starají o vnoučata, jsou méně ohroženi depresivními symptomy. Na druhou stranu je ale jasné, že ne všem seniorům tento program na stáří musí vyhovovat. Mladší členové rodiny by si měli uvědomovat, že hlídání vnoučat není samozřejmostí.

3. Mezigenerační interakce

Jak jsem zmínila na konci předešlé kapitoly, rodina a sociální opora mohou dobře fungovat jako protektivní faktory před depresivními symptomy. Tato kapitola by se měla zabývat vztahy mezi nejstarší a nejmladší generací, konkrétně vztahy mezi prarodiči a vnoučaty. Právě tyto vztahy mohou pomáhat seniorům v přijímání jejich stáří. Chtěla bych se ale zaměřit na přínos jejich vztahu pro obě strany.

Kuchařová (2002) ve svém empirickém šetření zjistila, že čeští senioři uvádí, že mají dobré vztahy se svou širší rodinou, často se navštěvují, ale zároveň obě strany preferují oddělené bydlení nukleárních rodin. Většina dotazovaných preferovala oddělené bydlení, avšak v blízkosti, aby za seniory mohli jejich příbuzní docházet, a pouze 12% dotazovaných respondentů žije v jedné domácnosti se svými rodiči v seniorském věku (Kuchařová, 2002).

Tento fakt ale rozhodně nemusí být na překážku vztahům mezi prarodiči a vnoučaty, pokud bydlí blízko u sebe, mohou se navštěvovat dostatečně často, i když spolu nebydlí. Kuchařová (2002) totiž dále zjistila, že 32% pravidelně pomáhá svým dětem při péči o vnoučata a 30% alespoň občas. Z těchto výsledků vyplývá, že více než polovina českých dětí má pravidelný kontakt s prarodiči.

Je zajímavé porovnat tyto výsledky s výzkumy ze zahraničí. Tsai, Motamed & Rougemont (2013), kteří prováděli longitudinální studii depresivity u seniorů, zjistili, že od roku 1993 do roku 2007 vzrostl počet seniorů starajících se o vnoučata ze 7% na 21%. Rozdíly v počtech seniorů, kteří se starají o vnoučata, může být dán tím, že v Česku bylo za bývalého režimu zcela běžné, že se babičky staraly o vnoučata, jelikož odcházely do důchodu dřív než dnes a matky se zase musely vracet brzy zpět do práce. Je možné, že tato tradice tady dále přetrvává, ale je otázkou, zda vydrží i nadále, jelikož jsou čeští senioři čím dál aktivnější.

3.1 Výhody mezigeneračních interakcí

Z hlediska prarodičů jsou benefity vztahu v čase neměnné, ale domnívám se, že pro děti se proměňují spolu s tím, jak vyrůstají. Když jsou malé, prarodiče jim mohou trpělivě pomáhat s učením, ale například v pubertě, v době hledání vlastní identity, mohou senioři přinášet jiný pohled na život a jiné morální hodnoty, než jim ukazují jejich vrstevníci.

Pro seniory jsou výhody mezigenerační interakce zcela zřejmé. Tsai et al. (2013) ve své studii zjistili, že interakce dětí a prarodičů pozitivně ovlivňuje osobní pohodu starších lidí, jelikož jim tento vztah naplňuje potřebu lásky a kontaktu s druhými lidmi. Rodina a vnoučata

také mohou zabránit tomu, aby se starý člověk cítil osamělý a dostal se až do sociální izolace. Navíc osamělost a sociální izolace jsou jedny z rizikových faktorů pro vznik deprese. Senioři, kteří považují svou rodinu za harmonickou a dostávají podporu od svých vnoučat, vykazují větší životní spokojenost (Xu & Chi, 2011).

Děti také mohou svým prarodičům zprostředkovávat současný svět, který se dynamicky proměňuje. Komunikace s mladší generací může být pro seniory „omlazující“, na rozdíl od intrageneračních interakcí, které se někdy věnují stále stejným tématům, jako jsou nemoci a úmrtí vrstevníků. A v neposlední řadě vnoučata také přinášejí seniorům otevřenou budoucnost v tom smyslu, že tu po jejich smrti „něco zůstává“. A pocit kontinuity může být přínosný i pro vnoučata, jelikož jim může dávat pocit jistoty v době, kdy si budují vlastní identitu.

Je jasné, že pro děti jsou na prvním místě jejich rodiče a prarodiče by se neměli snažit do těchto vztahů vstupovat. Prarodiče mají obvykle více času než rodiče, takže se mohou věnovat svým vnoučatům a velice často s nimi také mají větší trpělivost. Mohou je tak podporovat v jejich zájmech, na což jejich rodiče někdy nemají čas. Prarodiče také nemusí mít na svá vnoučata takové nároky jako jejich rodiče, mohou být spíše chápaví, chválíci a rozmazlující.

Starší lidé mohou svým vnoučatům vyprávět svou osobní historii, která jim může pomoci lépe porozumět celým dějinám. Obzvláště v naší zemi je důležité slyšet od svých prarodičů o životě za bývalého režimu, abychom si z jejich vyprávění mohli vzít ponaučení. Hauserová-Schönerová (1996) uvádí, že pro děti je zajímavé, že i prarodiče byli kdysi malí a teď jsou už dospělí a hodně toho dokázali. Dětem to může pomoci v plánování svého života a v získání větší sebejistoty.

Starší lidé už také obvykle nemají potřebu budovat svou vnější masku a mohou být k dětem i k sobě zcela upřímní a obvykle nemusí již tolik času věnovat zajištění své existence, mohou se obracet k jiným hodnotám, které mohou svým vnoučatům předávat (Hauserová-Schönerová, 1996). S tím souvisí i to, co uvádí Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 92): „*Senioři jsou v rodinách významnými nositeli tradice, mentoringu, 'strážci významu', nositeli emočních vazeb.*“ Babičky a dědečkové mohou svým vnoučatům předávat morální hodnoty například na základě vyprávění svých vlastních osobních příběhů.

Pokud jsou děti v kontaktu se svými prarodiči, může se také stát, že jsou přítomny jejich umírání nebo i smrti. Děti by měly zažít tyto události a neměli bychom se snažit je před

smrtí chránit, i když v současné společnosti jsou skutečně snahy smrt z veřejného prostoru vytěsnit. Děti tento zážitek však nijak netraumatizuje: „*U dětí, které směly sledovat proces umírání svých prarodičů, se velmi brzy vyvinul přirozenější, a tím i nebojácnější postoj ke smrti,*“ (Hauserová- Schönerová, 1996, s. 91)

Na tomto místě je také důležité zdůraznit, že v současné době se vztahy s prarodiči mohou značně zkomplikovat. Manželství se v dnešní době rozpadají daleko více, než tomu bylo dříve a uzavírají se manželství nová. „*Namísto toho budou rodinné vztahy v důsledku střídajících se partnerství komplikovanější, často i nezávazné. Z důvodu rostoucích případů rozvodu budou příbuzenské vztahy obtížnější,*“ (Hauserová-Schönerová, 1996, s. 26). Do vztahů mezi vnoučaty a prarodiči mohou také vstupovat různá nedorozumění mezi prarodiči a rodiči, která mohou vážně narušit vztahy v rodině. Kontakt mezi dětmi a jejich prarodiči může být přerušen nebo částečně omezen i z mnoha dalších důvodů.

