

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

2012

Kateřina Wiesnerová

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

Mezigenerační solidarita a péče o seniora v rodině

Kateřina Wiesnerová

Plzeň 2012

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

Mezigenerační solidarita a péče o seniora v rodině

Kateřina Wiesnerová

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. Hynek Jeřábek, CSc.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2012

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literatury.

Plzeň, duben 2012

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala Prof. PhDr. Hynku Jeřábkovi. CSc. za vedení mé diplomové práce a za rady, které mi poskytl.

Obsah

1	ÚVOD	1
2	DEMOGRAGICKÉ SOUVISLOSTI	5
	2.1 První a druhá demografická tranzice	6
	2.2 Prognózy do budoucna	13
3	STÁŘÍ.....	16
	3.1 Periodizace stáří	16
	3.2 Znaky stáří	17
	3.3 Ztráta autonomie a důležitost okolí.....	20
	3.4 Ageismus.....	21
4	RODINNÉ VZTAHY	23
5	MEZIGENERAČNÍ SOLIDARITA	27
	5.1 Teorie mezigeneračních vztahů.....	27
	5.2 Mezigenerační solidarita dle Bengtsona	29
	5.3 Ambivalence a konflikt	33
6	PRAXE PÉČE O SENIORA.....	38
	6.1 Stručná historie péče o staré lidi	38
	6.2 Motivace k rodinné péči	40
	6.3 Principy péče o seniora.....	43
	6.4 Paliativní péče	44

6.4.1	Vymezení paliativní péče.....	44
6.4.2	Domácí paliativní péče	45
6.4.3	Eutanazie vs. paliativní péče	47
6.5	Zátěž a problémy spojené s péčí o seniora.....	49
6.5.1	Syndrom vyhoření	50
6.6	Osoba pečujícího	52
6.7	Faktory ovlivňující	54
6.7.1	Genderová perspektiva	56
7	ZÁVĚR	60
8	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	65
9	RESUMÉ	76

1 ÚVOD

Žijeme v době, kdy v důsledku demografických změn, jako je například stárnutí populace, přibývá počet lidí, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých. Každý se v určité fázi svého života dostane do situace, kdy nebude schopen vlastními silami zvládat rutinní úlohy všedního dne a bez cizí pomoci si jen stěží obstará základní životní potřeby.

Jedná se o takovou životní situaci, která v bližší nebo vzdálenější budoucnosti potká každého jedince lidské společnosti. Neměli bychom tedy před tímto problémem zavírat oči, ale naopak bychom se měli věnovat jeho příčinám a případným řešením. Zde přichází na scénu téma mé diplomové práce, a to jest mezigenerační solidarita a péče o seniora v rodině.

Seniorům jsem se věnovala již ve své bakalářské práci. Tehdy jsem se zaměřila na *Každodennost ve stáří* a pomocí kvalitativních rozhovorů jsem ukázala, jaké aktivity mají senioři ve svém volném čase. Práce byla zaměřena na tzv. „mladé důchodce“. V návaznosti na tuto praktickou zkušenost jsem chtěla pokračovat v práci se seniory, avšak tentokrát se moje práce ubírá jiným směrem. Můj zájem se přesouvá od aktivních důchodců k těm, kteří jsou nějakým způsobem závislí na svém okolí, v tomto případě na rodině.

Mezigenerační solidarita je velmi podstatnou součástí našeho rodinného života. V určité míře tu byla mezigenerační solidarita vždy, ale s proměnami ve společnosti se i ta proměňuje a péče o seniora v rodině se dostává nejen do sociálních výzkumů.

Právě z důvodu potřeby toto téma podrobit samostatnému výzkumu můžeme dokladovat, že se jedná o téma nepochybně aktuální. Práce zabývající se seniory nabývají ve společnosti na důležitosti. Nejedná se o

zcela nové téma, avšak nemůžeme mu upřít jeho aktuálnost. Jednotlivým transformacím ve společnosti, které přispěly k této změně, se budu věnovat dále ve své práci.

V dnešní době se zvyšuje poměr starších lidí ve společnosti, a jak uvádějí nejrůznější prognózy, situace se bude i nadále stupňovat. V roce 2050 by podíl lidí nad 65 let měl činit plných 33%, tj. 3,1 milionů osob. (Populační prognóza...: 2004). Vinu zde nese několik demografických faktorů, kterými jsou například zvyšující se střední délka života a také nízká úroveň plodnosti a porodnosti. Vliv nesou okolnosti provázející první a druhou demografickou tranzici. Těmto okolnostem se budu více věnovat v kapitole Demografické souvislosti.

Téma mezigenerační solidarity a péče o seniora v rodině jsem si zvolila právě proto, že já i moje rodina se s touto problematikou dostáváme do styku téměř každý den. Moji prarodiče jsou ve věku, kdy se stále častěji musí spoléhat na pomoc svého nejbližšího okolí. Právě fakt, že člověk v pozdním důchodovém věku není plně schopný si obstarat základní potřeby a je vázán na pomoc druhých, se stal předmětem mé práce, ve které se pokusím analyzovat tuto skutečnost.

Moje diplomová práce bude prací teoretickou – zmapuji v ní několik výzkumů na zvolené téma. Dále se při práci s danou problematikou budu opírat o řadu zahraničních i českých textů na dané téma. V kontextu teorie se budu věnovat mezigenerační solidaritě a péči o seniory, a to především péči o seniory v rodině.

Rodina je velmi podstatnou součástí života každého jedince a nejinak je tomu i u seniorů. V tradičních společnostech nebyl problém péče o seniora natolik zřetelný. Bylo přirozené, že v rodinách existovala jakási „automatická“ mezigenerační solidarita a v rámci rodiny bylo o

starého člověka pečováno. To, že se lidé starali o staršího člena rodiny, bylo zcela běžné a nikterak výjimečné. Navíc, vzhledem k nižší úrovni zdravotní péče a hygieny, staří a nemocní mnohdy umírali dříve, a tak byla péče kratší, tím pádem i méně náročná.

S postupem času se však kvůli okolnostem, které zmíním dále, začaly vytvářet nové formy rodinného soužití. Různé instituce, jako je například stát, nahrazovali rodinnou péči o seniora. Stát je nápomocen hlavně po ekonomické stránce. Instituce však nepřejaly veškerou péči o seniory a v mnoha rodinách je vidět, že se zachovala primární péče, tedy že se o seniora stará právě jeho rodina a nikoliv instituce. Pokud má senior rodinu, která se o něj může postarat, je to pro seniora výrazně lepší varianta. Blízkost rodiny těžko nahradí profesionální opatrovníci.

Dále představím jednotlivé klíčové pojmy, ukážu důležitost studia této problematiky a na základě Bengtsona a jeho spolupracovníků představím různé typy solidarity. Dále se budu věnovat různým teoriím mezigeneračních vztahů. Zmíním faktory, které ovlivňují mezigenerační solidaritu, a zátěž, která je spojená s péčí o seniora, budu se věnovat i dalším faktorům, které jsou s tímto spojeny.

Co vede příbuzné k tomu, aby se o staršího člověka v rodině starali? Jaké jsou jejich motivace a jaké jsou překážky pro vykonávání takovéto pomoci? Péče o starého člověka s sebou nese více problémů, než tomu bylo dříve. Často musí jedinec volit mezi svou prací a péčí, zároveň je podroben velkému tlaku, díky fyzické a psychické náročnosti péče o seniora.

Ve stručnosti se tedy má práce zabývá následujícími oblastmi. V kapitole číslo 2 *Demografické souvislosti* budu mluvit o stárnutí populace, a o tom, co zapříčinilo to, že se zvyšuje počet seniorů

v populaci, vysvětlím okolnosti spojené s první a druhou demografickou tranzicí, dále pak zmíním i *Prognózy do budoucnosti*, resp. to, k čemu dojde, pokud budou pokračovat nastolené trendy ve společnosti. V kapitole 3 *Stáří* se budu věnovat postavě seniora, jeho definici a kategorizaci, znakům spojených se stářím a ageismu. V následující sekci 4 *Rodinné vztahy* zmíním důležitost rodiny a rodinných vztahů. Konečně se pak dostávám k nejdůležitějším kapitolám a to ke kapitole 5. *Mezigenerační solidarita*, ve které zmíním Bengtsonovu mezigenerační koncepci, ale i další teorie, jako je ambivalence a konflikt. Nakonec v kapitole 6 *Péče o seniora* se budu věnovat praktickým záležitostem v oblasti péče o seniora, historii péče, motivům a faktorům ji ovlivňujícím a jiným věcem s péčí o seniora spojeným, ale zaměřím se i na paliativní péči a problematiku kolem eutanazie.

2 DEMOGRAGICKÉ SOUVISLOSTI

Téma mezigenerační solidarity a péče o seniory je velmi široké a jistým způsobem i rozmanité. Na začátku je tedy nutné zasadit sledovanou problematiku do historického kontextu. Podoba rodiny a i samotný „senior“ se v průběhu let mění, dochází k přeměnám rodiny a k redefinování samotného pojmu senior.

K pochopení situace je zapotřebí znát i demografické souvislosti a nové trendy, jakými je snížení počtu dětí vyššího pořadí, zvyšující se bezdětnost, rozvodovost a nárůst složených rodin a nových typů soužití. Tyto aspekty spojené s demografickými tradicemi se mohou zdát na první pohled mému tématu vzdálené, ale není tomu tak, všechny tyto trendy se promítají do podoby vztahů v rodině.

Jak již bylo řečeno výše, následkem demografických změn jsou otázky kolem seniorů naléhavější. Lidé se dožívají vyššího věku, rodí se méně dětí, a tak se zvyšuje podíl starších lidí ve společnosti. „Úhrnná plodnost v průběhu devadesátých let klesla hluboko pod západoevropský průměr a v současnosti patří její úroveň v ČR mezi nejnižší v Evropě. Nevyhnutelným důsledkem těchto změn je intenzivnější stárnutí populace.“ (Vohralíková, Rabušic 2004: 8)

Toto však není problém banální a už vůbec ne nečekaný. K dané situaci muselo časem dojít, a pokud se nezmění mentalita lidí či nenastane nějaká významná změna ve společnosti, situace se bude ještě prohlubovat.

Kde jsou tedy kořeny toho, že je mezi námi více seniorů a že je nutné se jimi zabývat a věnovat se jejich situaci? Kořeny problému vidíme již v první demografické tranzici.

2.1 První a druhá demografická tranzice

V důsledku první a druhé demografické tranzice došlo ke změně struktury rodiny, ale zároveň díky jejímu průběhu existuje vyšší naděje na dožití. V rámci této problematiky se dotknu problematiky bezdětnosti a nízké porodnosti.

V předtranzitním období byly ve společnosti běžné velké rozšířené rodiny, kdy pod jednou střechou žilo i několik generací. Avšak v posttranzitní době se nejčastěji setkáváme s rodinami nukleárními. To s sebou nese hned několik problémů, nejen že lidé nejsou socializováni do role pečovatele, ale zároveň musejí často dojíždět za svými staršími blízkými.

V dobách před 1. a 2. demografickou tranzicí bylo pro rodiče výhodné mít co nejvíce dětí. Ty totiž byly významnou pracovní silou. Při první demografické tranzici se ale situace změnila a dítě se v rodině stalo takzvaným "králem hodnot". Jednoduše řečeno tedy došlo při plánování počtu dětí a jejich výchovy k posunu od kvantity ke kvalitě. Pro rodiče bylo výhodnější plodit méně potomků, ale o to více do nich investovat. To mělo logicky za následek pokles fertility.

Výkladem této změny může být teorie racionální volby. Mít dítě je v dnešní době nákladné a to nejen ekonomicky, ale i časově, emocionálně a tak dále. Proto jej potencionální rodiče odkládají, popřípadě o každém dalším dítěti více přemýšlí. (Hašková 2009: 42) Potencionální rodiče zvažují, zda vůbec nějaké děti mít a popřípadě kolik jich mít. V důsledku toho klesá počet dětí vyššího pořadí. Dnes je běžná rodina s jedním, maximálně dvěma dětmi a rodiny, které mají tři a více dětí již nejsou tak časté.

Při druhé demografické tranzici se tato situace ještě přirostřuje. Druhá demografická tranzice je charakteristická individualizací a seberealizací. Díky dostupnosti univerzitního vzdělání, možnosti cestovat a podnikat došlo k tomu, že mladí lidé odkládají sňatek a rodičovství do pozdějších let. (Možný 2006) Jedinec se soustředí na sebe a svoji kariéru a na dítě často nezbyvá čas. S odkladem založení rodiny do vyššího věku však přicházejí problémy s početím a bezdětnost. Ženy zakládají rodinu až poté, co jsou úspěšně zapojeny do pracovního procesu, a také poté, co dosáhnou určitého úspěchu. (Možný 2006: 196)

Statistiky uzavíraných sňatků hovoří jasně - „mezi lety 1989 -2000 poklesl počet sňatků v ČR téměř o polovinu.“ (Možný 2002: 41) Sňatky ztratily na významu a změnila se skupina těch, kteří se žení a vdávají. Dříve byla svatba záležitostí hlavně mladých lidí.

Dnes ovšem lidé odkládají sňatek do vyššího věku. Konkrétní čísla vypadají takto: v roce 1993 se ve věku 16 - 19 let vdávalo 20 105 nevěst, což činí 39,1 %, ve věku 20 - 24 to bylo dokonce 48,1 %, tedy 24 770. Sňatková situace v roce 2009 je výrazně rozdílná, v 16 - 19 letech se vdává 672 nevěst, tedy 1,9%, nejčastější je sňatek ve věku nevěsty 25 až 29 let, vdávalo se 16 732 žen, což činí plných 47,5 %. (Zaostřeno na ženy a muže 2010: První sňatky... 2010)

Reprodukční chování v ČR se tedy mění, srovnání základních údajů o reprodukčním chování za několik vybraných let přináší následující tabulka.

Tabulka č. 1

Vybrané základní údaje o reprodukčním chování

Základní údaje o reprodukčním chování		1993	2004	2007	2010
Průměrný věk při prvním sňatku	Nevěsta	23,2	26,3	27,4	28,2
	Ženich	25,4	29,0	30,1	31,0
Průměrný věk při sňatku	Nevěsta	24,8	29,8	30,8	31,7
	Ženich	27,9	32,7	33,8	34,9
Úhrnná plodnost	X	1,7	1,2	1,4	1,5
Podíl matek do 17 let včetně ze všech matek	%	1,8	1,0	0,7	0,7
Prům. věk matky při naroz. 1. dítěte	X	22,6	26,3	27,1	27,6
Prům. věk matky při naroz. dítěte	X	25,0	28,3	29,1	29,6
Podíl dětí narozených mimo manželství	%	12,7	30,6	34,5	40,3

Zdroj: ČSÚ Ženy a muži v datech 2011 : 2011

Jak vidíme v tabulce č. 1, průměrný věk nevěsty při prvním sňatku je 28,2, od roku 1993 se tohle číslo zvedlo o celých 5 let. Kromě odsunutí sňatku se zvyšuje i průměrný věk matky při narození prvního dítěte, dle tabulky č. 1 se zvedal od roku 1993 z 22,6 let až na 27,6 let v roce 2010. (ČSÚ Ženy a muži v datech 2011: 2011)

Z tabulky je patrný nejen zvyšující se průměrný věk při prvním sňatku, ale také stoupající tendence u průměrného věku prvorodiček. Zároveň však můžeme pozorovat snižující se míru úhrnné plodnosti. Alarmující se pak může zdát markantní nárůst procenta dětí narozených mimo manželství. Z 12,3 % v roce 1993 je to v roce 2010 více než 40 %.