Role prarodičů v životě vnoučat je však velice podstatná a bylo by dobré, kdyby ji mohl zaujmout někdo jiný – například strýcové a tety nebo jiné blízké osoby. V případě, že ani toto není možné zařídít, roli prarodičů dle mého názoru může zastat i jiný starší člověk, pokud si spolu tito dva jedinci porozumí a vznikne mezi nimi nějaký vztah. Stejně tak je ale důležitá role vnoučat v životě prarodičů, kterou v krajních případech mohou také zastat cizí děti.

S tímto postupem pracují různé sociální programy, které se snaží podporovat mezigenerační setkávání. Navíc se ukazuje, že senioři se rádi zapojují do různých programů a dobrovolnických činností. Za tím může stát zjištění Roweho a Kahna (1998, cit podle Eheart & Hopping, 2001), že existuje spojitost mezi životní spokojeností a sociální angažovaností u starších lidí. A další podstatnou věc doložili Newman, Karip & Faux (1995), kteří přišli ve svém výzkumu na to, že u seniorů, kteří byli zapojeni v jejich mezigeneračním programu, došlo následně k významnému snížení přítomnosti depresivních symptomů. Z toho vyplývá, že účast v mezigeneračních programech by mohla působit na zmírnění depresivních symptomů, případně jako prevence před depresí ve stáří.

3.2 Rizika a etické aspekty mezigeneračních programů

Je však třeba zmínit, že mezigenerační programy přináší oběma skupinám i určitá rizika. Programy mají vždy omezenou dobu trvání, takže se může stát, že se při účasti v programu u seniorů například zlepší nálada, ale po ukončení programů může opět dojít k poklesu. Mohlo by dokonce dojít k poklesu na úroveň nižší, než byla před účastí

v programu. Pokud navážou při programu hluboký vztah, mohou mít zájem v něm pokračovat i po skončení, ale děti tento zájem nemusejí sdílet. Nebo pro ně tento vztah nemusí mít takovou důležitost jako pro staršího člověka. Samozřejmě se to samé může stát i opačně.

Také je otázkou, jací senioři se do podobných programů hlásí. Vstup do programu není ničím podmíněn, neexistují žádná vylučovací kritéria, ale někteří mohou přitom narušovat nějakým způsobem průběh setkání nebo ho významně ovlivňovat. Mohou se sem hlásit velice osamělí senioři, ale i ti, kteří budou mít tendenci se upnout na mladšího člověka. Všechna skupinová setkání mohou být také ovlivněna jedním dominantním jedincem, který může upoutávat pozornost ostatních. Dalším rizikem je, že někteří senioři mohou být u dětí oblíbenější než jiní, což těm ostatním může přinést negativní pocity.

„Pokud provádíme psychologickou intervenci, snažíme se o to, aby byla pro zúčastněné přínosná, aby byla ve svém důsledku benefitem,“ (Bahbouh, 2011, s. 141) Tuto zásadní podmínku by měly splňovat všechny intervence a výzkumy, stejně tak jako zásadu nonmaleficence (Bahbouh, 2011). Při realizaci mezigeneračních programů by bylo vhodné se těmito zásadami také řídit. Je jasné, že některým situacím přesto nemůžeme zabránit, ale je vhodné počítat i s intervencí po absolvování programu. Zejména české programy tyto aspekty nijak neřeší, obvykle je realizují některé neziskové organizace, které se zaměřují pouze na vytvoření programu, ale efektem na účastníky se dále nezabývají.

V následující kapitole uvidíme, že programů existuje celé řada. Významně se liší v tom, jak probíhá interakce, zda ve skupině nebo pouze v dyádě. Některé programy budují vztah, jiné se tomu naopak snaží vyhnout tím, že je intenzita setkávání nízká a dvojice senior a dítě se ještě mění. Vystává otázka, co je ideální? Pokud bychom těmito programy skutečně chtěli nahrazovat nefungující vztahy mezi vnoučaty a prarodiči, musíme se o budování vztahu snažit a podporovat jeho vznik. Není však jisté, zda je toto počínání správné z etického hlediska. A jak již bylo zmíněno výše, přináší spoustu rizik. I přesto však podobné programy existují a zůstává otázkou, jestli mohou mít pozitivní efekt na seniory. Pokud by se tento efekt skutečně prokázal, nabízí se další otázka, zda je smysluplné nést možná rizika a jak s nimi pracovat.

3.3 Mezigenerační programy

Nyní se budu věnovat různým druhům mezigeneračních programů a také se pokusím o jejich zhodnocení vzhledem k tématu celé práce. Je třeba zmínit, že těchto programů je celá

řada, není zde tedy prostor zabývat se všemi druhy těchto programů. Pokusím se uvést různé druhy pro představu, o jak širokou oblast se jedná. V této části se také budu spíše zabývat zahraničními programy a na ty české se více zaměřím v praktické části své práce.

Pro lepší orientaci ve všech programech je vhodné je nějak rozdělit. Herrmann, Sipsas-Herrmann, Stafford & Herrmann (2005) rozlišují tři typy mezigeneračních programů – a) programy, ve kterých senioři vytváří aktivity pro mladé nebo jim nějak pomáhají, b) programy, ve kterých mladí lidé pomáhají starším a c) programy, ve kterých spolu tyto dvě skupiny kooperují. Budu se pro tuto kapitolu tohoto dělení držet. U některých programů je poměrně složité určit, do které skupiny přesně patří, rozdělení je tedy čistě subjektivní rozhodnutí autorky.

3.2.1 Programy, ve kterých senioři pomáhají mladším

První program v této skupině se nazývá Experience Corps. Jedná se o americký program s dlouhodobou tradicí, který má za cíl zlepšit studijní výsledky žáků za pomoci staršího dobrovolníka. Senioři měli za úkol pomáhat žákům především se čtením a pracovali vždy pouze s jedním žákem (Morrow-Howell, McCrary, Gonzales, McBride, Hong, & Blinne, 2008). Tento program by velice dobře mohl sloužit jako prevence před depresivními symptomy ve stáří, případně na zmírnění těchto symptomů. Výzkumníci totiž zjistili, že 96% účastníků z řad seniorů mělo ze sebe lepší pocit po zapojení do tohoto projektu a 85% uvedlo, že se jejich život díky tomuto programu zlepšil (Morrow-Howell et al., 2008). Na druhou stranu tento program vyžaduje úplnou fyzickou zdatnost seniorů, jelikož musejí docházet za dětmi do školy. Zároveň program také vyžaduje, aby měli senioři dobré vzdělání a neměli žádné výrazné kognitivní deficity.

Podobným programem se zabývali Cummings, Williams & Ellis (2004), jednalo se o program, který spojoval seniory a děti ze 4. třídy – dva dny v týdnu po dobu čtyř týdnů. V tomto programu se také utvořily páry, jež se společně učily a věnovaly školním aktivitám, které jinak děti běžně dělají při vyučování sami. Senioři měli dětem pomáhat s těmito úkoly. Tato studie se zaměřovala na benefity pro děti a měřila postoje dětí k seniorům, které se po absolvování tohoto programu změnily. Tento program je z hlediska seniorů o to zajímavější, že děti chodily za seniory do domova. Díky tomuto programu by se také senioři mohli cítit lépe, navíc děti se školními aktivitami přinášejí do jejich života něco jiného. Tyto dva výše zmíněné programy také nahrazují to, jak prarodiče běžně fungují, a sice že pomáhají se školními povinnostmi.