V ČR již dlouho docházelo k poklesu sňatečnosti. Počet sňatků od roku 1920, kdy bylo sňatků 135 714, postupně klesal až na 47 862 v roce 2009. Vedle snížení sňatečnosti došlo v posledních letech i ke zvýšení rozvodovosti. V roce 2009 byl počet rozvodů 29 133, v roce 1920 končilo rozvodem jen 3 618 manželství (Demografická příručka 2009: 2010). Dle údajů ze sčítání lidu žije takřka jedna čtvrtina dětí jen s jedním rodičem. V roce 2009 bylo neúplných rodin 158 153, tyto neúplné rodiny vznikají

bud' rozvodem, nebo ovdověním, anebo tím, že se manželství vůbec neuskutečnilo. (Zaostřeno na ženy a muže 2010: Čisté neúplné... 2010)

Pro dnešní dobu je také charakteristický výskyt domácností jednotlivců a pokles podílu rodinných domácností. Zvyšuje se výskyt tzv. neúplných rodin. Za neúplnou rodinu považujeme tu domácnost, kde žije jen jeden rodič a dítě nebo děti. (Možný 2006) Úplné rodiny tvořily 54,6 %, neúplné 13,5 %, domácnosti jednotlivců 29,9 %. Proti stavu z roku 1991 klesl počet úplných rodin o téměř 180 tisíc, naopak počet neúplných rodin se zvýšil o 142 tisíc. (Fakta o České republice 2009)

Instituce manželství je oslabena, a tak vznikají nové formy soužití, jako je nesezdané soužití¹ neboli kohabitace. Přibývá i rodin neúplných nebo lidí, kteří žijí v tzv. odděleném soužití, v anglické literatuře známé jako LAT. (Rabušic 2001) LAT neboli „living apart together“ je dle Možného (2006) druhá nejčastější forma partnerství bez soužití v České republice. Jedná se většinou o vztah lidí, kdy žena s dětmi žije odděleně od svého partnera. Tyto nové formy soužití pak přináší i problémy se zmíněnou péčí o seniory. Lidé nejsou tolik svázaní s rodinou partnera a nemají tak k němu závazky, jako když jsou sezdáni. Případně pak nemusí docházet k péči o seniory, kteří nejsou pokrevními příbuznými daného jedince. Naopak může docházet k tomu, že pokud již nežije potomek těch konkrétních lidí, nebude se mít o seniora kdo postarat.

Tato doba je charakterizována dalšími doprovodnými trendy. Všechny tyto trendy se více nebo méně odrážejí na podobě rodiny a

¹ „Tento způsob soužití tak, zdá se, definitivně rozrušil sekvenci událostí, které v tradičním vzorci chování vedly v průběhu životního cyklu k formování rodiny s dětmi.“ (Rabušic 2001: 195)

vztazích v ní. Je to již zmíněný vzrůstající počet nesezdaných soužití, zvýšené užívání antikoncepce² a pluralita rodinných forem.

Složené rodiny³ přináší ještě více prarodičů, o které bude třeba se starat. V nukleární rodině se dvěma dětmi, se najdou potencionálně čtyři prarodiče. Pokud se však jedná o složenou rodinu například se dvěma dětmi, jedná se již potencionálně o čtyři babičky a čtyři dědečky.

To samé se týká skupiny *singles*⁴ to lidé pak nemají děti a opět narážíme na problém, kdo se o tyto lidi bude ve vyšším věku starat.

Velmi obdobná situace nastává například také u homosexuálů, kterým v současné době není umožněno starat se o legálně získané dítě. Ve chvíli, kdy zemře jeden z homosexuálního páru, se velmi komplikuje situace přeživšímu partnerovi, o kterého se ve stáří nemá kdo postarat.

Děti však často nemají i lidé, kteří by je mít chtěli a teoreticky mohli. Problémy s otěhotněním jsou způsobeny mimo jiné odkládáním těhotenství do vyššího věku. Pravdou však je, že na mladé rodičky se často pohlíží s despektem. Dnes je „jiná doba“, a mladé matky jsou spíše výjimkou. Ve chvíli, kdy jsou potencionální matky již zajištěné, tak bývá reprodukce znemožněna zdravotními komplikacemi způsobenými pokročilým věkem ženy. Jak uvádí Rabušic (2001), v dnešní době je přibližně každé páté manželství považováno za neplodné. (Rabušic 2001: 99) Důležité je však si uvědomit, že nejde pouze o neplodnost na straně žen, ale i o neplodnost mužskou, a to v plných čtyřiceti procentech, jak uvádí dále Rabušic (2001).

² „Účinné antikoncepční prostředky dávají ženám konečně možnost hrát v rozhodování o počtu dětí rovnocennou roli s muži.“ (Rabušic 2001: 100)

³ Složenou rodinou myslím takovou rodinu, kde je nový pár a jejich děti, včetně těch z předchozích manželství.

⁴ Singles je skupina lidí, jejíž jednoduchou definicí je, že jedinci žijí samotní v domácnosti a tyto jedince spojuje mladistvý životní styl. (Možný 2006: 199)

Problémy s otěhotněním, vzrůstající počet trvale bezdětných osob, tyto skutečnosti vedou k dalšímu poklesu fertility, a to často pod záchovnou hranici reprodukce.

Na první pohled se může zdát, že nízká plodnost nemá nic společného s mezigenerační solidaritou, že se jedná o dvě naprosto rozdílné věci bez souvislostí, ale není tomu tak. Tyto proměny v rodině se odrážejí i do mezigenerační solidarity a péče o seniora. Je nutné si uvědomit, že pokud nebudou mladí lidé, tak nebude nikdo, kdo by se v budoucnosti o seniory staral.

Pro moje téma je důležitá skutečnost, že nízká míra plodnosti a rostoucí podíl bezdětných rodin povede k zatížení důchodového systému. (Hašková 2009: 18-19) Zmíněná situace vede k mnoha problémům, od financování důchodů, až po nedostatek míst pro seniory v domovech jim určených.

Vliv na aktuálnost daného problému má i fakt, že se lidé dožívají vyššího věku. Ve spojení s nízkou porodností pak dochází k tomu, že je v rodině více lidí, o které je třeba pečovat, ale zároveň méně lidí, kteří tuto péči mohou poskytnout. Zvyšování dlouhověkosti a snižování porodnosti vedou k redukci „potencionálního počtu lidí spojených příbuzenským vztahem, kteří by mohli na konci života poskytovat péči.“ (Payneová, Seymourová, Ingletonová 2007: 3)

Česká společnost je stará. To je věta, která nejen v sociologii, ale i v běžném životě zaznívá poměrně často. A je tomu skutečně tak. „Populaci České republiky můžeme z demografického hlediska považovat za starou již kolem roku 1950, kdy podíl populace ve věku 60 let a starších přesáhl 12 % (a podílu 7 % obyvatel nad 65 let, kterým definují starou populaci experti OSN, jsme dosáhli již před rokem 1950, když v tomto roce jsme měli 9,3 % obyvatel ve věku nad 65 let).“ (Vohralíková,

Rabušic 2004: 9) Po roce 1990 dochází k ještě nápadnějšimu stárnutí populace, a to vlivem nižší porodnosti.

Jednoduchým řešením by mohl být jistý tlak státu na zvýšení sňatečnosti a porodnosti. Je to však jen chiméra, klamavá představa, protože nic není tak jednoduché, jak se na první pohled zdá. O zvýšení sňatečnosti se, jak víme, snažil komunistický režim v Československu například tím, že lidé mimo manželství v podstatě neměli šanci získat byt. (Možný 2006) To a nucení do vyšší porodnosti však nebylo nejšťastnějším řešením, boom způsobil přeplnění školek, škol a následně i pracovního trhu. Logicky, po odeznění boomu, byly pak školky a školy prázdné. Komunistické reformy jen uspíšily narození dětí, které by se pravděpodobně stejně narodily.

Možná prenatální politika by však v současné situaci nebyla tak zjevně snadná jako v minulosti. V současném stavu tržní ekonomiky není možné operovat takovými komoditami, jako byly v minulosti zmíněné byty. Současní mladí lidé přemýšlejí o ekonomických faktorech budoucího rodičovství úplně jinak, než tomu bylo v minulosti. Možnou variantou by bylo jisté zvýhodnění sezdaných rodičů, protože v současné době mají vyšší finanční podporu ženy, které nemají partnera.

Narážíme zde tedy na změny v hodnotách, které vedou ke změnám v reprodukčním chování. Je třeba začít u změny hodnot lidí, a to je pravděpodobně to nejtěžší. Pokud bude pro lidi na prvním místě kariéra a touha po materiálním bohatství, pak prognózy do budoucna budou nevalné, a to nejen pro ČR, ale i pro Evropu a svět.

2.2 Prognózy do budoucna

Na základě výsledků ze střední prognózy ČSÚ (2004) je zřejmé, že i v budoucnu se bude počet osob nad 65 let zvyšovat a jejich podíl v populaci bude čím dál tím vyšší. Následující tabulka popisuje základní věkové skupiny a jejich podíl v populaci dle populační prognózy do roku 2050.

Tabulka č. 2

Základní věkové skupiny, absolutně a jejich podíl

v celé populaci v %

Věk	2002	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	1 589 766	1 400 028	1 408 644	1 274 155	1 197 000	1 173 004
15-64	7 195 541	7 286 202	6 786 952	6 520 205	5 964 564	5 309 251
65+	1 417 962	1 596 812	2 088 333	2 308 073	2 633 554	2 956 079
0-14	15,6	13,6	13,7	12,6	12,2	12,4
15-64	70,5	70,9	66,0	64,5	60,9	56,3
65+	13,9	15,5	20,3	22,8	26,9	31,3

Zdroj: ČSÚ Populační prognóza ČR do r. 2050 : 2004

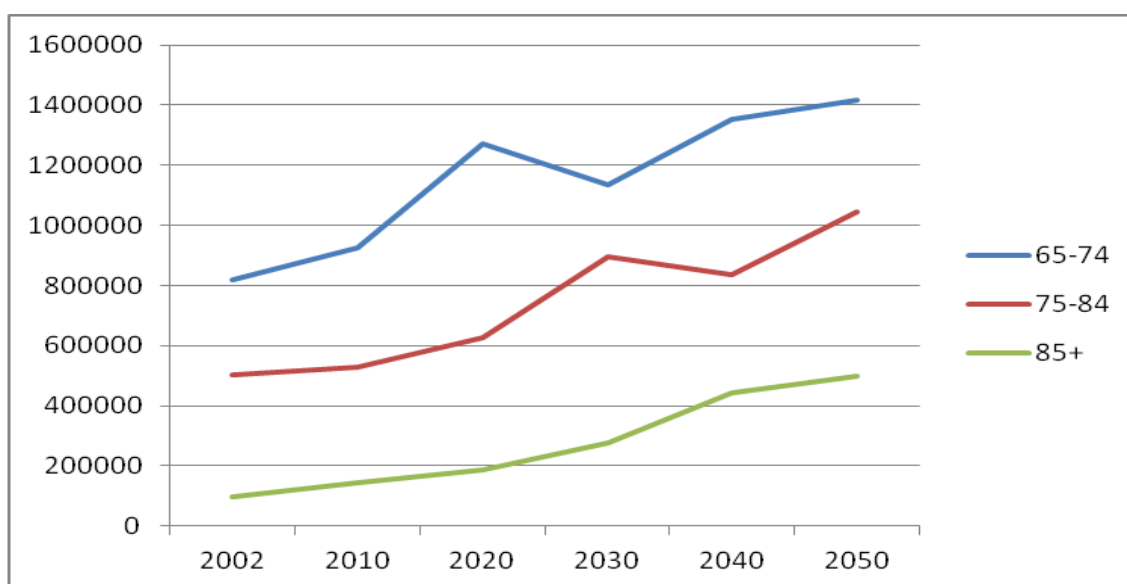
V tabulce č. 2 vidíme, že podíl lidí nad 65 let je 15,5 %, ale za 40 let je předpokládán podíl osob starších 65 let 31,3 %. Lidé starší 65 let by tak tvořili téměř jednu třetinu populace ČR. Počet obyvatel nad 65 let by tedy dle střední varianty populační prognózy mohl vzrůst z 1 596 812 až na 2 956 079, to je téměř dvojnásobek.

Je tedy zřejmé, že se počet obyvatel nad 65 let bude zvyšovat a jejich podíl bude i nadále růst. Z 13,9 % v roce 2002 až na 31,3 % v roce 2050. A to je číslo nepochybně alarmující. Pokud však budou pokračovat

demografické trendy ve společnosti jako doposud, dalo by se čekat, že hranice „seniora“ se posune do pozdějšího věku. Lidé budou tedy déle ekonomicky aktivní a poměr skupin se tak změní. Tabulka č. 2 přináší informace o základních skupinách, avšak v grafu č. 1 vidíme detailnější informace o počtu seniorů a jejich podíl v populaci. Tabulka ukazuje předpokládané počty seniorů v celé populaci u tří věkových skupin a to od 65 let věku do 74 let, od 75 do 84 a 85 a více.

Obrázek č.1

Předpokládané počty seniorů v celé populaci u tří věkových skupin



Zdroj: Vlastní graf dle dat ČSÚ 2004: Populační prognóza ČR do r. 2050

Tato čísla jsou pro nás již důležitější. Podíl seniorů se zvyšuje ve všech třech sledovaných věkových kategoriích. Podíl seniorů ve věku od 65 let do 74 let bude v roce 2050 dle střední varianty populační prognózy 15 %, od roku 2010 vzroste tedy o plných 9 %. K nárůstu dochází i v dalších dvou sledovaných věkových kategoriích, podíl seniorů ve věku 75 - 84 narůstá z 5,1 % na 11,1 % a jako nejvýznamnější se jeví poslední

skupina seniorů nad 85 let. Nejvíce pozornosti bychom pak měli věnovat právě skupině seniorů ve věkové kategorii nad 85let. Jejich podíl v populaci bude narůstat. Právě oni jsou v nejvyšší míře odkázáni na něčí pomoc. V roce 2002 činil podíl seniorů nad 85 let pouze 1 %, avšak v Populační prognóze pro ČR do r. 2050 (2004) by měl být v roce 2050 jejich podíl 5,3 %.

„Počet osob ve věku nad 60 let se v celosvětovém měřítku bude významně zvyšovat a v období do roku 2050 vzroste trojnásobně: z 606 milionů na téměř 2 miliardy. Nárůst počtu osob ve věku nad 80 let bude zřejmě ještě výraznější: z 69 milionů v roce 2000 na 379 milionů v roce 2050, tedy na pětinašobek současného stavu.“ (Stloukal in Vohralíková, Rabušic 2004: 18)

Výše zmíněná čísla jsou jasným důkazem toho, že je třeba se otázce seniorů věnovat. Jejich podíl v populaci se v posledních letech zvyšuje a pravděpodobně tomu bude i nadále. Senioři budou tvořit velmi početnou skupinu obyvatel, a proto je jim třeba věnovat pozornost a na situaci se nějakým způsobem připravit.

3 STÁŘÍ

Než přikročím k samotným klíčovým definicím týkajícím se mezigenerační solidarity a péče o seniora v rodině, je třeba si definovat osobu seniora a také to, jak chápeme stáří. Bylo by příliš jednoduché pracovat s definicí, že senior je každý nad 65 let. Navíc tato hranice je sociálním konstruktem, nenese žádné objektivní znaky.

3.1 Periodizace stáří

Se zvyšující se nadějí na dožití se tato kategorie nad 65 let rozrůstá, a tak je třeba rozlišit seniory i dále. Je jasné, že 65letý senior má jiné potřeby než senior, kterému je 90 let.

„Experti Světové zdravotnické organizace navrhli už v šedesátých letech 20. století rozčlenění středního a vyššího věku do čtyř kategorií:

1. Období středního věku 45 a 59 let
2. Období raného stáří (staršího věku) 60 až 74 let
3. Období vlastního stáří (pokročilého, vysokého věku) 75 až 89 let
4. Období dlouhověkosti nad 90 let“

(Zavázalová in Vohralíková, Rabušic 2004: 6).