Výše zmíněné programy mohou fungovat i pro příbuzné děti a seniory a v mnoha rodinách přirozeně fungují bez pomoci zvenčí. Někdy je však pomoc potřeba, a proto v roce 2006 Val Wood-Gaiger vytvořila projekt Learn with Grandma a od té doby ho rozšiřuje do mnoha zemí na celém světě (Learn with Grandma, 2013). Tento program má sloužit ke zlepšení školních výsledků a vedle toho k propojení generací. Obě generace by k sobě měly pociťovat respekt a zároveň by se měly naučit, že si mají navzájem co předávat. U těchto tří projektů je diskutabilní, zda se nejedná spíše o program, ve kterém spolu senioři a děti spolupracují. Zařadila jsem je do této skupiny záměrně, protože se domnívám, že v těchto projektech senioři k něčemu mladé lidi vedou, něco jim předávají a něčemu je učí. Není to tedy tak, že by společně pracovali na něčem, co je pro obě skupiny nové. Podobným příkladem takého projektu v České republice je Experimentální univerzita pro prarodiče a vnoučata, které se budu více věnovat v praktické části své práce.

Herrmann et al. (2005) zkoumali program, ve kterém senioři vytvářeli program pro studenty. Herrmann et al. zapojili do svého výzkumu celkem tři skupiny, jedna skupina se zabývala programem prevence před násilím, druhá trénováním rétorických dovedností, třetí skupina byla kontrolní. Skupiny se scházely dvakrát týdně po dobu osmi týdnů. Většina seniorů, kteří byli do výzkumu zapojeni, brali tento program jako pozitivní zkušenost a zúčastnili by se i dalších, kdyby byla nějaká možnost (Herrmann et al., 2005).

Zároveň z kvantitativní analýzy vyšlo, že u seniorů, kteří byli aktivně zapojeni do programů, došlo k signifikantnímu nárůstu generativity (Herrmann et al. 2005). Což znamená, že po absolvování tohoto projektu se cítili senioři užitečnější a mohli mít i pocit, že ovlivňují mladou generaci. Tento efekt se ještě více projevil u seniorů, kteří se věnovali prevenci násilí (Herrmann et al., 2005). Tento program je také rozhodně určen pro zdravé a schopné seniory, mohl by velice dobře fungovat jako nová náplň času po odchodu do důchodu. Na druhou stranu si nejsem jistá, zda by mohl pomoci seniorům již trpícím depresivními symptomy, zda by byli schopni vytvářet programy pro studenty.

3.2.2 Programy, ve kterých mladší pomáhají starším

Hauserová-Schönerová (1996) popisuje jeden program z Berlína, který měl právě spojit mladší a starší generaci. Sociální pracovníci na okresním úřadě testovali mladé lidi a na základě jejich zájmů a vlastností je přiřazovali k určitým seniorům a ti se potom jednou týdně scházeli a pomáhali si a vzájemně za sebe cítili odpovědnost (Hauserová-Schönerová, 1996). Tyto projekty mohou tedy dobře nahradit rodinné vztahy, pokud z nějakého důvodu

nemohou přirozeně fungovat. A také mohou obě generace spojovat a odstraňovat vzájemné předsudky (Hauserová-Schönerová, 1996).

Bullock & Osborne (1999) se ve svém výzkumu zabýval programem Befrienders, který funguje v podobném duchu a spojuje seniory a mladé lidi (v jeho výzkumu byli lidé od 19 do 35 let). Tento program je primárně určený pro osamělé seniory. Mladí lidé za nimi mají docházet jednou týdně a asistovat jim při činnostech, které již nezvládají. Tato asistence umožní seniorům zůstat dlouho ve svém přirozeném prostředí a studentům přináší kromě kontaktu se starší i generací i to, že se dozvědí něco o procesu stáří.

Bullock & Osborne (1999) ve své analýze zjistili, že se pravidelná setkání stala pro seniory velice podstatnou součástí života, že se na ně těšili a byli zklamaní, pokud byla zrušena. Díky tomuto poznatku je jasné, že tyto programy mohou pomáhat, ale i uškodit. Senioři se na mladého člověka mohou upnout, a pokud on ztratí o kontakt s nimi zájem, může to pro ně být dost těžká situace, se kterou může být problém se vyrovnat. Domnívám se, že z tohoto důvodu je podstatné, aby každý program zaštiťovala nějaká organizace, která se může v případě potřeby postarat o řešení podobné situace.

Do této skupiny bych ráda zařadila projekty, které v současné době vznikají v České republice. Na Zbraslavi vzniklo mezigenerační centrum Julie, které spojuje děti v předškolním věku a seniory. Oběma těmito skupinám, které sem dochází do školky a do stacionáře, se dostává odborné logopedické péče. *„Projekt Julie vychází ze zahraničních modelů a zkušeností, které oživily v sociální péči tradiční model rodiny s mezigeneračním soužitím, zajišťující pocit sounáležitosti a kontinuity. (...) Kontakt s dětmi vyvolává ochranné a pečující instinkty, které vedou k aktivitě spojené s posílením motivace k účasti na svém životě,“* (Julie, 2013).

V tomto projektu dochází tedy k nepřetržité interakci, děti a senioři mají sice pouze některé aktivity dohromady, ale prostory a zahrada jsou také společné, takže jsou v kontaktu neustále. Z hlediska seniorů se tedy lze domnívat, že by tento projekt mohl být nejučinnější. Na druhou stranu je ale diskutabilní, jak působí tato interakce na děti. Senioři, kteří potřebují navštěvovat podobné stacionáře, trpí obvykle značným kognitivním deficitem. Je tedy otázka, jaký obraz o stáří si děti z tohoto programu vytvoří. Stejným způsobem funguje i nově otevřená Seniorškolka Ywuška, také v Praze.

3.2.3 Programy, ve kterých spolu obě skupiny spolupracují

Typickým zástupcem této kategorie programů je ten, který zkoumali Hernandez & Gonzales (2005). Na pravidelných setkáních společně cvičili senioři a studenti vysokých škol, jiná skupina dostala profesionálního trenéra a třetí kontrolní skupina necvičila vůbec. Skupina seniorů, kteří cvičili se studenty, po intervenci uváděla nižší hodnoty depresivity v GDS než kontrolní skupina, dokonce i než skupina, která cvičila s profesionálním trenérem. Tato studie navíc také ukázala, že takový typ programu vede ke zmírnění předsudků na obou stranách (Hernandez & Gonzales, 2005).

Lynott & Merola (2007) chtěli zkoumat podobné téma, ke kterému vytvořili multidimenzionální program, který se svou náplní hodí do této kategorie. Děti a senioři absolvovali celkem čtyři setkání v tomto programu a během nich měli mladí lidé pomocí různých metod a technik vytvořit portrét seniora, se kterým byli ve dvojici. Tyto druhy programů budou náročnější na mentální i fyzický stav seniorů. Musí někam docházet pravidelně, neměli by vynechat, musí ještě navíc společně něco vytvářet. Na druhou stranu mohou být skutečně funkční z hlediska prevence před depresivními symptomy.

Dále existuje skupina projektů, které se snaží uměle vytvořit vztahy prarodičů a vnoučat. Jeden takový projekt vznikl ve Spojených státech amerických a nazývá se Generations of Hope. Smyslem tohoto programu bylo vytvořit sousedství rodin s dětmi v pěstounské péči a seniorů. Cílem tohoto projektu je vzájemné zlepšování kvality života, vytváření vztahů a zároveň zabránění osamělosti seniorů (Eheart & Hopping, 2001). Obdobně funguje i česká agentura Adoptuj babičku. Tato agentura zprostředkovává kontakty mezi rodinami, které prarodiče nemají nebo s nimi nejsou v kontaktu, a seniory, kteří také buď rodinu vůbec nemají, nebo se s ní nevidají. *„Naším cílem je pomoci seniorům, kteří by rádi našli zázemí rodin a za jejich péči by uvítali odměnu, kterou v dnešní době tolik potřebují. (...) Velký důraz klademe na vytvoření hlubšího a trvalého osobního vztahu mezi rodinou a Adoptivní Babičkou,“* (Palečková, 2012).

Tyto dva poslední uvedené programy mohou výborně nahradit vztahy v rodině, které z nějakého důvodu nefungují. Na druhou stranu ale přinášejí i některé rizikové faktory. Například by se mohlo stát, že by se třeba rodině přidělená babička nemusela líbit, zatímco babička by byla nadšená a chtěla by se pustit do práce s nimi. Rodina má však právo babičku vyměnit, takže by k výměně mohlo dojít. V takové chvíli by ale celá účast v projektu mohla mít na seniorku úplně opačný efekt.

Všechny typy programů mají svá pro a proti, žádný se mi nejeví jako ideální a jediný možný. Navíc je také jasné, že stáří je velice interindividuální protože to, co může vyhovovat jednomu starému člověku, jinému může být nepříjemné.

4. Praktická část

4.1 Úvod

Původním záměrem mé práce bylo vytvořit svůj vlastní mezigenerační program, spojující děti a seniory, na základě získaných teoretických poznatků. Avšak při psaní teoretické části jsem zjistila, že programů i v České republice existuje celá řada a že by bylo užitečnější zaměřit se spíše na jejich zhodnocení. V cizojazyčných zdrojích lze nalézt výzkumy, které se zabývají evaluací programů a které se snaží objektivně změřit, jestli měla účast v projektu nějaký dopad na probandy. Hodnocením českých programů se však zatím příliš pozornosti nevěnuje, proto jsem se rozhodla věnovat se právě hodnocení programů.

Světlou výjimku tvoří výzkumy, které prováděly Rabušicová, Klusáčková & Kamanová (2009) a Rabušicová, Kamanová & Pevná (2010). Zabývaly se subjektivním hodnocením programů, které probíhají v Brně, a ve kterých se realizuje mezigenerační učení. Rabušicová, Kamanová & Pevná (2010) prováděly dotazníkové šetření napříč různě zaměřenými kurzy, ve všech však bylo přítomno více generací. Tyto kurzy však nejsou primárně zaměřeny na interakci mezi generacemi, generace se setkávají spíše náhodně, hlavním cílem je naučit se nějaké dovednosti. Tyto kurzy jsou lektorované a dochází sem všechny generace - děti, dospívající, střední generace i senioři. Pokud vezmeme v potaz dělení programů, které jsem uvedla v minulé kapitole, tyto kurzy by patřily mezi programy, ve kterých děti a senioři mohou spolupracovat, ale nevytváří program jeden pro druhého, ten je předem daný.

Rabušicová, Kamanová & Pevná (2010) v tomto výzkumu zjistily, že více než polovina seniorů uvedla, že jim účast v kurzu zvedla sebevědomí a že pro ně bylo důležité, že se mohli v kurzu setkávat s lidmi. A tři čtvrtě z těchto seniorů oceňovali, že se setkávali s jinými generacemi. A jak již bylo uvedeno v předešlé kapitole, Newman, Karip & Faux (1995) zjistili, že u seniorů, kteří byli zapojeni v jejich mezigeneračním programu, došlo následně k významnému snížení přítomnosti depresivních symptomů. Vzhledem k těmto závěrům jsem se rozhodla vybrat pro svůj výzkum zástupce pro každý typ kurzu (rozdělení je uvedeno v kapitole č. 3.3) a pokusit se každý kurz zhodnotit z hlediska jejich přínosnosti pro seniory. Vzhledem k tomu, že je tato oblast u nás zatím poměrně neprobádaná, rozhodla jsem se pro kvalitativní výzkum, který by měl naznačit, jaký mají mezigenerační programy potenciál. Například zda by mohly fungovat na zmírnění depresivních symptomů nebo jako

protektivní faktory před nástupem depresivních symptomů. Ve svém výzkumu se nebudu nijak zabývat přínosem programů pro děti a dospívající.

Výzkum by měl vůbec ozřejmit, co může účast v takovémto programu seniorům přinášet, jací lidé se do takovýchto programů hlásí, jestli mohou mít pravidelná setkávání s mladší generací nějaký efekt na afektivní psychické funkce seniorů. Nebo také jak ovlivňuje spokojenost v programu očekávání. A v neposlední řadě by také mohl přinést různé podněty, které by mohly být předmětem dalšího zkoumání.

4.2 Soubor

Do výzkumného vzorku budou zařazeni účastníci ze tří programů. Tyto programy jsou zvoleny na základě dostupnosti. Účast ve výzkumu bude nabídnuta všem účastníkům, bude se jednat o samovýběr. Minimální odhadovaný počet účastníků bude deset z jednoho programu, celkově by tedy do výzkumu mělo být zapojeno minimálně třicet účastníků. Kritériem bude pouze ochota ke spolupráci. Všichni účastníci podepíší informovaný souhlas.

Nyní uvedu tři vybrané české mezigenerační programy včetně jejich kritického zhodnocení.

4.2.1 Program č. 1

První program zahrnutý do výzkumu bude Experimentální univerzita pro prarodiče a vnoučata. „*Tento mezigenerační vzdělávací projekt poprvé umožnil vnoučatům ve věku 6–12 let a jejich babičkám a dědečkům společné studium na akademické půdě,*“ (Steinová, 2012). Tvoří zde tým, ve kterém senior má roli poradce a děti mají možnost se seznámat s různými obory a novými poznatky a na základě toho si mohou vybírat i své budoucí zaměstnání. Těchto týmů je zde obvykle okolo dvaceti pěti. Přednášky probíhají vždy jednou měsíčně v sobotu dopoledne. Celý program běží od října do května v Praze, všechny přednášky se během jednoho akademického roku věnují jednomu tématu. Po ukončení každého běhu se koná letní tábor, který se svým tématem vztahuje k přednáškám v průběhu roku.

Tento program se snaží podporovat vztahy v rodině, upevňovat vazby mezi prarodiči a dětmi. Mohou díky tomuto programu objevit společného koníčka, který může přetrvávat i po ukončení programu. Pokud třeba nikdy neměli příležitost být spolu delší čas o samotě, nyní jim to umožněno a mohou se lépe poznat. Zároveň do projektu mohou být zařazeni spíše menší děti, což považuji za velice pozitivní. Pokud si děti v raném věku vytvoří hezký vztah s prarodiči, je velká šance, že tento vztah přečká i bouřlivé období puberty a vydrží i v dospělosti.

Na druhou stranu se mi zdá, že intenzita programu je velice nízká, a proto je možné, že účinky nebudou takové jako v případě, že by se konalo setkání jednou za týden nebo za čtrnáct dní. Koná se pouze jednou měsíčně na dvě hodiny, i když lze předpokládat, že vnoučata a prarodiče se setkávají i při jiných příležitostech.