Jiné dělení přináší Marie Vágnerová (2007). Ta pracuje se dvěma kategoriemi seniorů, tyto kategorie označuje *rané stáří* a *pravé stáří*. Rané stáří je dle ní definováno věkem zhruba od 60 let a pravé stáří od 75 let.

Této problematice kategorizace stáří se věnoval i Peter Laslett (1991). Ten přichází s rozdělením „seniorského věku“ na třetí a čtvrtý věk. Ve svém konceptu rozpracovává životní etapy do čtyř fází. Jako první je

období dospívání, kde je socializace jedince spojena se závislostí, nezodpovědností a označuje tuto fázi za první věk. Po něm následuje druhý věk - dospělost, která je charakteristická nezávislostí jedince. Ten již za své jednání nese plnou zodpovědnost. Třetí věk je věkem stáří, které ale Laslett (1991) oproti předešlým stereotypním konceptům charakterizuje jako období aktivní, kdy jedinec může pracovat na svém sebenaplnění. Senior má i v tomto životním období mnoho šancí a voleb. Jeho nové pole možností je vytvořeno ukončením jeho činnosti na trhu práce. Zde vzniká prostor pro nové aktivity či seberealizaci v činnostech, které nejsou spjaty s pracovními povinnostmi. Na toto období navazuje čtvrtý věk, který se opět navrácí k závislosti a končí smrtí.

Ve svých pracích však čtvrtý věk opomíjí a věnuje se hlavně oslavě věku třetího. Ten vidí jako velmi šťastné období lidského života. Období, kdy si člověk může užívat života. Čtvrtý věk je pak obdobím po třetím věku, kdy se člověk stává závislým na svém okolí.

Mezigenerační solidarita a péče o seniora v rodině je tedy zaměřená právě na jedince, který se ocitl ve čtvrtém věku, na jedince, který se nachází ve fázi „čekání na smrt“, není schopen zcela samostatného fungování a potřebuje pomoc ze svého okolí.

3.2 Znaky stáří

Podle předchozí analýzy definice stáří je tedy zřejmé, že co se týká skupiny seniorů, tak o ní nemůžeme mluvit jako o homogenní skupině. Navíc ani stejný věk seniorů s sebou nenese stejné atributy. Je toho mnoho, co ovlivňuje seniora. Zdravotní stav, pohlaví, vzdělání a jiné atributy od sebe seniory odlišují, každý je jiný, každý je individuum. Bylo by tedy nepřijatelné snažit se škatulkovat seniory pouze na základě jejich věku.

Stárnutí je záležitostí individuální, ale je pravdou, že s sebou nese určité psychické a fyzické změny. Tyto změny jsou nejčastěji charakterizovány poklesem výkonnosti, zhoršením zraku a sluchu a dále například poruchami pohybového aparátu a paměti, jak mimo jiné uvádí Vágnerová (2007). Roli samozřejmě hraje i genetika a životní historie jedince, jak uvádí autorka dále.

„Obecně s věkem klesá vitalita a energie, dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické funkční koordinace.“ (Haškovcová 1989) V každém případě však tato zhoršení mohou mít za následek i zhoršení sociálního života starších lidí. (Stuart-Hamilton 1999) To, že například jedinec špatně slyší, může vést až k tomu, že se dobrovolně odřízne od ostatních, protože mu situace není příjemná. Senior se tak stává divákem, jenž se tolik nezapojuje do dění v okolí.

„Pamětní funkce se zpomalují, vybavování je problematictější. Tím vznikají pocity nejistoty a zmatenosti.“ (Novotná, Hříchová, Miňhová 2004: 70) Dle Lenky Novotné, Miloslavy Hříchové a Jany Miňhové (2004) vedou psychické změny až k poruchám identity, nejistoty a úzkosti. Navíc se jedinec stává apatickým vůči okolí a vinou hormonálních změn dochází k přeměně osobnosti. K těmto změnám samozřejmě častěji dochází s vyšším věkem seniorů, objevují se také problémy, jako je demence⁵, a zvyšuje se i výskyt depresí, ty s sebou často nesou sebevraždy. (Novotná, Hříchová, Miňhová 2004) Tyto změny, a demence pak obzvláště, velmi ztěžují práci těch, kteří se o seniora musí starat. Senior nemocný demencí má totiž problémy s pamětí, inkontinencí,

⁵ „Pojem demence pochází z latinských slov de (odstranit) a mens (mysl) a doslova znamená bez mysli.“ (Buijssen 2005: 13) Jedinec je v poslední fázi svého života zcela bezmocný a nepoznává své okolí, jakoby „bez mysli“.

záchvaty vzteku, navíc má někdy problém poznat svoje blízké. (Stuart-Hamilton 1999: 178)

Nejedná se o stejného člověka, jakým byl před propuknutím nemoci, je závislý na druhých a zapomene vše, co kdy uměl. Mozek nefunguje tak, jak by měl, jedinec se ptá stále na stejné věci. Nepamatuje si nedávné události, avšak vzdálenou minulost si vybavuje jasně, často proto považuje svoje blízké za cizince. (Buijssen 2006: 13) Nemoc s sebou přináší deprese a také záchvaty agrese.

Alzheimerova porucha⁶, jedna z příčin demence, je velmi vážnou chorobou. *Alzheimer* sice není jen nemocí starých lidí, ale pravdou je, že mezi osobami nad 65 let je tato nemoc velmi rozšířená. Tato nemoc má celkem tři stádia⁷ a končí smrtí. Huub Buijssen (2006) udává, že období nemoci je velmi těžké nejen pro pacienta, ale i pro jeho okolí. Příbuzní cítí, že ztrácejí svého milovaného ještě v době, kdy žije. Není jasný okamžik ztráty, rodina totiž přijímá jednu ztrátu za druhou. Vidí svého blízkého strádat a navíc se musí potýkat s pocity, jakými jsou hněv, vinna i bezmoc. (Buijssen 2006: 111-112) Přesto je však velmi podstatné, aby rodina v péči pokračovala co nejdéle, pobyt v domácím prostředí život postiženého touto chorobou výrazně prodlouží. Rozvinutá demence je dle Ivy Holmerové (2009) fází Alzheimerovy choroby a trvá od dvou do devíti let. To představuje pro pečující velké vypětí. Velmi náročné je, když nemocný nepoznává vlastní děti. Po určité době je rodina nucena umístit svého blízkého do nějakého specializovaného zařízení a to provází pocity viny. „Ačkoliv na jedné straně pociťují členové rodiny důvěru, vtírá se

⁶ Je nejčastější příčinnou demence a to v plných 50% všech demencí. (Jirák 2009: 29)

⁷ Lehká demence (poruchy paměti a deprese), střední demence (zhoršení paměti) a těžké stádium demence (dezorientovanost, nepoznávání lidí). (Jirák 2009: 32)

dotěrná myšlenka: Škoda, že jsme nedokázali udržet maminku nebo tatínka doma déle.“ (Buijssen 2006: 127)

3.3 Ztráta autonomie a důležitost okolí

Autonomie⁸ je velmi podstatná pro každého jedince. S věkem dojde u seniorů často ke ztrátě autonomie, a to buď dobrovolně, nebo nedobrovolně. K dobrovolné ztrátě autonomie dochází například v situaci, kdy jedinec zjistí, že není schopný se o sebe sám postarat, tedy že začíná být nesoběstačný. Může k tomu dojít i dříve než ztratí soběstačnost, a to z důvodů obav z budoucnosti. Nedobrovolně dochází ke ztrátě autonomie vinou zhoršení tělesného a psychického stavu. (Matýsková 2004) Danuše Matýsková (2004) pracuje se třemi typy autonomie.

- Autonomie zdravotního stavu a pohyblivosti (závažnost onemocnění a závislost na péči, motorická složka)
- Autonomie soběstačnosti (hygiena, úklid, výživa)
- Autonomie psychická (rozhodování, náplň času, vnímání, orientovanost, schopnost reálného pohledu)

(Matýsková 2004: 46)

Pokud jedinec ztratí svojí autonomii, stává se pak závislým na svém okolí. To je nepochybně pro daného jedince velmi skličující skutečnost. To, jak se senior s touto ztrátou autonomie vypořádá, je často podmíněno sociálním okolím a jeho chováním vůči seniorovi. Podporující rodina, která se seniorem nejedná jako s přítěží, může danou situaci velmi pozitivně ovlivnit a naopak. „Pokud u bezprostředního okolí

⁸ „V sociologii schopnost racionálního aktéra samostatně se rozhodovat a nebýt subjektem nějaké determinace.“ (Jandourek 2001: 35)

převládá názor, že starý člověk je neužitečný, bez hodnot, že je jen nepříjemnou zátěží a je mu to dáváno i najevo, senior pak snadno zatrpkne nebo podlehne depresi.“ (Matýsková 2004: 51)

Ve chvíli, kdy jedinec ztrácí autonomii a dostavuje se stav závislosti, může dojít ke stavu, který můžeme nazvat ambivalencí. Rozpor toho, že jedinec potřebuje autonomii, ale tu z důvodu vzrůstající závislosti ztrácí. Ambivalenci se budu věnovat v sekci tomu určené.

3.4 Ageismus

S pojmem senior je často spojován i termín ageismus. V podstatě to znamená diskriminaci lidí kvůli vyššímu věku. Tento termín, vycházející z anglického slova age (věk) pochází od Roberta N. Butlera (1969), „ten jím měl na mysli diskriminaci lidí pro jejich vyšší věk zejména v americkém zdravotnictví, potažmo pak v celé společnosti.“ (Benešová 2010: 1)

Přesto však není ageismus spojován jen s vysokým věkem. Definice tohoto pojmu se různí a někdy tedy spojujeme ageismus s diskriminací jakékoliv věkové skupiny. Česká definice dle Lucie Vidovičové je ještě složitější. „Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/generaci.“ (Vidovičová 2008: 113)

Dle Vidovičové (2008) jsou věkové stereotypy a věková diskriminace projev ageismu. Jedincům jsou na základě věku přisuzovány nějaké vlastnosti, které nemusí být objektivní, a s jedincem je dle jejich věku i různě zacházeno. Autorka mluví o „mýtech o stáří“. Starý člověk je

spojován s nemocí, chudobou a depresemi. Ale to je samozřejmě chybné, senioři nejsou homogenní skupinou.

Dříve byli lidé vyššího věku považováni za nositele moudrosti. Díky svému věku a zkušenostem mohli mladým radit. Předávali mladým moudrost a mladí je za to naopak uznávali. Staří lidé kdysi nebyli tak početní jako dnes, od okolí se jim dostávalo úcty. (Vidovičová 2008)

Dnes však běží doba velmi rychle. Senioři často nezvládají nové technologie, tradice jsou válčovány novinkami, a proto je na seniory nahlíženo s určitým despektem.

Mladí lidé často pohlížejí na důchodce jako na osoby, které vysávají stát. Statky jsou ve společnosti přerozdělovány na základě určitého věkového kritéria a to vede ke generační rivalitě. (Vidovičová 2008: 129) To pak je velmi podstatný zdroj ageismu.

Právě tyto proměny pohledu na seniora mohou mít za následek menší zájem se o seniora starat. Domnívám se však, že potencionální projevy ageismu, resp. negativních postojů vůči starším lidem, mizí ve chvíli, kdy se jedná o seniora, který je součástí rodiny.

4 RODINNÉ VZTAHY

O rodině a rodinných vztazích se častěji mluví jako o vztazích mezi mladými rodiči a jejich dětmi, avšak nesmíme zapomínat, že rodina je mnohem širší termín a i vztahy na dalších úrovních jsou velmi podstatné. Je nasnadě, že v mojí práci půjde o vztahy mezi seniory a jejich potomky, dětmi a popřípadě vnoučaty, kteří seniora nějakým způsobem zajišťují či podporují. Tyto vztahy jsou často složité a jsou provázeny mnoha komplikacemi.

Udržovat vztahy s okolím je nutné pro každého jedince bez ohledu na věk, přináší mu to pocit jistoty a bezpečí. Pro člověka to znamená, že někam patří a že se má na koho obrátit v případě, kdy potřebuje pomoc. Pokud však jedinec neudrží vztahy s okolím, pak přichází stav úzkosti a pocit izolace. Vztahy jsou tedy důležité pro všechny jedince, avšak ve vyšším věku se může stát, že člověk již není tolik sociálně aktivní a udržuje vztahy s užší skupinou lidí. Logické je, že s přibývajícím věkem se počet lidí v okolí, a hlavně vrstevníků, snižuje, a to může přinést pocit samoty, izolace a deprese. (Vágnerová 2007) Tím nejdůležitějším, co pak jedinec má, je jeho rodina. Tyto vztahy by měly být utužovány a rozvíjeny.

Rodina má bezesporu velmi důležitou roli v životě každého jedince, rodina je místo, kde se jedinec formuje, je významným socializačním činitelem a zároveň může jedinci přinášet určité ekonomické zabezpečení. V našem případě je však rodina důležitá právě proto, že poskytuje mezigenerační solidaritu. A i k této mezigenerační solidaritě je cesta právě přes socializaci, kdy si jedinec osvojí určité typy chování, které pak vedou k vyšší či nižší míře mezigenerační solidarity a péče o seniora.

Kdybych se pokoušela přinést naprosto kompletní popis rodiny, musela bych přinést její historický vývoj, který sahá až do doby kamenné. Pro tuto práci se však zaměřím hlavně na rodinu moderní, novodobou. Důležitý je přechod od rodin veskrze patriarchálních k rodinám, kde jsou ženy zrovnoprávněny. Muži již nejsou díky industrializaci jedinými živiteli v rodině a jejich prestiž tak klesá. (Matoušek 1993: 22-23) Na pracovním trhu dochází k větší rovnosti, ale některé stereotypy v rodině zůstávají. „Muži i ženy preferují takový model manželství, který je pro ně vhodnější - ženy pojetí rovnostářské, muži patriarchální tradici.“ (Matoušek 1993: 32) To však partneři tají a nemohou dát ve vztahu najevo. Dle Oldřicha Matouška (1993) by to pravděpodobně bylo pro moderní křehkou rodinu příliš velkým soustem.

Zajímavou, a pro nás důležitou proměnu rodina zaznamenala i v nedávných dobách. Za dob komunismu byla rodina místem, které znamenalo pro lidi realizaci. Byla to jedna z mála sfér, kde měl jedinec svobodu. Nemohl cestovat a ani realizace na pracovním trhu nebyla jednoduchá. I studium bylo omezováno a kontrolováno státem. Avšak dnes již rodina není považována za tak ideální místo. Jedinec má možnost se soustředit na sebe a svoji kariéru, a tak vstup do manželství a založení rodiny odkládá či úplně zavrhuje. Manželství, dítě a rodina může znamenat brzdu v osobním rozvoji, v objevování možností, které svět nabízí. A skutečně, i Ladislav Rabušic (2001) poukazuje na to, že důraz na individuum, seberealizaci a rozvoj osobnosti ovlivnil i hodnoty a normy ve společnosti.

Jak ale chápeme termín rodina? Definice rodiny se rozcházejí a není jedna obecně přijímaná definice toho, co přesně rodina znamená. Někteří definují rodinu na základě manželství, pevnosti vazeb, jiní na společné historii či sociálních vazbách. Jan Jandourek (2001) rodinu definuje jako

„formu dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti.“ (Jandourek 2001: 206) Nejde však nutně o pokrevnost. Já budu pracovat s termínem rodina, který zahrnuje nejen osoby žijící v jedné domácnosti, ale i další příbuzné.

Problém s definicí přináší proměny, které se v rodině udály, jak bylo řečeno v kapitole o demografických změnách. První a druhá demografická tranzice s sebou přinesly několik zásadních změn v rodině. Tou nejmarkantnější je přechod od tradiční rodiny k rodině nukleární.⁹ To s sebou samozřejmě nese i změnu v péči o seniora.