Tento kurz spolupořádá Fakulta lesnická a dřevařská České zemědělské univerzity v Praze, čímž je poměrně přesně vymezeno, jakými tématy se zde studenti zabývají. Pro příští rok je to například téma Lesy a krajina ČR, z předešlých let Astronomie, Zajímavosti z přírodních věd, Meteorologie. Tato témata by však některé děti i seniory třeba nemusela zajímat (Steinová, 2012). Domnívám se, že by bylo zajímavé rozšířit Experimentální univerzitu i na jiné studijní obory (například informační technologie, umění nebo historii), což by mohlo přilákat více zájemců. Větší důraz by měl být směřován na to, aby téma děti zaujalo a byly tím pádem motivované se setkávání zúčastnit.

Také by mohl být problém s tím, zda jsou děti ve věku šesti let schopné udržet pozornost celé dvě hodiny. Tento program může seniorům určitě přinášet pozitivní zážitky, ale v případě, že by došlo k nějakým rodinným neshodám a oni museli přestat s vnoučaty docházet na přednášky, mohlo by to na ně mít i negativní dopad.

4.2.2 Program č. 2

Další program, jehož účastníci budou zařazeni do výzkumu, je Adoptce seniorů. Jedná se o projekt, který realizuje Maltézká pomoc (Maltézká pomoc, 2014). Do programu se hlásí dobrovolníci (obvykle studenti středních nebo vysokých škol) a jednou týdně dochází na jednu až dvě hodiny za svým adoptovaným seniorem. Tato služba slouží osamělým seniorům, kteří žijí sami nebo v domovech pro seniory.

Tento program dává seniorům nový sociální kontakt. Pravidelná setkání s někým mladším jim dají nový program, přinese to i řád, protože setkání jsou pravidelná. Za seniory začne chodit někdo mladý, kdo řeší úplně jiné problémy než samotný starší člověk a jeho vrstevníci. Mladí lidé zase vedle seniorů mají možnost získat jiný pohled na svět a své problémy. Tento program v zásadě uměle vytváří rodinné vazby, vzhledem k tomu, že se tato dvojice schází každý týden, s velkou pravděpodobností dojde k vytvoření vztahu, což může pozitivně zapůsobit na obě strany, ale přináší to i velké riziko.

Pokud dojde k přerušení setkávání, může to u staršího člověka nastartovat rozvinutí depresivních symptomů a může na tom být ještě hůře než předtím. Zákonitě však musíme počítat s tím, že setkávání jednou skončí. Do podobných dobrovolnických programů se

zapojují studenti, protože při škole mají na podobné aktivity čas. Ale až dostudují a nastoupí do práce, může se jejich situace v tomto ohledu výrazně změnit. Další významný problém může nastat v případě, že by došlo k navázání vztahu, který by byl v nějaké nerovnováze. Například starší člověk se může příliš upnout na svého dobrovolníka, kterému to pak může být hodně nepříjemné. V tomto případě je nutné pracovat s oběma skupinami, které jsou do projektu zapojené, což by měla organizace pořádající podobné programy zajišťovat.

4.2.3 Program č. 3

A poslední program, který patří do třetí skupiny, se nazývá Nature for care. Tento program spojuje děti a seniory, kteří se společně účastní programů, které se týkají přírody a ekologie. Jedná se o mezinárodní projekt, který u nás realizovala společnost Chaloupky, o.p.s. v letech 2011 – 2012 a stále v něm pokračuje (Hindson & Burnell, 2012). Tato společnost zaměřila aktivity pro seniory a děti na téma rostlin, jejich poznávání a vytváření výrobků z květin a zároveň také na trénování paměti. Do projektu jsou zapojeny děti ze základní školy a senioři z klubu pro seniory a v menších skupinách se společně podílí na úkolech zaměřených na přírodu. Tento program je naplánován na rok, během roku se uskuteční šest setkání. Do programu je obvykle zapojeno dvacet seniorů a k tomu deset dětí.

V tomto programu se netvoří dyády, je zde převaha seniorů nad dětmi. Není zde takový prostor pro vytváření vztahů jako v předešlém programu. Na druhou stranu tento faktor chrání účastníky před pocitem ztráty po skončení setkání, ale je otázka, zda se mohou vůbec navázat nějaké vztahy. Navíc frekvence setkání je velice nízká, uskuteční se pouze šest setkání za školní rok. Pak je ovšem diskutabilní, zda při takovém nízkém počtu setkání může vůbec dojít k nějakým změnám na obou stranách. A oproti předešlému programu je také v tomto programu kladen větší důraz na program setkání než na interakce mezi generacemi.

4.3 Metoda

Hlavními metodami bude rozhovor a ohnisková skupina. Výzkum bude probíhat tak, že senioři absolvují daný program a následně poté budou pozváni k rozhovoru. V případě druhého programu, který není nijak časově omezený, povedu rozhovor po roce, jak je tomu i u ostatních programů. Rozhovor bude polostrukturovaný, předem budou dané otázky, které budou položeny všem probandům. Všechny rozhovory povede jedna osoba. Před začátkem rozhovoru budou od každé osoby získány sociodemografické údaje. Rozhovory budou nahrávány, následně přepisovány a analyzovány. Budou se dotýkat několika témat, ke každému tématu bude náležet vždy několik otázek:

1. Jak se o programu dozvěděli?
2. Motivace k přihlášení do kurzu
3. Očekávání na začátku
4. Obecné přínosy mezigeneračního setkávání
5. Možná negativa účasti v mezigeneračním programu
6. Hodnocení přítomnosti dětí
7. Hodnocení konkrétních aktivit v programu
8. Možné změny v náladě, chování či prožívání
9. Spouštěče změn v náladě
10. Doporučili byste účast ve výzkumu někomu?
11. Splněná očekávání
12. Nesplněná očekávání
13. Subjektivní pohled na přínosy a negativa konkrétního programu
14. Návrhy na změny

Poté, co všichni účastníci absolvují rozhovor s autorkou, uskuteční se ještě tři ohniskové skupiny, ve kterých se vždy sejdou účastníci toho samého programu. Toto pořadí je zvoleno záměrně. Kdyby ohniskové skupiny předcházely individuálním rozhovorům, účastníci by mohli být ovlivněni názory ostatních. Ve skupinách se znovu budou rozebírat stejná témata týkající se účasti v projektu formou řízené diskuse. Vzhledem k tomu, že se skupina bude znát již z programu, není potřeba na začátek zařazovat nějaké poznávací aktivity. Scénář ohniskové skupiny se bude skládat z témat, které bude skupina probírat. V tomto případě zde bude zapotřebí dvou moderátorů, jeden skupinu povede a ten druhý bude dělat poznámky a hlídat, zda první moderátor dává všem dostatečný prostor k vyjádření. Diskuse ve skupinách budou také nahrávány, přepisovány a analyzovány.

4.4 Analýza výsledků

Analýza rozhovorů a ohniskových skupin bude vycházet z přepsaných protokolů. Použijeme metodu zakotvené teorie (grounded theory), která se snaží vytvořit teorii pro určité

fenomény (Hendl, 2005). Při kódování dat použiji především selektivní kódování, které bude doplněno o konstantní a axiální kódování. Výsledky analýz budou obsahovat i konkrétní výroky účastníků pro ilustraci. Nejprve budou zpracovány všechny rozhovory jednotlivě a poté ohniskové skupiny. Na závěr dojde ke spojení informací získaných z rozhovorů a ze skupin. Půjde mi především o to získat co největší množství poznatků.

4.5 Diskuze

Tento pilotní výzkum se snaží odhalit, jaké jsou možné přínosy mezigeneračních programů pro seniory. Vzhledem k tomu, že je tato oblast v České republice neprobádaná, a vzhledem k tomu, co nás na tématu zajímá především, má tento výzkum kvalitativní charakter a mohl by naznačit, jakým směrem by se výzkumy v této oblasti měly ubírat. Programy nebudu porovnávat mezi sebou, protože do každého se pravděpodobně budou hlásit jiní lidé, programy mají také různou dobu trvání a jsou koncipovány spíše pro menší počet lidí a bylo by tedy velice problematické sehnat dostatečně velký vzorek lidí.

Ke zkoumání byly vybrány dvě metody – rozhovor a ohniskové skupiny. V případě obou těchto metod by se do výsledků mohly negativně promítnout případné sympatie či antipatie k výzkumníkům. V případě sympatie by mohlo dojít k tomu, že by někteří senioři odpovídali na otázky podle toho, co očekávají, že chceme slyšet. A v případě antipatií by se mohlo stát, že by nám informace nechtěli sdělit nebo by je neříkali podle pravdy. Také by se mohlo stát, že by otázky nebyly srozumitelné, bylo by tedy vhodné provést nejdříve předvýzkum a přesvědčit se o jasnosti a srozumitelnosti otázek.

Tyto dvě metody jsou vybrány záměrně, protože se vzájemně velice vhodně doplňují. Rozhovor má výhodu, že některé citlivější informace by mohly při použití pouze ohniskových skupin zapadnout, případně by se vůbec neobjevily. Lze však předpokládat, že při rozhovoru je účastníci spíše sdělí. Ale při rozhovoru by mohli na některou důležitou informaci zapomenout a také lze předpokládat, že vliv sympatií/antipatií se projeví více při rozhovoru než při skupinové diskusi.

Ohniskové skupiny mají výhodu, že mohou přinášet ucelenější pohled na dané téma, neboť získáváme najednou názory mnoha lidí. Také díky nim zjišťujeme, jak účastníci o daném tématu přemýšlí a jak se toto může lišit. Skupina také může jedincům pomoci vybavit si nějaké myšlenky, pocity, které třeba při rozhovoru zapomněli sdělit. Díky skupinové dynamice se může k myšlenkám a pocitům dostat dříve než při rozhovoru.

Na druhou stranu ale při podobných výzkumech vždy hrozí, že dojde ke skupinovému konformismu a odlišné názory nevyjdou najevo. Také se již účastníci budou znát z programů, takže mezi nimi může být již vytvořena nějaká skupinová norma, o čem se nemluví. Také by ve skupinách mohly být již rozdělené role a dominantnější jedinec by mohl svými názory ovlivňovat ostatní. Průběh celého setkání by také mohl být ovlivněn tím, pokud by někteří ze seniorů byli negativně naladěni a ovlivnili by tím i ostatní.

Při realizaci tohoto výzkumu by v případě druhého programu, který je určen pro osamělé seniory, kteří žijí sami nebo v domovech pro seniory, mohl být problém s tím, zda by mohli dorazit na ohniskové skupiny. Tito senioři již mohou totiž mít problémy s mobilitou, v tomto případě bych jim zajistila odvoz. Také není možné úplně předejít riziku, že se do výzkumu dostanou více motivovaní senioři, kteří budou s programy spokojeni a neuvidí jejich negativa. Z etických důvodů nemůžu však méně aktivní seniory nijak nutit, a pokud odmítnou se zúčastnit, musíme to respektovat. A také by se mohlo stát, že by někteří senioři nakonec nemohli být zařazeni do finálních analýz ze zdravotních a jiných důvodů.

Vzhledem k tématu celé práce by mě při rozhovorech nejvíce zajímalo, zda měl program nějaký efekt na náladu a prožívání seniorů a jestli to mohlo být ovlivněno přítomností dětí a interakcí s nimi. Tato myšlenka však vychází z předpokladu, že by tyto programy mohly částečně nahrazovat vztah s vnoučaty, ale i sociální kontakty obecně. Je však otázkou, zda by to nakonec vyšlo najevo, zda by to senioři přiznali a zda by o tom chtěli při rozhovorech mluvit. Také by bylo vhodné zodpovědět si otázku možných rizik těchto programů, zda by je senioři uváděli a vnímali. Tato informace by v rozhovorech mohla zaznít, jelikož by byly realizovány až po skončení programu v případě prvního a posledního programu. Dále by bylo vhodné rozebrat, jaké jsou přínosy a rizika přítomnosti dětí v podobných programech, zda si starší lidé budou uvědomovat riziko vytvoření vztahu, který by však byl pouze jednostranný.

Ve finálních analýzách by bylo vhodné najít, jaké aktivity jsou vhodné pro zařazení do podobných programů, jakým způsobem je třeba pracovat s očekáváním nebo zda účast v programu může nějak ovlivňovat náladu staršího člověka. Mohly by ukázat vhodný způsob, jak o podobných programech informovat veřejnost a jak seniory k účasti motivovat. S výsledky by bylo vhodné seznámit organizace, které podobné mezigenerační programy realizují. V případě, že by se ukázalo, že rizika se objevují a jsou významná, bylo by vhodné při realizaci podobných programů zapojit do spolupráce i odborníky z řad psychologů či psychiatrů.

Výzkum by do budoucna bylo vhodné doplnit o dotazník Geriatrické škály deprese (GDS), který by byl zadán před vstupem do programů a po jeho ukončení. V našem případě by však nemělo statistické zpracování velký význam, jelikož jsme měli z každé skupiny pouze malý vzorek. V případě dalších výzkumů by bylo vhodné tento dotazník zařadit do výzkumného designu a ověřit validitu našich výsledků. Tento dotazník by však nemohl zůstat jako jediný výzkumný nástroj, jelikož změnu nálady může způsobit mnoho dalších věcí, na které je třeba se zeptat. Dále by bylo možné zkoumat, jaká je nejvhodnější doba trvání programu, které aktivity jsou efektivnější či jaký je vhodný věk dětí pro tyto interakce. Na všechna tato zkoumání bychom však potřebovali větší vzorek.

Závěr

Tématem mé bakalářské práce jsou „Depresivní symptomy u starších lidí a jejich možné zmírnění při interakci s dětmi.“. Tato literárně-přehledová práce si kladla za cíl popsat aktuální poznatky, které se týkají depresivních stavů ve stáří a také seznámit s různými mezigeneračními programy. V této práci jsem si kladla hlavní otázku, zda a jakým způsobem může působit interakce s dětmi na depresivní symptomy starších lidí.

Nejprve jsem vymezila stáří a zdůvodnila, proč je v dnešní době podstatné se tímto tématem zabývat. Uvedla jsem také některé psychologické charakteristiky stáří, přičemž jsem si kladla otázku, zda stáří mění nějakým způsobem povahu člověka nebo jeho chování a které události spojené se stářím ovlivňují psychický stav člověka. Dále jsem se zabývala depresí a depresivními stavy ve stáří.

Deprese je psychická porucha, která se ve stáří vyskytuje nejčastěji. V této práci jsem zjistila, že nelze přesně stanovit prevalenci tohoto onemocnění ve stáří z mnoha důvodů. Výzkumy na toto téma uvádějí zcela odlišné hodnoty, což může být způsobeno například problémy s diagnostikou, metodologií výzkumů nebo také výraznými odlišnostmi seniorů žijících v zařízeních od těch, kteří žijí doma. Ukazuje se, že klinický profil deprese ve stáří je specifický a odlišný od deprese v mladším věku. Deprese ve stáří nebývá geneticky podmíněná, za původem stojí často traumatická událost či jiné psychologické problémy. Příkladem může být ztráta partnera, přestěhování do domova pro seniory nebo osamělost. Deprese ve stáří má spíše plíživý nástup, starší člověk může dlouhou dobu trpět pouze tzv. subsyndromální depresí nebo lehkou depresí. Toto onemocnění ve stáří může být také doprovázeno kognitivním zhoršením, které se ve vážných případech může projevat jako demence. Senioři se také při popisu svých stavů zaměřují spíše na fyzický stav a často zhoršení nálady ani nepozorují nebo si ho spojují se stářím. Mnoho z nich může mít vůbec problém přiznat si, že trpí depresí. Deprese zhoršuje kvalitu života, může vyvolávat suicidální myšlenky, které mohou vést až k sebevraždě, která je ve stáří častější než ve středním věku.