Avšak i v dnešní době lze považovat rodinu za jakousi jistotu, za místo, které jedinci pomůže v krizi. I když význam rodiny jako místa pro solidaritu je oslaben. Rodinu často suplují instituce a to z důvodů změn ve společnosti (více o těchto okolnostech v části věnující se historii péče o staré lidi). „Mnohé funkce od počátku novověku postupně předává státním a dalším institucím, což vede k určité krizi.“ (Jandourek 2001: 206) Na druhou stranu, na tomto místě si dovoluji s Jandourkem polemizovat, zájem o tyto instituce není tak markantní, jak by se mohlo zdát. Členové rodiny si uvědomují svoji úlohu, a tak seniora často raději nechávají ve své péči, než aby ho umístili do některého pečovatelského zařízení.

Dle mého názoru je pečovatelské zařízení tou poslední možností v případě, když není, kdo by se o seniora staral, nebo v případě, že pečující svoji roli nezvládají. Pro seniora je lepší, když je se svojí rodinou a ne s cizími náhodnými lidmi v nějakém zařízení, a domnívám se, že

⁹ Mluvíme-li o nukleární rodině, snad každý si představí dva heterosexuální rodiče a jejich děti, avšak jak odhaduje Matoušek, „v naší populaci tvoří úplné nukleární rodiny pouhou třetinu rodin.“ (Matoušek 1993: 38)

pozitivní je to i pro jeho rodinu, a to i kdyby se jednalo jen o ulehčení svědomí. V domácnosti si senior lépe než v nějakém zařízení uchová alespoň částečnou autonomii. Jitka Bartoňová (2005) poukazuje na to, že domácí péče je vhodná pro svoji schopnost respektovat integritu seniora se zaměřením na samotné individuum a jeho vnímání života. Domácí prostředí je lepší pro psychiku seniora a dobrý psychický stav má pak pozitivní vliv i na fyzickou stránku. (Bartoňová 2005: 33) „Uklidit“ seniora do nějakého zařízení se může zdát na první pohled v pořádku, avšak nakonec rodina zjistí, vidí-li seniora chátrat, že to nebylo nejšťastnější řešení.

Rodina tedy může posloužit jako velmi vhodná záchranná síť. O existenci a zároveň i funkčnosti takovéto záchranné sítě v rodině mluví Dana Sýkorová (1996), dle ní tyto sítě popírají mýtus o izolovanosti rodin nového typu, resp. rodin nukleárních. Spolu s popřením tohoto mýtu však přichází i otázka, co potom vede lidi k tomu, aby se o sebe navzájem starali. Jaké jsou motivační zdroje mezi příbuznými a mechanismy fungování rodinné solidarity? I na to se ptá Sýkorová (1996), jedná se o „smysl pro odpovědnost, vědomí závazku či povinnosti, význam emocionálních pout, sociálních norem, zvyků, tradic atd.“ (Sýkorová 1996: 5) Jaké je vysvětlení? Co vede k péči v rodině?

5 MEZIGENERAČNÍ SOLIDARITA

Důležité je si uvědomit, že v mezigenerační solidaritě spolu interagují dvě a více generací. Generace s sebou nese vlastní specifika a zvyklosti, každá z generací vyrůstala a žila v jiné době, která s sebou nesla odlišné věci. To s sebou zákonitě nese intergenerační konflikt. Jedinci na svoje odlišnosti mohou narážet takřka denně. Dříve žilo několik generací na jednom místě a samozřejmě to nebylo bez problémů. Dnes však, s příchodem nukleárních rodin, žijí generace na různých místech, nežijí spolu a jedinci tak nejsou zvyklí na případné soužití.

Pro seniora, ale samozřejmě i pro pečující rodinu, je důležité, si zachovat určitou autonomii. Jedná se o kombinaci kontaktu s rodinou a zároveň soukromím vlastního bytu, jak uvádí Vágnerová (2007).

Když se zeptáte jedince na to, zda se má člověk starat o svého starého rodiče, pravděpodobně uslyšíte ano. „Přibližně 80 % dětí by v případě vzniklé nesoběstačnosti rodičů volilo možnost poskytnout jim potřebnou péči v domácím prostředí.“ (Veselá 2002: 6) Otázkou však zůstává, zda by se tito respondenti skutečně v případě nutnosti postarali o své rodiče, nebo se z důvodu obav o ztrátu zaměstnání a vlastního nepohodlí, rozhodli umístit seniora do domova důchodců.

5.1 Teorie mezigeneračních vztahů

Při snaze vysvětlit to, co drží při sobě rodinu, co stojí za rodinnou soudružností a čím jsou charakterizovány mezigenerační vztahy, pracují sociologové s několika teoriemi.

V rámci teorie mezigeneračních vztahů se objevují tyto tři klíčové teorie. První teorie je založena na konceptu solidarity. Teorie založená na konceptu solidarity je zabezpečena sociálními normami, tím rozumíme

normu starat se o děti či o svoje rodiče. Lidé zde usilují o interakci a o soudržnost rodiny.

Další teorie je založená naopak na konfliktu, a to na konfliktu, který se týká péče. Zde se opět dostáváme k individualizaci a péče o někoho je samozřejmě v rozporu s touto snahou o individualizaci. V rodině pak dochází ke konfliktům ohledně péče. Jedinec, který se o někoho stará, vydává svoji energii a tráví svůj čas péčí na úkor svých vlastních zájmů, aniž by mu byly tyto ztráty nějak nahrazované.

Poslední teorií je koncept intergenerační ambivalence, zde se spojují obě předchozí teorie. Teorie mezigenerační ambivalence je vlastně vysvětlením toho, že péče s sebou přináší rozporuplné vztahy, pocity a očekávání. Ambivalence je „vztah, který vzniká tehdy, když jedinec získá současně nebo krátce po sobě protikladné hodnotové zkušenosti.“ (Jandourek 2001: 21)

Ingrid Arnet Connidis a Julie Ann McMullin (2002) poukázaly na slabiny konceptu solidarity. V této tématice pak hovořily o „vyjednávání“, ke kterému v rámci vztahů v rodině neustále dochází. Výsledkem zařazení problému vyjednávání do teorie mezigeneračních vztahů v rodině pak vzniká právě teorie ambivalence.

Vztahem ambivalence se zabývala i Ariel Löwenstein (2007), ta na základě studia výsledků z pěti zemí porovnávala solidaritu, konflikt a ambivalenci. Jejím výsledkům se budu věnovat v kapitole tomu náležící.

Ve své práci představím i další teorie mezigenerační solidarity, i když práce Verna L. Bengtsona a kolegů jsou v této problematice velmi výrazné. Při studiu mezigenerační solidarity je primárně důležité si uvědomit, že nestačí jen typologie postavená na bipolaritě solidarita a konflikt, ale že existuje celá řada dalších forem mezigenerační solidarity.

Sociologové zde pracují s mnoha proměnnými, jako je například věk dítěte či rodiče, vliv kohorty, rodinný původ, gender aktérů, geografické souvislosti a mnoho dalších. O tom budu pojednávat dále.

5.2 Mezigenerační solidarita dle Bengtsona

Mezigenerační solidarita je koncept, který se poprvé objevil u Vern L. Bengtsona. Ten přináší nástroj, za pomoci kterého můžeme vysvětlit příbuzenskou podporu, resp. vztahy rodičů, jejich dospělých dětí a vnoučat.

Za tímto konceptem stojí několik teorií. Klasické teorie sociální organizace (skupinové normy), sociální psychologie skupinové dynamiky (interakce, city nebo hodnotová podobnost a normy v závislosti na členství ve skupině) a vývojová perspektiva v teorii rodiny. (Bengtson, Roberts 1991: 858)

Jedná se o kombinace klasického sociologického a sociálně psychologického pohledu a sociologie rodiny. (Bengtson, Roberts 1991: 856) Model byl využit k dotazování rodičů a jejich dospělých dětí. Autoři testovali skupinu starších rodičů (N=363) a dětí ve středním věku (N=246), rodiče byli dotazovaní na vývoj vztahu s dětmi a naopak a jejich výsledky byly porovnány. (Bengtson, Roberts 1991: 862)

V rámci mezigenerační solidarity pracujeme s těmito dimenzemi, které vznikly na základě systematiky z roku 1982. (Bengtson, Roberts 1991: 857-858)

- *Asociační solidarita* - ta zahrnuje četnost kontaktů a jejich formu (kvantita)
- *Afektuální solidarita* - zahrnuje emoce, city a porozumění - blízkost, důvěra... (kvalita)

- *Konsenzuální solidarita* - podobnost hodnot a názorů, míra souhlasu
- *Funkcionální solidarita* - vzájemná pomoc a podpora- finanční, fyzická i emocionální podpora, sdílení zdrojů
- *Normativní solidarita* - sociální normy a očekávání, závazky k rodině a jejich síla
- *Strukturální solidarita* - solidarita možností a příležitostí - rodinná struktura: počet členů, jejich zdravotní stav a geografická vzdálenost

(Bengtson, Roberts 1991: 857-858)

Merril Silverstein a Vern L. Bengtson (1997) došli k výsledkům na základě dotazníku pro 1500 informátorů ze 48 států USA ve věku 18-90 let z AARP, u kterých pomocí telefonického dotazování sledovali v roce 1990 tyto indikátory: emocionální blízkost, názorovou blízkost, geografickou vzdálenost, frekvenci kontaktů a míru pomoci - buď to poskytované, anebo obdržené. Autoři ve svém výzkumu pracovali s několika indikátory solidarity. Na indikátory solidarity se ptali pomocí následujících otázek.

- *Asociační solidarita* - pro její zjištění se ptali na četnost kontaktů, př. *Jak často se s rodiči vídáte? (Denně, několikrát týdně, jednou týdně, několikrát měsíčně, jednou měsíčně, 5-11x ročně, 3-4x ročně, dvakrát ročně, jednou ročně, nikdy)*
- *Afektuální solidarita* - pocity emocionální blízkosti, *Jak blízko máte ke svému otci/matce? (Velmi blízko, trochu blízko, vůbec ne blízko)*

- Konsenzuální solidarita - souhlas v názorech a hodnotách
*Jak podobné jsou vaše názory s názory vaší matky/otce?
(Velmi podobné, trochu podobné, trochu rozdílné, velmi rozdílné)*
- Strukturální solidarita – vzdálenost, *Bydlí váš otec/matka do hodiny od vás? (ano/ne)*
- Normativní solidarita - hodnotí sílu rodinných závazků, příležitost pro interakci a dostupnost členů, vzdálenost, nemocnost... (Bengtson, Roberts 1991: 857)
- Funkcionální solidarita - stupeň podpory, materiální a emocionální mezi členy rodiny
 - 1) *Pokud potřebujete například babysitting, koho požádáte o pomoc? Sousedy, přátele nebo rodinu? (ano/ne)
Pokud rodinu, tak koho? (matku, otce)*
 - 2) *Dostává se vám neplacené pomoci, jako jsou domácí práce, opravy, přeprava a nákupy od sousedů, přátel či rodiny? (ano/ne) Pokud ano, kdo je ten kdo vám pomáhá? (matka/otec)*

M.Silverstein a Vern L. Bengtson (1997: 432, 454-455)

Dle jednotlivých dimenzí (Silverstein, Bengtson 1997: 429) došli k pěti základním typům, které charakterizují vztah k rodičům. Výzkum tedy přinesl 5 typů rodin, resp. vztahů uvnitř těchto rodin:

- *Pevně spjaté*- - ty naplňují všech šest kategorií solidarity

- *Přátelské* - liší se od předchozího typu pouze absencí pomoci (kontakt, emocionální a názorová blízkost se zde vyskytují)
- *Důvěrné, ale vzdálené* - emocionální a názorová blízkost, avšak kvůli vzdálenosti pouze málo styku a pomoci
- *Povinné* - nevyskytuje se zde názorová a emocionální blízkost, ale dochází ke kontaktu a k pomoci
- *Oddělené* - není významně naplněná ani jedna z určených kategorií

(Silverstein, Bengtson 1997: 444)

Autoři se zaměřili na gender, rozvod a věk jako klíčové faktory. Silverstein a Bengtson (1997) zjistili, že nejslabší soudružnost je v rozvedených rodinách. Rasa nebyla dle výsledků významný činitel.

Bengtsonův model byl často užíván, avšak byl podroben i kritice a právě na základě kritiky přidal Bengtson vztahy konfliktní. S přidáním konfliktu pracuje Bengtson s konceptem Mezigenerační solidarita - konflikt. S konfliktem však autor nepracuje jako s opakem solidarity, reflektuje ho jako vyskytující se jev v rodině.

Roseann Giarrusso, Merril Silverstein, Daphna Gans a Vern L. Bengtson (2005: 417-418) definovali na základě svého výzkumu z roku 2000 čtyři typy mezigeneračních vztahů (názvy jsem ponechala kvůli lepšímu porozumění v angličtině). Mezi tyto vztahy řadí:

- *Ambivalent* - vztah, který je charakterizován svou kolísavostí, zahrnuje jak prvky náklonnosti, tak prvky konfliktu

- *Disharmonious* - vztah, který s sebou nese nesoulad, má vyšší míru konfliktu a nízkou míru náklonnosti
- *Amicable* - vztah, jenž znamená přátelství, je naopak charakterizován vysokou mírou náklonnosti a nízkým konfliktem
- *Civil* - vztah, jenž znamená rezervovanost.

(Giarrusso, Silverstein, Gans, Bengtson: 2005: 417-418)

K těmto čtyřem typům došli výzkumníci na základě odpovědí od dvou skupin lidí, jedné do 65 let (N=496) a druhé nad 65 let (N=465). Solidarita a konflikt byly měřeny na základě odpovědí na níže zmíněné otázky. Rodiče byli dotazováni na to, *jak spolu vychází, jak se spolu snáší, jak moc se hádají se svými dětmi, kolik pocítují tlaku a kritiky ze strany dětí atd.* Na základě výsledků došli výzkumníci k typologii, kterou jsem ve stručnosti zmínila výše. Při řazení do těchto typů byly výrazné rozdíly ve dvou dotazovaných skupinách. Ve skupině do 65 let byl nejvíce distribuován vztah *ambivalent a disharmonious*, ve skupině od 65 let jsou nejčastější vztahy *amicable a ambivalent*. (Giarrusso, Silverstein, Gans a Bengtson 2005: 417-418) Autoři tedy ukazují, že se nejedná jen o polaritu solidarita a konflikt, ale že je mezigenerační solidarita složitější a je tedy třeba pracovat i s dalšími charakteristikami a solidaritu s konfliktem propojit.

5.3 Ambivalence a konflikt

Ve chvíli, kdy se jedinec stará o svého blízkého, může docházet k různým konfliktům, a to ke konfliktům v mnoha oblastech, jako jsou finance, ale i praktické věci ohledně názorů na problémy všedních dní. Kromě negativních emocí se však mohou dostavovat i emoce pozitivní.

Jedinec se zároveň může cítit naplněn díky pomoci, kterou potřebnému poskytuje, ale současně může být ubíjen vyčerpáním. Tato protichůdnost pocitů se nazývá ambivalence.

Pokud je jedinec pečovatel, často přichází právě tento stav ambivalence. V této chvíli se dostává do konfliktu požadavek reciprocity, potřeba dostávat za svoji práci něco na zpět, a zároveň solidarita se svým blízkým. Jedinec nedostává za svoji odvedenou práci nic zpět, žádný profit, vidí pouze ztráty a tento pocit je zase v konfliktu s altruismem. Pečující pak pocituje vinu. Jedinec věnuje svůj čas a energii na úkor svého volného, ale často i pracovního času. Kromě času tak často přichází i o finanční zdroje. Péče není nijak oceněna, a proto se člověk cítí neohodnocen. Na druhou stranu cítí, že je v pořádku se o seniora starat a že je to potřeba.

Jak upozorňuje Sýkorová (2006) ambivalence se může objevit i pro „konflikt mezi loajalitou dospělého dítěte k rodiči a k vlastní prokreační rodině.“ (Sýkorová 2006: 689) Pečující tak má pocit, že ani jedné straně nevěnuje dostatečnou péči a pozornost.

Pocity ambivalence se však objevují i u těch, o které má být postaráno, uvědomují si, co se děje, a těžko se vyrovnávají s neschopností oplatit pomoc svých pečovatelů. (Sýkorová 2007: 161-162) Opečovávaní vidí, že jejich pečovatel nemá ze své práce pro něj žádný profit, ale nejsou schopni mu to dostatečně kompenzovat.

Navíc dochází k tomu, že se rodič dostává do situace, která mu nemusí být příjemná. Jeho potomek se o něj musí kvůli postupujícímu stáří starat a to může negativně působit na sebehodnocení. Senioři se snaží být soběstační, protože „přijímanou pomoc...spojují s rizikem zúžení své autonomie.“ (Sýkorová 2006: 693)

Dle Sýkorové (2007) se ambivalence projevuje nejen ve vztahu pečujících a opatrovaných, ale je patrná i co se týče hodnocení participace na péči u různých členů rodiny. Členové rodiny porovnávají podíly na pomoci ostatních členů a vyrovnávají se s případnou nespravedlností a nedostatečným uznáním. Kontrolují, zda se všichni podílejí na péči stejným dílem, a když se tak neděje, je to spojeno s nepříjemnými pocity nespravedlnosti.

K pochopení vztahu mezi pečujícím a opečovávaným poslouží ambivalence lépe než solidarita a konflikt i podle Marie Přidalové (2007). Ta vidí ambivalenci jako „vzájemnou provázanost negativních a stresujících momentů s pozitivy jednak prožívanými aktuálně, jednak svázanými s historií příbuzenského vztahu, ale také uvědomovanými si do budoucna.“ (Přidalová 2007: 222) Její přístup tedy upozorňuje na skutečnost, že nejde pouze o aktuální stav, ale roli hraje i minulost a budoucnost vztahu mezi aktéry. Velkou roli tedy hraje rodinný kontext a historie rodiny. Pečující cítí, že by měl oplatit péči, která mu byla dříve poskytována, ať již v dětství či v dospělosti. Ambivalence se pak dle ní projevuje v několika ohledech, v motivech, v dopadech a v rozhodnutí o ukončení péče. Jde hlavně o práci, kterou musí jedinec případně opustit, o rodinu, která se musí přizpůsobit a zapojit, a v neposlední řadě o vlastní aktivity a potřebu „žít vlastní život“. Do konfliktu se tak dostává morálka se společenskými požadavky a vlastní osobní preference. (Přidalová 2007: 223) Ve své práci autorka vychází z různých teoretiků solidarity, konfliktu a ambivalence, mimo jiné i z Kurta Lüschera a Karla Pillemera.

Důležitými teoretiky ambivalence jsou právě zmíněný Lüscher a Pillemer (1998), ti vychází z toho, že předchozí studia mezigeneračních vztahů jsou omezená, a to omezená v tom smyslu, že jsou zaměřená buď na konflikt, anebo solidaritu. Rozpolcenost téměř chybí. Tuto skutečnost

řeší přidáním další alternativy, tedy ambivalence. Ambivalenci pak chápou jak rozpolcenost a tato rozpolcenost se projevuje různými způsoby. Tito teoretici přinesli novou perspektivu do studia mezigeneračních vztahů. Jedná se o kombinaci solidarity a konfliktu, která je charakterizována protichůdnými postoji a tendencemi, pozitivními a negativními postoji v rámci mezigeneračních vztahů.

Na základě provedené empirické studie autoři pracují se třemi zdroji ambivalence, resp. se třemi aspekty vztahů mezi rodiči a dětmi. (Lüscher, Pillemer 1998: 415)

- Ambivalence mezi závislostí a autonomií - očekávání podpory a zároveň snaha osvobodit se
- Ambivalence z konfliktních norem - pečujícímu se nedostává zisků, má jen výdaje; příjemce očekává podporu od dětí a zároveň je bezmocný, aby mohl pomoc opětovat
- Ambivalence ze solidarity

(Lüscher, Pillemer 1998: 415)

Ambivalence se dle nich může vyskytovat buď na subjektivní úrovni (emoce a motivace) nebo na úrovni sociální struktury (role a normy).

V návaznosti na ně pak pracují s problematikou ambivalence i autorky Connidis a McMullin (2002), ty však ambivalenci nepozorují na subjektivní a sociální úrovni ale pracují se strukturální ambivalencí. Zde pak dochází k výše zmíněnému vyjednávání. Toto vyjednávání tedy neprobíhá pouze mezi jedinci, ale odehrává se mezi jedincem a vnějšími vlivy, jako je například gender či věk. Jako předmět vyjednávání se pak stává péče o seniora a práce či vlastní rodiny. K tomuto vyjednávání dochází neustále prostřednictvím různých interakcí. Ambivalence je pak

výraznější u žen ale roli hraje i třída. Například žena s vyšším platem „vyjednává“ složitěji, než žena například dělnické profese. Žena s nižším platem bude práci pravděpodobně opouštět snáze. (Connidis, McMullin 2002: 558-564)

Ambivalence byla po kritice i tématem práce Verna L. Bengtsona, Rosseann Giarusso, Beth J. Mabry a Merril Silverstein (2002). Ti si kladli otázku, zda je ambivalence doplňkem mezigeneračních vztahů, nebo zda je protichůdná vůči těmto vztahům. „Ambivalence je výstižný termín pro označení rozporů, které zažíváme v našich intimních vztazích.“ (Bengtson, Giarusso, Mabry, Silverstein 2002: 568) Tím autoři rozumí paradox mezi blízkostí a vzdáleností. Dále jde například o potřebu intimity a zároveň udržování určitých hranic. Ambivalence je vyjádřením rozpolcenosti a dilemat, kterým je jedinec, pečovatel či pečující vystavován. Je odrazem protichůdných vlastností mezilidských vztahů.

Solidaritu, konflikt a ambivalence zkoumala i Ariel Löwenstein (2007). Ta pozorovala, jaký mají tyto přístupy dopad na život staršího jedince v rodině. K jejímu empirickému výzkumu posloužila mezinárodní průřezová data OASIS z pěti států (Norsko, Anglie, Německo, Španělsko a Izrael) sebraná od 2 064 respondentů ve věku nad 75 let. Její výsledky ukázaly, že nejvýraznější je výskyt solidarity, a to zejména solidarity A, afektuální a konsensuální, ale i solidarity S, strukturální. Naopak však výskyt ambivalence a konfliktu byl v těchto zemích nízký. Nízká byla ale i pozorovaná solidarita H-1 a H-2, tedy míra obdržené a poskytnuté pomoci.

6 PRAXE PÉČE O SENIORA

Studium mezigenerační solidarity a péče o seniora je důležité i proto, že se může týkat každého z nás. Je pravděpodobné, že za svůj život jedinec okusí oba břehy této problematiky. „Mnoho rodin se však dříve či později dostává do situace, kdy musí pečovat o nesoběstačného, někdy i nemohoucího starého člověka. Nejčastěji pečují děti (53 %), dále manžel nebo manželka (ve 21 % případů), vzdálení příbuzní (z 10 %), pouze ve zbylých 16 % případů je nesoběstačný senior svěřován do péče cizí osoby.“ (Zavázalová in Vohralíková, Rabušic 2004: 64)

Samozřejmě ne každý senior potřebuje pomoc rodiny či nějaké instituce, existuje mnoho aktivních a soběstačných seniorů, kteří se o sebe dokážou postarat sami. Být starý neznamena nutně být nemocný a závislý. Avšak tématem této práce je ta druhá skupina seniorů, těch, kteří ztrácejí autonomii a stávají se, či již jsou nesoběstační. Tito lidé často nejvíce spoléhají právě na pomoc rodiny více než na cokoli jiného. Věra Kuchařová (2002) to potvrzuje a na otázku *jakou pomoc senioři očekávají pro zajištění života ve stáří*, se jí dostává odpovědi, že nejčastěji očekávají senioři pomoc od svých dětí, naopak na příbuzné, přátele, obec a stát spoléhají v mnohem menší míře. (Kuchařová 2002: 79)

Existuje poměrně široké spektrum toho, co můžeme do péče o seniora zařadit. Péčí o seniora myslíme jak méně náročnou pomoc jako je podpora v péči o domácnost či zařizování pochůzek a nákupů, ale i pomoc s hygienou a oblékáním, popřípadě krmením a přebalováním seniora.

6.1 Stručná historie péče o staré lidi

Péče o staré lidi byla, je a bude. Co se však mění, to je její forma. Zpočátku byl člověk odkázán na rodinu, pokud však rodina nemohla nebo

nechtěla pomoci, byl jedinec odkázán sám na sebe, musel žebrať a často umíral ve špatných podmínkách. (Haškovcová 1989)

Pak však přišla na řadu charita. Například ve starověku již pro staré lidi sloužily starobince, které byly nejčastěji zřizovány nějakou církevní institucí. (Haškovcová 1989) Takzvané špitály však často nesloužily jen starým, ale i nemocným a nemajetným. „Zchudlí měšťané si mohli koupit doživotní byt a stravu a předplatit ošetřování.“ (Haškovcová 1989: 160) Na těchto místech se však ve skutečnosti lidem nedostávalo zvláštní péče. Šlo o péči jako takovou, péče zdravotní se objevila až později. Lékařství nebylo příliš rozvinuté, a tak o sebe často pečovali nemocní navzájem. „Ošetřovatelky“ měly za úkol nemocné a staré lidi omýt a nakrmit. (Haškovcová 1989) Jak uvádí autorka dále, staří byli často spojováni se skupinou chudých i duševně nemocných občanů.

Na našem území došlo k důležité právní úpravě týkající se péče o staré lidi za Josefa II., a to dle farní chudinské ústavy. (Haškovcová 1989) Dle Heleny Haškovcové (1989) přišel rozkvět ústavní péče za první republiky, přesto však někteří lidé zůstávali v péči rodiny, či na ulici. Po válce již přebírá celkově úlohu stát. „Socialistická společnost přebírá úvazek postarat se po stránci materiální, sociální i zdravotní o své staré občany.“ (Haškovcová 1989: 180) V tu chvíli již skutečně dochází k profesionalizaci péče a starým lidem se dostává i zdravotní péče. „Stát v minulosti převzal na sebe nemalou část z rodinných funkcí a rodiny se naučily na jeho pomoc spoléhat, takže staří s úlevou osvobozují své děti ze závazků vůči nim a střední generace necítí vždy náležitou míru odpovědnosti za péči o stárnoucí rodiče.“ (Kuchařová 2002: 65)

I nyní se ve velké míře o staré lidi stará rodina, tak jak tomu bylo dříve, ale významným faktorem v péči o seniora je i nadále stát. Důchodce dostává důchod, popřípadě pak příspěvek na péči. Rodina

sama by pravděpodobně nebyla schopna se o seniora postarat, pokud by nedostával alespoň důchod.

Lidé se často snaží vyhnout institucionální péči, a to proto, že v domovech chybí „opravdovost lidských vztahů, prověřených a zocelených v bouřích života.“ (Haškovcová 1989: 187) Nelze však vidět domovy důchodců čistě negativně. Jistě přináší i mnoho výhod, jako např. stálou a profesionální péči, kontakt s vrstevníky, různé aktivity, a mnoho lidí je zde spokojených.

Ale jak jsem již řekla v úvodu, mým cílem není představit institucionální péči, to by vydalo na další diplomovou práci, mým cílem je zaměřit se na pomoc rodin, na pomoc potomků, kteří se o svého seniora starají.

Jak již bylo řečeno dříve, proměna rodin s sebou nese i proměnu péče o seniora. Dříve, když žilo pod jednou střechou více generací, péče o seniora byla tak nějak jednodušší. Naprosto automaticky se mladší jedinci starali o svoje starší rodinné příslušníky. Nebylo tomu tak vždy, ale jednalo se spíše o standard. Dnes, s proměnami rodiny a jinými okolnostmi, je nutné o péči v rodině více přemýšlet a hledat, co za tím stojí, zda existují nějaké podmínky pro péči o seniora?

6.2 Motivace k rodinné péči

Problematice mezigenerační solidarity v rodině se věnoval například Martin Kohli a Herald Künemund. (Kohli a Künemund 2003) Ti vidí několik motivací, které vedou k péči o seniory. První motivací je altruismus, to je tedy nezištná forma pomoci, naopak motivace, která je založená na reciprocitě, je tzv. exchange theory.

Kohli a Künemund (2003) dále pracují s demonstrative theory, která vychází z toho, že po narození vnoučat se zvyšuje kontakt v rodině, důvodem je tak snaha rodičů ukázat svým dětem, jak se budou starat oni později o ně samotné. Kromě výše zmíněných teorií mohou však také působit sociální role a socializace, jedinec se stará proto, že ví, že je to správné. Kdyby se o své blízké nestaral, cítil by se špatně.

Rodinné péči o seniory v ČR se věnoval Hynek Jeřábek, ve své práci Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“ (2009) odhaduje, že v ČR je nejméně 75 tisíc rodin, které se pravidelně dlouhodobě starají o svého seniora v domácích podmínkách. I v České republice je to tedy jev poměrně důležitý, rozhodně ne zanedbatelný. Vychází zde mimo jiné z Hilary Graham (1983), která péči jako práci z lásky navazuje na altruistický přístup, vychází z přirozenosti péče postavené na lásce. Samozřejmě ani důraz na lásku nedělá z péče o seniora idealistickou záležitost. Na to poukazuje i Graham: „care ... is experienced as a labour of love in which the labour must continue even where the love falters“, tedy, že „péče ... je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne....“ (Graham 1983: 16 in Jeřábek 2009: 244) Toto poukázání na propojení dvou tak vzdálených slov jako je láska a práce je zde klíčové.

Motivací také mohou být představy pečujících o svém vlastním stáří. Výsledky práce Jitky Veselé (2002) ukazují, že drtivá většina jejich respondentů by chtěla prožít stáří ve svém vlastní domácnosti a to za pomoci rodiny či nějaké služby. Méně frekventovaná byla představa o životě v domově s pečovatelskou službou či domově důchodců. Nejméně častá se pak projevuje představa o prožití stáří v domově svých potomků. (Veselá 2002: 21)

Pokud bychom se zaměřili na praktické věci kolem péče, často nás napadne otázka peněz. Při péči o seniora ovšem můžeme jen těžko jako

motivaci považovat finance. Právě naopak. Finanční situace se za stávajících podmínek může spíše zhoršit. Samozřejmě, senior si může zažádat o tzv. příspěvek na péči, ten je určen pro ty osoby, které jsou vinou špatného zdravotního stavu odkázány na pomoc jiné osoby.

Dle Ministerstva práce a sociálních věcí se jedná o příspěvek, který je určen osobě postižené, nikoliv pečujícímu. Stupeň závislosti se určuje dle *schopnosti mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání, hygieny péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost*. (Příspěvek na péči 2011: odstavec 2-4).

Rozlišujeme pak čtyři typy závislost tj.