Výzkumy ukazují, že existuje řada protektivních faktorů, které mohou chránit před nástupem deprese ve stáří. Patří mezi ně například pravidelná fyzická aktivita, kontakty s přáteli a s rodinou a vůbec sociální opora. Výzkumy přinášejí výsledky, které nejsou nijak překvapivé, přesto jsou senioři osamělostí stále ohroženi.

Ve druhé části své práce jsem se zaměřila na interakci dětí a seniorů. Výhody pro seniory jsou zcela zřejmé, díky dětem nejsou osamělí a mladí lidé jim také mohou zprostředkovávat současný svět a dávat jim pocit kontinuity. Senioři zase dětem předávají morální hodnoty a mají pro ně více trpělivosti. V dnešní době však vztahy mezi vnoučaty a prarodiči mohou být narušené z mnoha různých důvodů, a proto obě skupiny přichází o tento pro život podstatný vztah. Nabízí se možné nahrazování těchto vztahů v různých mezigeneračních programech. Výzkumy navíc prokazují, že u seniorů, kteří se účastní programů, může dojít k poklesu depresivních symptomů. Podobných programů je velké množství, využila jsem dělení, které vychází z toho, jakým způsobem probíhá interakce, a uvedla jsem několik příkladů ke každému programu.

V praktické části této práce jsem navrhla kvalitativní hodnocení českých mezigeneračních programů, jelikož tato oblast je v České republice v současné době neprobádaná. Rozhodla jsem se vybrat tři různé české programy a po jejich skončení udělat s deseti účastníky z každého programu rozhovor. Po absolvování rozhovorů by účastníci byli pozváni na ohniskovou skupinu, kde by se sešli účastníci stejného programu a měli by se společně zamyslet znovu nad stejnými tématy, které byly řešeny v rámci rozhovoru. Tento pilotní výzkum by měl naznačit, jestli mají mezigenerační programy nějaký potenciál z hlediska zmírňování depresivních stavů ve stáří. Pokud by došlo k potvrzení našich závěrů, bylo by vhodné výsledky kvantitativně ověřit, například pomocí dotazníku Geriatrické škály deprese (GDS).

Seznam použité literatury

1. Alexopoulos, G., Abrams, R., Young, R., & Shamoian, C. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, vol. 23(issue 3), pp. 271-284. DOI: 10.1016/0006-3223(88)90038-8.
2. Alexopoulos, G. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, vol. 365(issue 9475), pp. 1961-1970.
3. Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 55(issue 3), pp. 548-554. DOI: 10.1016/j.archger.2012.03.006.
4. Bahbouh, R. Základní etické principy psychologického výzkumu. (2011). In Weiss, P. *Etické otázky v psychologii*. (1. vyd., s. 141-148). Praha: Portál.
5. Baštecký, J., Kümpel, Q., & Vojtěchovský, M. (1994). *Gerontopsychiatrie*. (1. vyd., 317 s.) Praha: Grada.
6. Baura, A., Ghosh, M., Kar, N., & Basilio, M. (2012). Chronic co-morbidities associated with depression in elderly. *Ann Trop Med Public Health*, vol 5(issue 2), pp. 145-9.
7. Berg, M., Oldehinkel, A., Brilman, E., Bouhuys, A., & Ormel, J. (2000). Correlates of symptomatic, minor and major depression in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, vol. 60(issue 2), pp. 87-95. Dostupné z: [http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327\(99\)00160-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00160-3).
8. Borges, L., Benedetti, T., Xavier, A., & D'Orsi, E. (2013). Associated factors of depressive symptoms in the elderly: Epifloripa. *Rev Saúde Pública*, vol. 47(issue 4), pp. 701-710. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047003844
9. Bruce, M., McAvay, G., Brown, E., Meyers, B., Keohane, D., Jagoda, D., & Weber, C. (2002). Major Depression in Elderly Home Health Care Patients. *American Journal of Psychiatry*, vol. 159(issue 8), pp. 1367-1374. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.8.1367.
10. Bullock, J. & Osborne, S. (1999). Seniors', volunteers', and 'families' perspectives of an intergenerational program in a rural community. *Educational Gerontology*, vol. 25(issue 3), pp. 237-251. DOI: 10.1080/036012799267855. Casey, D. (2012). Depression in the elderly: A review and update. *Asia-Pacific Psychiatry*, vol. 4(issue 3), pp. 160-167. DOI: 10.1111/j.1758-5872.2012.00191.x.

11. Castro, J., Giani, T., Ferreira, M., Bastos, F., Cruz, T., Boechat, R., & Dantas, E. (2009). Depression in inactive and active elderly women practitioners of dance, weight-lifting or meditation. *Acta medica Lituanica*, vol. 16(issue 1), pp. 52-57. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.2478/v10140-009-0008-6>.
12. Cole, M., Bellavance, F., & Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in Elderly Community and Primary care: A systematic review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 156(issue 8), pp. 1182-1189. Dostupné z: <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=173633>
13. Cole, M., & Dedunkuri, N. (2003). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, vol. 160(issue 6), pp. 1147-1156. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>.
14. Cummings, S., Williams, & Ellis, R. (2004). Impact of an Intergenerational Program on 4th Grader's Attitudes Towards Elderly and School Behavior. *Journal of human behavior in the social environment*, vol. 8(issue 1). DOI: 10.1300/J137/v08n01_03.
15. Český statistický úřad. (2013). *Česká republika v číslech 2013*. Praha: Český statistický úřad. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/380034ACB8/\\$File/140913.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/380034ACB8/$File/140913.pdf)
16. Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. (1. vyd., 264 s.) Praha: Grada.
17. Debruvne, H., Van Buggenhout, M., Le Bastard, N., Aries, M., Audenaert, K., De Devn, O., & Engelborghs, S. (2009). Is the geriatric depression scale a reliable screenign tool for depressive symptoms in elderly patients with cognitive impairment? *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, vol. 24(issue 6). pp. 556-562
18. Eheart, B. K., & Hopping, D. (2001). Generations of hope. *Children and Youth Services Review*, vol. 23(issue 9), pp. 675-682. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.05.008>
19. Erikson, E. (1996). *Osm věků člověka*. (21 s.) Praha: Portál.
20. Evans, M., & Mottram, P. (2000). Diagnosis of depression in elderly patients. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6(issue 1), pp. 49-56. DOI: 10.1192/apt.6.1.49.
21. Fröjdth, K., Håkansson, A., & Janson, S. (2003). Are there any clinical characteristics of depression in elderly people that could be useful for case finding in general