- *Lehká závislost* - neschopnost zvládat tři nebo čtyři z výše zmíněných potřeb
- *Středně těžká závislost* - neschopnost zvládat pět nebo šest z výše zmíněných potřeb
- *Těžká závislost* - neschopnost zvládat sedm nebo osm z výše zmíněných potřeb
- *Úplná závislost* - neschopnost zvládat devět nebo deset základních životních potřeb: každodenní mimořádná péče
(Příspěvek na péči 2011: odstavec 2-4)

Výše příspěvku na péči pak činí od roku 2012:

- **800 Kč** - lehká závislost
- **4 000 Kč** - středně těžká závislost
- **8 000 Kč** - těžká závislost
- **12 000 Kč** - úplná závislost

(Příspěvek na péči 2012: odstavec 3)

Tento příspěvek je nejenže určen těm, o které je pečováno, ale navíc často ani zdaleka nestačí na pokrytí toho, co je na péči o jedince vynakládáno. Často se jedná o ztrátu jednoho platu, který by měl přispívat do rodinné kasy, dále nákup pomůcek na péči o seniora, léčiva a jiné náležitosti s tím spojené.

6.3 Principy péče o seniora

„Nezbytnou součástí vhodného přístupu by měla být empatie, úcta, trpělivost, tolerance a specifická podporující komunikace.“ (Matýsková 2004: 51) Pečující by měl s osobou, o kterou pečuje, jednat jako se sobě rovným a ponechávat mu určitou míru autonomie, která je pro člověka tak důležitá.

Kde se bude péče odehrávat? Je pro jedince lepší, aby byl rodinou opečováván ve vlastním, nebo je lepší seniora přesunout k pečujícímu? „Za optimální způsob péče o seniora je považována možnost setrvání starého člověka co nejdéle v domácím prostředí, za současné podpory a péče jeho rodiny.“ (Jarošová 2004: 190) Pro psychiku seniora není dobré ho vytrhnout z jeho prostředí.

Přesto, že neexistuje jasný návod, jakým způsobem se o starého člověka starat, můžeme jako stěžejní bod označit schopnost tolerance, zachování určité autonomie a pokud k péči dochází v rodinném prostředí, alespoň co se týče pečujícího. Pečovatel by pak neměl zapomínat na úctu k člověku, ale také by měl být schopný myslet i sám na sebe. A to i v případě, že je opečovávaný jedinec ve velmi špatném stavu.

V rámci tohoto pak můžeme definovat podmínky, jejichž dodržování může vést k efektivnímu fungování systému pomoci a podpory. Mezi tyto podmínky patří interpretace záměrů a potřeb, jež usnadní péči, dále pak schopnost odhalit se a ukázat svoje potřeby, oběma stranám pak musí

být vlastní empatie a v neposlední řadě by měl být kladen důraz na kooperaci. (Sýkorová 1996: 57)

Ale nejdůležitější je chtít se starat. Potencionální pečující se totiž často nechtějí nebo nemohou věnovat péči o seniora. Jitka Veselá (2002) se svých respondentů dotazovala na to, co by se případně vedlo k tomu, aby odmítli poskytnout péči. Dle čestnosti odpovědí pak jako nejdůležitější označila obavu respondentů z omezení možnosti zaměstnání, dále pak obavu z toho, že by pečující nedostatečně zvládal danou péči, jako významná se ukázala i případná časová náročnost či nutnost přestěhovat seniora do svého bydliště. Roli pak hrála i obava ze zátěže a to jak po stránce psychické, fyzické ale i finanční. (Veselá 2002: 7)

Tyto představy samozřejmě nemusí být směřodonné. Dokonce se domnívám, že je-li jedinec ve skutečnost postaven před nutnost se o někoho starat, vlastní obavy jdou pryč a péče se pak jeví jako samozřejmost. Ať už je motivem „čistá láska“ či pocit povinnosti „splácet dluhy“.

6.4 Paliativní péče

Paliativní péče je jednou z „forem“ péče o seniora. Zpravidla se jedná o člověka se smrtelným onemocněním. Paliativní péče je často spojována s péčí o onkologicky nemocné pacienty, avšak týká se i dalších nemocí. V následující části se proto budu věnovat právě péči o velmi nemocné pacienty, paliativní péči.

6.4.1 Vymezení paliativní péče

Jedná se o takovou péči, kdy se například rodina stará o toho člena rodiny, jehož zdravotní stav je velmi špatný, tedy nestabilní, a neexistuje

možnost toho, že by se jeho stav zlepšil. Paliativní péče je péče o smrtelně nemocného člověka a tato péče je v našem případě poskytována právě rodinou. U jedince, o kterého je pečováno, není šance na vyléčení a zbývá mu nanejvýše několik měsíců života. Nejedná se tedy o žádnou léčbu, ale o tlumení bolesti a snahu o zkvalitnění posledních chvil života.

Paliativní péče považuje umírání za normální a jejím cíle není smrt ani urychlit, ani oddálit. Týmová pomoc profesionálů pomáhá pacientům a jejich rodinám, pomáhá se zármutkem z nemoci a ztráty milovaného člověka. (Payneová, Seymourová, Ingletonová 2007: 8)

Neexistuje jedna jediná definice toho, co je paliativní péče, avšak portál Umírání.cz, který je zajišťován Hospicovým občanským sdružením Cesta domů ji definuje na základě definic WHO z let 1990 a 2002 takto, „paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.” (Slovníček 2012: Paliativní péče)

6.4.2 Domácí paliativní péče

Domácí paliativní péče je pro umírajícího nejvhodnější, prostředí nemocnice nikdy nenahradí domácí prostředí. Domov je pro nemocné známé místo, kde jsou jeho blízcí, a navíc v domácím prostředí má nemocný větší možnost rozhodovat o svém denním režimu a lépe si udrží autonomii a soukromí než například v nemocnici či v LDN. (Kabelka, Sláma, Mišoňová 2007: 329)

Je si však třeba uvědomit, že paliativní péči brání mnoho věcí, od finančních podmínek až po velmi výraznou psychickou zátěž pro

pečujícího. Pečujícími však v ČR pomáhá mnoho institucí, specialisté pak rodině mohou zapůjčit různé pomůcky, ale také jim pomoci lépe zvládat stresové situace spojené s péčí o umírajícího. Konkrétně se jedná o informace, ale i předání praktických dovedností a zapůjčení zdravotnických pomůcek.

Ministerstvo zdravotnictví ČR vypracovalo v roce 2010 program na podporu domácí paliativní péče. Pečující pak mohou žádat o zvedáky, polohovací postele, odsávačky, WC židle, chodítka. (Jurásková 2010) Pečující se pak má po pečovatelské stránce, dle Standardů kvality, jež připravilo Ministerstvo zdravotnictví ČR spolu s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče, zaměřit převážně na péči o pokožku, prevenci proleženin, péči o vyprazdňování a tak dále. (Standardy kvality 2006: 19)

Je tedy zřejmé, že paliativní péče je něčím jako nejvyšším stupněm péče v rodině a vyžaduje velkou dávku mezigenerační solidarity. Umírající člověk potřebuje mnoho péče a nejvíce strádá právě jeho okolí, které nejen, že prožívá náročné období kvůli vyčerpávající péči, ale také proto, že vidí svého milovaného umírat. Vzhledem k tomu, že pacient nemá naději na vyléčení, blízcí nevidí žádný pokrok, a to může být problematické a vyčerpávající.

Navíc se někdy dostáváme do situace, kdy nemocný o pomoc nestojí. Nechce být pro své blízké břemenem. „Stát se pečujícím nebo osobou, o kterou se pečuje, znamená vstoupit do rolí, k nimž má mnoho lidí poněkud rozporuplný postoj.“ (Payneová, Seymourová, Ingletonová 2007: 34) A ani pečující nemusí být se svojí rolí spokojen.

6.4.3 Eutanazie vs. paliativní péče

Jako alternativa k paliativní péči je považována eutanazie¹⁰, ta však není v naší společnosti legalizována, a proto musí dojít k smrti „přirozenou smrtí.“ „Euthanasii se dnes především rozumí lékařské jednání, které vede k navození či uspíšení smrti druhého člověka.“ (Špinková, Špinka 2006: 8) Smrt pak podle Marty Munzarové často bývá vysvobozením. Smrt již není nemístná, ale je považována spíše za požehnání. (Munzarová 2005: 19) A to požehnání nejen pro umírajícího, ale často i pro rodinu. Existují různé snahy o legalizaci eutanazie a v některých zemích již je přijata jako legální, ovšem pouze za určitých podmínek.

Ve většině zemí však eutanazie legální není, a to z různých důvodů. Odpůrci upozorňují, že eutanazie je nebezpečný nástroj v rukou lékařů, lepší variantou pro stát, jelikož eutanazie je levnější než důchody. Eutanazie může být také únikem z těžké situace. Odpůrci také poukazují na existenci tzv. slippery slope (kluzkého svahu). Jeho existenci můžeme pozorovat v jedné ze zemí, kde je eutanazie povolena, a to v Nizozemí.¹¹

Kluzkým svahem rozumíme to, že by při povolení eutanazie docházelo k rozšiřování této možnosti. V zemích, kde se povolila eutanazie, se nyní povoluje stále víc, je to jako kluzký svah. Může se to zvrtnout. Nejprve o eutanazii žádají starší nevléčitelně nemocní. Poté

¹⁰ Eutanazie je úmyslné zabití člověka, ať již aktivním nebo pasivním způsobem, někým jiným než člověkem samotným na jeho vlastní žádost. (Munzarová 2005: 49)

¹¹ V Nizozemí proběhl v roce 1973 soudní proces s lékařkou, která podala matce vysokou dávku morfia a tím ji zabila. Dostala velmi lehký trest a od té doby byla eutanazie v Holandsku prováděna. V roce 1982 byla ustanovena Vládní komise pro eutanazii, která určovala podmínky, za nichž může být eutanazie prováděna. V roce 1988 byla jako důvod smrti u 6 000 lidí uvedena eutanazie, o dva roky později je to již u 20 000 lidí. Avšak bez žádosti to bylo u 0,8 % zemřelých! Eutanazie však byla v Nizozemí uzákoněna až v roce 1993, tento zákon prošel v roce 2001 novelizací a eutanazie se stala dostupnou i nezletilým, resp. dětem ve věku dvanáct až patnáct let mohou o eutanazii požádat, ale podmínkou je souhlas rodičů. (Munzarová 2005: 32-36)

mohou následovat postižení a i vážně nemocné děti. Eutanazie pak může být cestou i pro ty, kteří nejsou vážně nemocní. „V Oregonu je například nejčastějším důvodem žádosti o asistovanou sebevraždu ztráta smyslu života, obava z osamělosti, ze ztráty samostatnosti a kontroly nad tělesnými funkcemi, případně únava životem.“ (Špinková, Špinka 2006: 19)

Navíc legalizace eutanazie může znamenat tlak na vážně nemocné lidi. Právo na eutanazii se může proměnit na povinnost, nemocný nechce být zátěží, a tak raději volí únik do smrti. „Legalizace by byla velkým rizikem pro těžce nemocné a nevléčitelné. Měli by pocít, že volba smrti je to, co jejich okolí od nich očekává, a že by tedy bylo sobecké chtít dále žít.“ (Munzarová 2005: 54) Eutanazie by se tak mohla stát jakýmsi prostředkem v boji nejen se stářím, mohla by sloužit jakési optimalizaci.

Paliativní péče tedy na rozdíl od eutanazie považuje umírání za něco normálního. Jen vychází z toho, že není možné bojovat se smrtí až do úplného konce, že je někdy lepší „složit zbraně“. Často totiž dochází ke značně problémové dystanazii.¹² „Smrt není přijímána a vitalistické tendence medicíny, zacílené na udržování života za každou cenu, i za cenu prodlužovaného, bolestného umírání, jsou jasně patrné.“ (Munzarová 2005: 11)

Neléčit je samozřejmě proti lékařskému přesvědčení, avšak pro umírajícího jedince je paliativní péče často lepším řešením. Součástí paliativní péče je pak tzv. terminální fáze, kdy je již zřejmé, že jedinci

¹² Dystanazie neboli zadržovaná smrt: „situace, kdy přístroje a medikamentózní léčba nedovolí zemřít člověku, který by již za normálních podmínek v klidu z tohoto světa odešel.“ (Marková 2010: 14)

zbývají poslední hodiny či dny života. Jedinec v této fázi je slabý, více spí, nekonverzuje, je zmatený a má halucinace. (Sláma 2003: 100)

6.5 Zátěž a problémy spojené s péčí o seniora

Jeřábek (2009) ve své práci upozorňuje na zátěž, kterou s sebou nese péče o seniora. „Situaci psychicky vůbec nezvládají v průměru 3 % hlavních pečovatelek a pečovatelů a finančně nezvládají 2 % pečujících.“ (Jeřábek 2009: 260) Na vině jsou zdravotní problémy pečovatelů, osamělost pečovatelů ale také fakt, že tato péče není nijak výrazně podporována státem a obcemi.

Námaha, která je na pečovatele nakládána, je nadměrná. Kromě zatížení fyzického, jakým je manipulace s pacientem, je však pečovatel vystaven i tlaku psychickému. Stres a pocit osamělosti jsou další formou zátěže, které musí pečovatel čelit a to často dlouhodobě bez možnosti odpočinku. Často se pak u dlouhodobějších pečovatelů dostavuje pocit izolovanosti. (Jeřábek 2005: 14)

Dalším problémem je takzvaná problematika sendvičového efektu. „Sendvičový efekt vzniká v evropských zemích tím, že rodiče dnes mají děti v pozdějším věku (děti se rodí mezi jejich 30. a 35. rokem věku). Pokud dítě studuje, je ještě ve dvaceti letech finančně závislé na rodičích. Ti už mají v té době kolem padesáti až pětapadesáti let, takže jejich vlastní rodiče jsou přibližně ve věku 75 let a začínají potřebovat péči.“ (Vidovičová, Rabušic 2003: 8) Na pečující je tak nakládána dvojitá zátěž.

Jiným problémem, se kterým se můžeme setkat, je týrání seniorů. „Nejčastějšími projevy jsou nadměrná zanedbanost seniora (zápach, neprovádění hygieny), proleženiny, příznaky emocionálního týrání, nesprávné dávkování léků, dehydratace, ale také zneužívání finančních zdrojů seniora a zneužívání jeho majetku.“ (Veselá in Vohralíková,

Rabušic 2004: 64) Senior toto týrání často tají, protože se stydí a zároveň vnímá, že pečovatele potřebuje, i když péče není taková, jak by si představoval.

Zátěž na pečujícího i opečovávaného se zvyšuje při životě ve společné domácnosti, s počtem hodin strávených péčí a také se stavem pacienta, čím horší stav, tím větší zátěž. Důležitá je také podpora blízkého okolí, pomoc lékaře a informace. (Tošnerová 2001: 19) Nikdy není na škodu požádat specializované odborníky o radu či o pomoc.

Pokud je však míra zátěže neúnosná, nebo trvá-li zátěž dlouhou dobu a pečující nemá čas, kdy by si odpočinul od svých povinností péče o seniora, často přichází tzv. burn out syndrom (syndrom vyhoření).

6.5.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření se může týkat těch lidí, na které je v důsledku péče (nejen) o seniora nakládána dlouhodobá a náročná zátěž. „Vystavení utrpení může mít negativní dopad na psychiku pečovatelů, pokud si neuvědomí, že musí pečovat také o sebe.“ (Vachon 2005: 43) Jedinec se pak dostává do stresové situace, ze které není úniku. Pečující se cítí bezmocný, unavený a lhostejný. Takto frustrovaný a apatický jedinec by v první řadě neměl zapomínat sám na sebe, důležitý je dostatek spánku a vlastní zájmy. I jeho stav, nejen stav pacienta, je důležitý. Kromě rodiny může v této chvíli pomoc a podporu poskytnout vyškolená sestra či jiný profesionál.

Takový syndrom vyhoření však není něčím, co by mělo pečujícího nějak překvapit. Cesta k syndromu vyhoření je dlouhodobá, právě dlouhodobé působení stresu s sebou nese postupně takovéto vyčerpání. Člověk se změní a pociťuje podrážděnost a pocit prázdnoty. Tento stres se pak přenáší i do celé rodiny. (Tošner, Tošnerová 2002: 4)

K syndromu vyhoření může dojít po měsících, ale i po letech péče o seniora. Fáze tohoto procesu zaznamenali Jiří Tošner a Tamara Tošnerová (2002):

- *Nadšení* - spojené s ideály
- *Stagnace* - cíle se nenaplnují dle původních očekávání
- *Frustrace* - negativní pohled na situaci
- *Apatie* - pocity nepřátelství
- *Syndrom vyhoření* - ztráta smyslu práce, cynismus

(Tošner, Tošnerová 2002: 5)

Se syndromem vyhoření jsou dle těchto autorů spojeny následující fyzické a psychické znaky. Ztráta nadšení, zapomínání, nechuť a celkově negativní postoj k sobě a okolí, ale také poruchy spánku a chuti k jídlu, vyčerpanost a vysoký krevní tlak. V neposlední řadě však přibývá konfliktů v soukromí. (Tošner, Tošnerová 2002: 8)

Syndrom vyhoření často přichází i jako následek takzvané sandwich generation, sendvičového efektu, o kterém jsem již hovořila výše. Jedná se o situaci, kdy se jedinec stará zároveň o své děti a i o nesoběstačné rodiče. (Svobodová 2010: 192) Někdy pak jedinec ještě dochází do zaměstnání, a to přináší velký stres, který může vyústit právě do tohoto syndromu vyhoření.

6.6 Osoba pečujícího

V této problematice jde především o seniora, avšak nesmíme zapomínat i na toho, kdo pečuje. U péče o seniora je podstatné „...kdo chce, kdo může a kdo se nakonec skutečně bude starat.“ (Haškovcová 1989: 225)

„Péči jsme definovali jako činnost v rámci, v němž se pečující věnuje osobě tělesně či psychicky hendikepované takovým způsobem, že se snaží důsledky jejího znevýhodnění zmírnit.“ (Tošnerová 2001: 17) Na pečujícího je tedy nakládána obrovská zátěž a ani pro něj není situace nijak jednoduchá. Jak uvádí Danuše Matýsková (2004), pečující se musí vypořádat s celou řadou nepříjemností, jako jsou rozpaky, smutek, ale často i hněv a pocity viny. Naprosto jasná je i přítomnost únavy. Pečující by proto neměl zapomínat i sám na sebe.

Kdo je tedy osoba pečujícího? V první řadě to bývá partner, avšak pokud partner již nežije, nebo není schopen péče, pak může jít o děti či vnoučata, snachy či zetě.

Primární pečující

Primárním pečovatelem v rodině bývají ženy. „I přes studie poukazující na případy synů, kteří se se samozřejmostí ujímají starosti o závislé rodiče, zůstávají ženy osobami, jež na sebe tuto starost berou nejčastěji.“ (Hasmanová Marhánková 2008: odstavec 2)

To potvrzují i další výzkumníci, primárním pečujícím „je ve většině rodin buď manželka (partnerka), manžel (partner), nebo dcera či snacha opečovávané osoby.“ (Keating, Kerr 2003 in Jeřábek 2009: 250) Ve chvíli, kdy tedy nežije partner, který by se mohl starat, nejčastěji se pomoci ujímá nějaká žena v rodině.

Sekundární pečující

Muži častěji fungují jako doplňková péče. Primární pečovatelé se z nich také stávají, ale ve specifických případech, které jsou ovlivněny například počtem sourozenců v rodině, jejich pohlavím a vzdáleností od rodiny. Vliv hraje také gender seniora, o kterého je třeba pečovat. Tomuto tématu se budu věnovat dále v sekci *Faktory ovlivňující Genderová perspektiva*.

Velmi zajímavou otázkou v této problematice je to, jak dojde k určení toho, kdo se o nemocného stará, ne vždy jde totiž o nejlogičtější variantu. Samozřejmě rozhoduje pohlaví jedince či vzdálenost sourozenců od rodiče seniora. To jsou logické a pragmatické věci. Ale někdy rozhodují i jiné okolnosti, jako je například oblíbenost dětí. Sýkorová (2007) mluví o tzv. kvalitě vzájemných vztahů. Senior má svého „oblíbence“, který o něj pečuje, ale to neznamená, že tímto „oblíbencem“ je jeho nejmilejší dítě, naopak. Senior nechce svého oblíbeného potomka zatěžovat péčí (Sýkorová 2007) a zároveň oblíbené dítě díky předchozím úlevám ze strany rodičů nemusí ani péči o ně zvládnout, „někdy nejoblíbenější dítě je také nejrozmazlenější a je nasnadě, že nezvládne náročnou péči o zestárlého rodiče“ (Haškovcová 1989: 225), proto tedy nastoupí jako pečovatel další dítě.

Haškovcová (1989) však upozorňuje i na fakt, že pečovateli jsou často vnoučata. Avšak dle Sýkorové (2007) je nejpravděpodobnějším pečovatelem dcera, jež žije blízko a má na pečování čas, například pokud je v důchodu. V tu chvíli se pak stará jeden senior (ve „třetím věku“) o seniora druhého (ve „čtvrtém věku“). (Bartoňová 2005:37)

6.7 Faktory ovlivňující

Vzdálenost bydliště, ekonomická situace, naléhavost potřeby pomoci, pohlaví, vzdělání... to a mnoho dalších jsou faktory, které se promítají do podoby péče o seniora. V následujících několika odstavcích budu diskutovat vybrané faktory.

Vzdálenost bydliště

V dnešní době je časté, že senioři žijí odděleně od svých potomků a jejich rodin. V raném stáří tato vzdálenost není problematická, avšak ve chvíli, kdy se senior stává nesoběstačným, vzdálenost je velmi výrazný činitel. Dle výsledků Ivo Možného (2004) žije jedna třetina dospělých žen ve stejném městě jako její rodiče, avšak zbytek žije ve městě jiném. (Možný 2004: 28) To může péči komplikovat. Na druhou stranu však, co se týče zátěže, pak zátěž je větší, pokud lidé, pečovateli a pečujícími, žijí ve stejné domácnosti. (Tošnerová 2001)

„Bydlet blízko, blíže než sourozenec, tím spíše v jednom domě znamená silnější očekávání ze strany druhých a pravděpodobnější převzetí pomoci - ať interpretované jako samozřejmost, anebo něco, co bylo přijato pod tlakem okolností.“ (Sýkorová 2007: 195) Sýkorová (2007) dokonce upozorňuje, že společné soužití je důležitější v určování toho, kdo se o seniora postará, než například velmi podstatná záležitost, kterou je gender pečujícího.

Na blízkost bydlení mezi seniorem a jeho rodinou se zaměřila i Kamila Svobodová (2010)¹³. Ta, na základě dat z GSS 2008 zaměřených mimo jiné na mezigenerační vztahy, potvrdila tendenci, že rodinní

¹³ Práce vznikla v rámci grantového projektu MŠMT „Aktivní stárnutí, rodina a mezigenerační solidarita.“

příslušníci bydlí od sebe navzájem v relativní blízkosti. Nejčastěji se pak jedná o časovou vzdálenost do 15 minut. Četnost návštěv pak závisí také na vzdálenosti místa. Čím blíže lidé bydlí, tím častěji se navštěvují. (Svobodová 2010: 188) Blízkost bydliště samozřejmě může velmi zásadním způsobem ovlivňovat péči o seniora.

Vzdělání

Na českém území se mezigenerační solidaritou zabývali Rabušic a Vidovičová, ti na základě výzkumu sledují vliv různých faktorů. Podařilo se jim tedy potvrdit roli vzdělání. „Respondenti s vyšším vzděláním v mnohem větším počtu než respondenti se vzděláním nižším odpovídali, že svým starým rodičům pomáhají často.“ (Vidovičová, Rabušic 2003: 23)

Naproti tomu Tošnerová přichází s opačným výsledkem. „Pečovatelé se základním vzděláním tráví více času pečováním než VŠ vzdělání. Navíc čím vyšší vzdělání pečovatele, tím je méně pravděpodobné, že se stará sám.“ (Tošnerová 2001: 64) Člověk s vyšším vzděláním tedy častěji péči zprostředkuje.

Výzkumníci dále sledovali i roli pohlaví. „Intenzita pomoci poskytovaná starým rodičům se odlišuje v závislosti na pohlaví respondenta. Rozdíly v odpovědích u mužů a žen (34 % : 51 %), kteří odpověděli, že pomáhají svým rodičům často, jsou statisticky významné, takže je není možné připisovat působení náhody.“ (Vidovičová, Rabušic 2003: 23) To se zdá logické. Hraje zde vliv pohlaví seniora, a tím jsou častěji ženy a také se zde odráží zakořeněné genderové stereotypy. Právě generové perspektivě se budu věnovat v následující kapitole. V každém případě lze však ve stručnosti říct, že gender je významným faktorem v péči o seniora v rodině.

6.7.1 Genderová perspektiva

Trochu jiným směrem se při studii mezigenerační solidarity ubírala Marie Přidalová (2006), která postavila danou problematiku do kontextu s genderem. Ukazuje, že se o rodiče starají většinou ženy. Dle Tošnerové (2001) tvoří ženy tři čtvrtiny pečujících osob, dospělé dcery pak nejfrekventovanější skupinu (33 %).

Tomu nahrává několik různých skutečností. Jednou z nich je očekávání okolí. Ženy jsou v nerovném postavení na trhu práce, a tak pokud nebudou přijímat plat, nebude to tak markantní rozdíl. Vinou nerovných podmínek na pracovním trhu a podhodnocení žen dochází k tomu, že ženy jsou častěji nuceny opustit práci než muži. Pokud muž pobírá vyšší plat, pak je logické, že pracovní trh opustí spíše žena.

Pokud se podíváme do historie, péče o rodinu a stejně tak péče o staré lidi v rodině byla vždy spojena s ženskou rolí. Martina Rubášová upozorňuje na fakt, že toto propojení ženy a péče je „součástí konstrukce ženské identity.“ (Rubášová 2005: 42) Navíc ženy tuto roli často přijímají, protože cítí, že právě ony jsou za péči zodpovědné v nejvyšší míře. Žena (manželka, matka, pracující člověk...) tak na sebe bere další roli.

Dále se na vyšší míře pečujících žen může podepsat socializace, jak uvádí Přidalová na základě studia Carol Gilligan (1982). „Ženy tak už od dětství přijímají odpovědnost za pečování a postupem času opírají svou identitu o schopnost pečovat a také samy sebe soudí podle toho, jak úkol péče zvládají.“ (Přidalová 2006) Důraz na socializaci v dětství klade i Rubášová (2005), dívky se od matky učí ženské roli, snaží se jí co nejvíce podobat a tím rozvíjejí své pečovatelské dovednosti.

Další fakt, který situaci napomáhá, je silný vztah mezi matkou a dcerou. Drtivá většina seniorů, kteří potřebují péči svých dětí, jsou totiž ženy.

Tabulka č. 4 ukazuje podíl obyvatel dle pohlaví a věkových skupin a tří variant do r. 1950.

Tabulka č. 3

Počet obyvatel ČR podle pohlaví a základních věkových skupin do roku 2050 (v tisících)

Věkové skupiny	2010		2020		2030		2040		2050	
	Ženy	muži	ženy	Muži	ženy	muži	ženy	Muži	ženy	muži
Nízká varianta										
0-14	724,8	765,3	794,3	840,8	676,2	717,9	601,2	638,6	615,8	654,1
15-64	3657,2	3745,8	3 345,7	3 494,8	3 243,8	3 418,3	3 015,2	3 180,9	2 653,2	2 795,0
65+	956,5	641,0	1232,2	905,4	1 380,8	1 053,6	1 522,1	1 228,8	1 684,1	1 435,1
Střední varianta										
0-14	725,8	766,4	817,5	865,3	732,1	777,1	678,5	720,5	727,9	773,0
15-64	3660,6	3 751,8	3 386,9	3 561,4	3 333,5	3 548,8	3 174,3	3 386,4	2 892,1	3 073,8
65+	957,3	641,4	1 249,2	917,2	1 427,7	1 089,2	1 610,8	1 303,2	1 813,1	1 562,5
Vysoká varianta										
0-14	726,5	767,1	841,6	891,0	791,1	839,7	762,2	809,3	846,0	898,4
15-64	3665,6	3 760,7	3 445,4	3 657,7	3 457,7	3 733,1	3 386,2	3 665,3	3 191,5	3 428,1
65+	957,6	641,8	1 260,9	928,5	1 460,5	1 125,8	1 681,0	1 383,3	1 930,0	1 704,2

Zdroj: ČSÚ Senioři v ČR 2010: 2011

V tabulce č. 4 vidíme, že v mladším věku je počet žen a mužů vyrovnaný, podle ČSÚ (2011) je dokonce více mužů v jednotlivých kategoriích, avšak v kategorii nad 65 let převažuje počet žen a tato převaha žen ve společnosti by se měla dle Projekce obyvatelstva uchovat i do roku 2050. I nadále bude více žen, o které bude nutné se v budoucnu postarat. To, že se ve starších ročnicích vyskytuje více žen, je pro toto téma nyní klíčové.

Přidalová totiž uvádí další možnou příčinu toho, proč je nejčastěji pečující žena, a tou je „preference péče od dítěte stejného pohlaví.“ (Lee et al. 1993 in Přidalová 2007) To, že je nutné častěji pečovat o ženy, jsem již zdůraznila výše a to vede k tomu, že častěji pečují ženy.

Nejčastěji tedy péči v rodině vyžadují ovdovělé ženy. A zde hraje roli právě fakt, že jedinec preferuje jako pečovatele někoho stejného pohlaví. To je další nezanedbatelný důvod, proč jsou pečovatelkami většinou ženy.

Důvodem je fakt, že muži často umírají dříve, ženy o ně tedy pečují, ale po smrti manžela už nemá o ženu kdo pečovat, a tak přichází na řadu péče od dětí. Přidalová dále uvádí, že pečují i muži, ale jen za určitých podmínek, a to při absenci sestry, která by se o maminku mohla starat. Na rozdíl od žen však muži péči zprostředkovávají a nestarají se o seniory primárně. „Mohli bychom předpokládat, že rozdělení povinností je spojeno s tradičními mužskými a ženskými rolemi a že tedy muži svou pomoc pojmají především jako zprostředkování dopravy k lékaři, správu financí, údržbu domu, auta, zahrady apod.“ (Přidalová 2006)

Výsledky výzkumu Sýkorové (2007) potvrzují rozdělení rolí pečovatelů u potomků dle jejich pohlaví. Muži častěji dělají mužské „těžké“ práce, například kolem domu, ženy naopak „ženské“ věci, jako je osobní péče a emocionální podpora.

Naopak na péči mužů o ženy matky je často pohlíženo problematicky. „Montgomery a Kamo (1989) dokonce předkládají názor, že poskytování osobní péče (koupání, převlékání, hygiena při inkontinenci) matkám dospělými syny může být vnímána jako něco v dané kultuře nevhodného, až na hranici tabuizovaného incestu, a proto ji přenechávají dcerám, pro které je péče o nahé ženské tělo jakoby přijatelnější.“ (Přidalová 2007)

To potvrzují i práce Julie Twigg (2000), „osobní péče je přitom spojena s intimní péčí o stárnoucí tělo, které je v současné společnosti vytlačováno jako cosi negativního.“ (Marhánková 2008: odstavec 5) A to

vede k tomu, že je péče o seniora častěji ženskou záležitostí. Práce s tělem je podle ní spojena s ženskou rolí.