- practice?. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 21(issue 4), pp. 214-218. DOI: 10.1080/02813430310002346.
22. Greenglass, E., Fiksenbaum, L., & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress*, vol. 19(issue 1), pp. 15-31. DOI: 10.1080/14659890500436430.
23. Haškovcová, H. (2012). *Fenomén stáří*. (2.vyd., 367 s.) Praha: Havlíček Brain Team
24. Hauserová-Schönerová, I. (1996). *Děti potřebují prarodiče*. (1. vyd., 102 s.) Praha: Portál.
25. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. (1. vyd., 407 s.) Praha: Portál.
26. Hernandez, C., & Gonzales, M. (2008). Effects of intergenerational intreaction on aging. *Educational Gerontology* (issue 34), pp. 292-305. DOI: 10.1080/0360127001883908.
27. Herrmann, D., Sipsas-Herrmann, A., Stafford, M., & Herrmann, N. (2005). Benefits and risks of intergenerational program participation by senior citizens. *Educational Gerontology*, vol. 31(issue 2), pp. 123-138. DOI: 10.1080/03601270590891522.
28. Hindson, J., & Burnell, J. (2012). *Nature for care*. (68 p.). Veldwerk Nederland.
29. Holmerová, I., Vaňková, H., Dragomirecká, E., Janečková, H., & Veleta, P. (2006). Depresivní syndrom u seniorů: Významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi*, (č. 4), s. 182-184. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/01.pdf>
30. Holmerová, I., Vaňková, H., & Jurašková, B.(2007) Deprese ve stáří. In Pidrman, V. *Deprese z různých úhlů pohledu II*. (1. vyd., s. 93-123). Praha: Galén.
31. Höschl, C. (2002). Poruchy nálady (afektivní poruchy). In Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. *Psychiatrie*. (1. vyd., s. 409-454). Praha: TIGIS.
32. Julie. (2013). *V jednom domě*. Dostupné z: www.vjednomdome.cz
33. Kok, R., Heeren, T., Hooijer, C., Dinkgreve, M., & Rooijmans, H. (1995). The prevalence of depression in elderly medical inpatients. *Journal of Affective Disorders*, vol. 33(issue 2), pp. 77-82.
34. Konrád, J. (2013). Deprese ve stáří. *Practicus*, roč. 12(č. 2), s. 7-12.
35. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. (s. 136). Praha: Grada.
36. Kuchařová, V. (2002) *Život ve stáří: Zpráva o výsledcích empirického šetření*. [online]. Praha: VÚPSV. Dostupné z : <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/zivest.pdf>

37. Laudisio, A., Marzetti, E., Pagano, F., Pozzi, G., Bernabei, R., & Zuccalà, G. (2010). Depressive symptoms are associated with hospitalization, but not with mortality in the elderly: A population-based study. *Aging*, vol. 14(issue 8), pp. 955-961. DOI: 10.1080/13607863.2010.501058.
38. *Learn with Grandma*. (2013, March 13). Dostupné z <http://learn-with-grandma.org/>
39. Lynott, P., & Merola, P. (2007). Improving the Attitudes of 4th Graders Toward Older People Through a Multidimensional Intergenerational Program. *Educational Gerontology*, vol. 33(issue 1), pp. 63-74. DOI: 10.1080/03601270600864041.
40. Maltézská pomoc. (2014). *Jak můžete pomoci*. Dostupné z <http://www.maltezskapomoc.cz/jak-muzete-pomoci/>
41. Millán-Calenti, J., Sánchez, A., Lorenzo, T., & Maseda, A. (2012). Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: Gender differences. *Geriatrics*, vol. 12(issue 2), pp. 198-206. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2011.00745.x.
42. Mitchell, A., Bird, V., Rizzo, M., & Meader, N. (2010). Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS15. *Journal of Affective Disorders*, vol. 125(1-3), pp. 10-17. DOI: 10.1016/j.jad.2009.08.019.
43. Mizushima, J., Sakurai, H., Mizuno, Y., Shinfuku, M., Tani, H., Yoshida, K., Ozawa, C., Serizawa, A., Kodashiro, N., Koide, S., Minamisawa, A., Mutsumoto, E., Nagai, N., Noda, S., Tachino, G., Takahashi, T., Takeuchi, H., Kikuchi, T., Uchida, H., Watanabe, K., Kocha, H., & Mimura, M. (2013). Melancholic and reactive depression: a reappraisal of old categories. *BMC Psychiatry*, vol. 13(issue 1), DOI: 10.1186/1471-244X-13-311.
44. Morrow-Howell, N., McCrary, S., Gonzales, E., McBride, Hong, & Blinne, W. (2008). Experience Corps: Benefits of volunteering. *Center fo social development*. Dostupné z: <http://csd.wustl.edu/Publications/Documents/RB08-23.pdf>
45. Murphy, E. (1983). The prognosis of depression in old age. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 142(issue 2), pp. 111-119. DOI: 10.1192/bjp.142.2.111.
46. Newman, S., Karip, E. & Faux, R. (1995). Everyday memory function of older adults: The impact of intergenerational school volunteer programs. *Educational Gerontology*, vol. 21(issue 6), pp. 569-580.
47. Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. (1. vyd., 168 s.) Praha: Univerzita Karlova.

48. Ondrušová, J., & Dragomirecká, E. (2012). Smysl života a deprese u českých seniorů. *Československá psychologie*, roč. 56(č. 3), s. 193-205.
49. Palečková, K. (2012). *Adoptujte babičku*. Dostupné z: www.adoptujte-babicku.cz
50. Rabušicová, M., Kamanová, L., & Pevná, K. (2010). Čas a věk hraje roli: Tři generace v kurzech. *Studia paedagogica*, roč. 15(č. 1). Dostupné z: www.phil.muni.cz/wupv/casopis
51. Rabušicová, M., Klusáčková, M., & Kamanová, L. (2009). Mezigenerační učení v rámci programů a kurzů neformálního vzdělávání pro děti, rodiče a prarodiče. *Studia paedagogica*, roč. 14(č. 2). Dostupné z: www.phil.muni.cz/wupv/casopis
52. Santos, K., Fernandes, M., Reis, L., Coqueiro, R., & Rocha, S. (2012). Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. *Brazilian Journal of Physical Therapy / Revista Brasileira de Fisioterapia*, vol. 16(issue 4), pp. 295-300.
53. Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the Elderly: clinical features and risk factors. *Aging and disease*, vol. 3(issue 6), pp. 456-471.
54. Steinová, D. (2012). *Aktivní stáří*. Dostupné z: <http://www.aktivnistari.eu/57-experimentalni-univerzita-pro-prarodice-a-vnoucata>
55. Stuart-Hamilton, I. (2006). *The psychology of ageing: an introduction*. (4th ed., 336 p.) Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
56. Taqui, A., Itrat, A., Qidwai, W., & Qadri, Z. (2007). Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, vol. 7(issue 1), pp. 57-. DOI: 10.1186/1471-244X-7-57.
57. Tsai, F., Motamed, S., & Rougemont, A. (2013). The protective effect of taking care of grandchildren on elders' mental health? Associations between changing patterns of intergenerational exchanges and the reduction of elders' loneliness and depression between 1993 and 2007 in Taiwan. *BMC Public Health*, vol. 13(issue 1), pp. 567- 575. DOI: 10.1186/1471-2458-13-567.
58. Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, vol. 21, pp. 117-130. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x.
59. WHO. (2013) *Mezinárodní klasifikace nemocí: Instrukční příručka* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7280-846-5. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-1-2013.pdf

60. XU, Ling a Iris CHI. Life satisfaction among rural Chinese grandparents: the roles of intergenerational family relationship and support exchange with grandchildren. *International Journal of Social Welfare*[online]. 2011, vol. 20, pp. 148-159. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2011.00809.x