V poslední době se však mění poměr pečujících mužů a žen. Jak uvádějí výzkumy o rodinných pečovateli z USA, „podle kterých se v současnosti o svého příbuzného stará 56 % žen a 44 % mužů. (Tošnerová 2001 in Přidalová 2006) Podobné výsledky přináší i ČSÚ „kdy nejčastějším modelem zvládnutí péče o starou osobu v domácnosti je sdílení tohoto závazku mužem i ženou. Plných 50 % rodin, které jsou v této životní situaci, shodně uvedlo, že o závislého seniora pečují oba partneři rovným dílem.“ (Přidalová 2006)

Nejčastěji se muži stávají pečovateli z velmi logických důvodů. Buď pokud jsou jedináčky, v rodině chybí sestra, nebo pokud bydlí nejbližší ke svým rodičům. Dle Rubášové (2005) jsou však muži výhradními pečujícími jen výjimečně. To však neznamená, že muži stojí zcela mimo. Pomáhají svojí pečující partnerce s dílčími problémy: přispívají finančně, spravují majetek či dopravují seniora do nemocničních zařízení. (Rubášová 2005: 27)

Marie Přidalová (2007) dále upozorňuje na fakt, že výrazný rozdíl v péči o seniora hraje i pohlaví seniora a jeho stav. Díky rozvodovosti jsou na tom hůře rozvedení muži, ti dostávají méně podpory než jejich manželky. (Přidalová 2007: 6) V této problematice se tak pravděpodobně opět odráží preference pečujícího stejného pohlaví. Pokud jsou častěji pečovatelkami ženy, pak je logické, že jejich péče je častěji poskytována právě ženám.

7 ZÁVĚR

Péče o seniora v rodině bude v budoucnu náročnější, resp. bude méně lidí, kteří se o seniora mohou starat. Ze zvyšující se nadějí na dožití bude pravděpodobně více generací v rodině, ale s méně členy. S tím souvisí i možnost, že sám senior bude pečovat o svého rodiče – seniora.

Existuje i pragmatický postoj, že jedinec by se měl ubírat svou vlastní cestou směřující za seberealizací, a proto nebude mít na seniora čas. V současné době, kdy společnosti vládne tržní ekonomika, by mohlo být nemyslitelné efektivně zvládnout péči o nemohoucího člena rodiny a zároveň splnit vysoké požadavky na minimální životní standard.

Řešením by mohly být zmiňované pečovatelské domy, které nejenže poskytnou pomoc v uspokojování základních životních potřeb, ale také nabídnou určité sociální zázemí, kdy se senior nebude cítit osamocen, ale bude ve společnosti svých vrstevníků. To je však jen utopistický ideál. Nesamostatný senior se lépe cítí v okolí svých nejbližších než mezi cizími lidmi. Navíc, jak tvrdí Barvíková (2005), po trvalém umístění seniora do ústavního zařízení „dochází ke zhoršení zdravotního a duševního stavu jak umístěného příbuzného tak i rodinného pečovatele.“ (Barvíková 2005: 68)

Zdánlivě nejhorší variantou se mi pak jeví tzv. „defamilizace péče“, což by znamenalo, že za seniora by neměla odpovědnost rodina ale stát. To by pak mohlo vést k optimalizačním úvahám. Například eutanazie, by pak pomohla státu vyřešit finanční náročnost (výdaje na zdravotnictví, důchodové zabezpečení...), která je spojena s péčí o starší osoby. (Jeřábek 2009: 246) Opět tu narážíme na existenci kluzkého svahu a rizika s ním spojená.

Lepší variantou než pečovatelské domy a defamilizace péče by tedy byla podpora pečujících nebo státem dotované profesionální pečovatelky (sestry, fyzioterapeutky...), které by docházely za seniorem přímo domů. Seniorovi by se dostávalo adekvátní péče, nepřišel by o své soukromí a jeho okolí by nebylo tolik limitováno popř. nuceno opustit pracovní trh. Jako ideální situaci zde vidím propojení domácí a terénní péče. V domácí péči se o seniora starají jeho nejbližší, tudíž se necítí osamocen a má kolem sebe lidi, které zná a na kterých mu záleží. A na druhé straně terénní péče mu poskytne odbornou a kvalifikovanou pomoc profesionálů (asistent, pečovatelská služba). Samozřejmě s tím souvisí i časová flexibilita spojená s péčí, při které jedinec není odkázán pouze na své nejbližší.

Domnívám se, že do budoucna nebude možné se na stát spoléhat v takové míře, jako je tomu dnes. Lidé si musí na stáří šetřit nebo spoléhat na absolutní podporu svých blízkých. Vycházet z toho, že potomek jim oplatí péči, kterou dříve poskytovali oni jemu.

Tato diplomová práce ukázala, co stojí za péčí o seniora a jaké jsou souvislosti spojené s péčí o staré lidi. Ukázala jsem nejen pozitiva, ale i negativa této problematiky. Velmi důležitou roli v péči o seniora hraje geografická vzdálenost pečujícího a seniora. Další významný faktor byl nepochybně gender.

Soudím, že Bengtson a další teoretici nedostatečně propojili solidaritu, popřípadě ambivalenci a konflikt s péčí o seniora. A to z toho důvodu, že je nutné se věnovat i praktickým věcem kolem péče. V rámci tohoto tématu je jistě nezbytné vědět, co stojí za podporou, které se dostává seniorovi od jeho rodiny. Zda se jedná o solidaritu, konflikt či ambivalenci.

Pro jedince a potažmo i pro stát je však pochopitelně více důležitá praxe péče o seniora. Ve výsledku totiž nezáleží na přesné frekvenci, obsahu kontaktu či počtu pečujících. Není podstatné, jak daleko jsou od sebe pečující a pečovatel vzdáleni. V praxi záleží pouze na tom, zda je péče naplněna láskou a porozuměním. Nikdo se pak neohlíží na fakt, zda je za péči poskytováno něco nazpět. Aktéři neřeší, jestli jsou investice symetrické či nikoliv.

Do budoucna bych proto jako nejlepší řešení viděla podporu prorodinné politiky a také rozvoj péče o seniora v rodině. A to nejlépe finanční podporou pro pečující nebo příspěvků na služby terénních pracovníků, kteří by do rodiny dle potřeb docházeli a starali se o seniora v jeho prostředí. Tím by mohly alespoň z části odpadnout nepříjemné situace, kdy se člověk potýká s ambivalencí. Externí pomocník pak usnadní práci pečujícímu, který tak bude mít i nějaký čas pro sebe. Tyto služby pro seniora a jejich rodiny už v ČR existují, ale nejsou tolik dostupné a rozšířené.

Důraz by měl být také kladen na osvětu. Domnívám se totiž, že pečující nejsou informováni o možnostech, které existují. Často vidí jako variantu buď péči o seniora v rodině bez pomoci profesionálů, nebo umístění seniora do specializovaného zařízení. Nevědí nebo nemají dostatek informací o možnosti jakéhosi kompromisu, kdy dochází na pomoc služba, poskytující odbornou péči.

Hynek Jeřábek (2009) ve své práci cituje několik závěrů Michaela D. Fine (2007), který na základě trendů ve společnosti navrhuje jako nejlepší variantu péče o seniora tzv. hybridní formy péče, kdy se o péči dělí rodina a profesionální pečovatelé. Do budoucna vidí jako klíčovou otázku, zda se naše republika vydá cestou tzv. defamilizace péče, kdy by měl o jedince pečovat stát, a ne rodina, anebo stát zajistí podporu

rodinám, aby mohly svým seniorům zajistit spokojené dožití v domácích podmínkách. Dále je dle něj třeba přizpůsobit sociální politiku státu, navrhuje příspěvky na péči, a dále slevy na daních či přímé platby k úhradě služeb domácí péče. (Jeřábek 2009)

Tato cesta se i mně, na základě zjištěných skutečností, zdá nejlepší. Jak pro stát, tak pro seniory a při finanční pomoci i pro rodiny. Rodina je stále podstatnou součástí péče, má rozhodovací pravomoci a zodpovědnost, senior je ve svém domácím prostředí, avšak dostává se mu profesionálních služeb. Navíc rodinný pečující má pak čas od času prostor sám pro sebe a zátěž proto není tak velká. Díky podpoře profesionálních služeb může pečující docházet i do práce a odpadá tak i finanční zátěž.

Řešením by byla i obdoba mateřské dovolené, tzv. „pečovatelská“ dovolená. Tou by byly vyřešeny obavy o ztrátu zaměstnání. Lidé se péče o svého seniora bojí často právě kvůli ztrátě práce. Ve chvíli, kdy se svojí práci vzdají, a pak se chtějí vrátit na pracovní trh, skutečně dochází k problémům, protože nemohou najít práci. Pokud by ale měli jistotu, že se budou moci vrátit na svoje staré pracovní místo, pak by na péči o seniora nenahlíželi tolik problematicky.

Záleží však na státu, zda se mu podaří správně pracovat s danou problematikou a vhodně nastavit nějaké řešení, aby pak nedošlo ke zneužívání příspěvků na péči a tak podobně. Právě stát musí vhodně nastavit podmínky, které by umožnili péči o seniora i bez toho, aby se tím pečovatel, potencionálně pečovatelé, nedostával do nějakých rizik jako je ztráta práce, finanční těžkosti či neúměrná zátěž mající za následek psychické či fyzické problémy.

Otázkou samozřejmě je, zda i do budoucna bude mít rodina starost o nesoběstačného seniora a zda vůbec bude dostatek potencionálních pečujících.

Mým názorem však je, že dostupnost služeb pro seniory není v Česku dostačující a navíc, rodiny seniorů o této možnosti často ani neví. Další výzkum v této oblasti by se měl věnovat právě propojení péče rodiny a péče profesionální. Komparativní výzkum by mohl přinést pozitivní i negativní stránky obou forem, jak péče, která leží zcela na rodině, tak péče tzv. hybridní. Ovšem je nutné ponechat zadní vrátka i bezdětným seniorům a těm, o které se rodina nechce starat. Institucionální péče by tedy neměla zcela vymizet, ovšem je nutný apel na zachování soukromí a autonomie v maximální možné míře.

8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BARTOŇOVÁ, Jitka. Modely rodinné péče o starého člověka. In: JEŘÁBEK, Hynek. *Rodinná péče o staré lidi*. 1.vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005, s. 28-41. ISSN 1801-1640.

BARVÍKOVÁ, Jana. Rodinná péče a profesionální péče. In: JEŘÁBEK, Hynek. *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005, s. 58-70. ISSN 1801-1640.

BENEŠOVÁ, Romana. Ageismus. In: *Socioweb* [online]. 1. vyd., 2011 [cit. 2012-02-12]. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=371&lst=113>

BENGTSON, Vern L., ROBERTS, Robert L. R. Intergenerational Solidarity in Aging Familie: An Example of Formal Theory Construction. *Journal of Marriage and Family*. 1991, roč. 53, č. 4, s. 856-870.

BENGTSON, Vern L., GIARRUSSO, Roseann, MABRY, J. Beth a SILVERSTEIN, Merril. Solidarity, Conflict, and Ambivalence: Complementary or Competing Perspectives on Intergenerational Relationships?. *Journal of Marriage and Family* [online]. 2002, roč. 64, č. 3, s. 568-576 [cit. 2012-02-07].

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006, 132 s. ISBN 80-736-7081-X.

BUTLER, Robert N. Age-ism: another form of bigotry. *The gerontologist*. 1969, roč. 1969, č. 4, 243–246.

CONNIDIS, I. A., J. A. MCMULLIN. Sociological Ambivalence and Family Ties: A Critical Perspective. *Journal of Marriage and Family*, 2002, roč. 64 č. 3, 558-567.

Demografická příručka 2009: Sňatky a bilance manželství v letech 1920-2009. In: *Český statistický úřad* [online]. 2010 [cit. 2012-02-12]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/4032-10>

Fakta o České republice: Rodina. In: *Český statistický úřad* [online]. Praha, 6. 4. 2009 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/publ/1419-09->

FINE, Michael D. *A Caring Society?: Care and the Dilemmas of Human Service in the 21st Century*. New York: Palgrave Macmillan, 2007. ISBN 0333993392.

GIARRUSSO, Roseann, SILVERSTEIN, Merril, GANS, Daphna a BENGTSO, Vern L. Ageing parents and adult children: New perspectives on intergenerational relationships. In: JOHNSON, Malcolm L. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: University press, 2005, s. 413-421.

GILLIGAN, Carol. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1993, 184 s. ISBN 06-744-4544-9.

GRAHAM, Hillary. Caring: a labour of love. In: FINCH, Janet a Dulcie GROVES. *A Labour of Love: Women, Work and Caring*. London, Boston, Melbourne and Henley: Routledge Kegan Paul, 1983, s. 13-30.

HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. Gender a péče o stárnoucí rodiče. *Socioweb: sociologický webzín* [online]. 2008, č. 11 [cit. 2012-01-21]. ISSN 12141720. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=317&lst=119>

HAŠKOVÁ, Hana. *Fenomén bezdětnosti*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2009, 264 s. sv. 59. ISBN 978-807-4190-209.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989, 407 s. Panorama. ISBN 80-703-8158-2.

HOLMEROVÁ, Iva. Nefarmakologický management demence. In: JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 285 s. ISBN 80-717-8535-0.

JAROŠOVÁ, Darja. Senioři v domácí péči: Zdravotní a sociální charakteristiky. In: SÝKOROVÁ, Dana a CHYTIL, Oldřich. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2004, s. 190-195. ISBN 80-732-6026-3.

JEŘÁBEK, Hynek. Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: Nové argumenty. *Sociologický časopis*. 2009, roč. 2009, č. 2, s. 23. Dostupné z: <http://sreview.soc.cas.cz/cs/issue/105-sociologicky-casopis-czech-sociological-review-2-2009/1877>

JEŘÁBEK, Hynek. Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty). In: JEŘÁBEK, Hynek. *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005, s. 9-19. ISSN 1801-1640.

JIRÁK, Roman. Alzheimerova choroba. In: JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

JURÁSKOVÁ, Dana. Program na podporu domácí paliativní péče. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 26. 3. 2010, 6. 8. 2010 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vysledky-programu-na-podporu-domaci-paliativni-pece-na-rok_4142_2023_1.html

KABELKA, Ladislav, SLÁMA, Ondřej a MIŠOŇOVÁ, Alžběta. Domácí paliativní péče. In: SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén 2007, s. 329-332. ISBN 978-80-7262-505-5.

KEATING, Norah a Karen KERR. Who's the Family in Family Caregiving?. In: CHEAL, D. *Family: Critical Concepts in Sociology*. 1. vyd. London: Routledge, 2003, s. 103-123.

KOHLI, Martin a KÜNEMUND, Harald. Intergenerational Transfers in the Family: What Motivates Giving?. In: BENGTON, Vern L. a Ariela LÖWENSTEIN. *Global Aging and Challenges to Families*. New York: Aldine de Gruyter, 2003, s. 123-142. Dostupné z: <http://www.eui.eu/Documents/DepartmentsCentres/SPS/Profiles/Kohli/MotivesForGiving.pdf>

KUCHAŘOVÁ, Věra. Život ve stáří: Zpráva o výsledcích empirického šetření. [online]. Praha: VÚSPV 2002, s. 1-89 [cit. 2012-04-19]. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/zivest.pdf>

LASLETT, Peter. *A fresh map of life: the emergence of the Third Age*. 1st Harvard University Press pbk. ed. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1991, 213 s. ISBN 06-743-2327-0.

LEE, G. R., DWYER, J. W. a COWARD, R. T. Gender Differences in Parent Care: Demographic Factors and Same-Gender Preferences. *Journal of gerontology* [online]. 1993, č. 48, s. 9-16 [cit. 2012-02-07].

LÖWENSTEIN, Ariela. Solidarity-Conflict and Ambivalence: Testing Two Conceptual Frameworks and Their impact on quality of life for older family members. *The Journals of Gerontology*. 2007, roč. 2007, č. 3, s. 100-107.

LÜSCHER, Kurt a PILLEMER, Karl. Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage and Family* [online]. 1998, roč. 60, č. 2, s. 413-425 [cit. 2012-02-07].

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993, 124 s., sv. 3. ISBN 80-901-4247-8.

MATÝSKOVÁ, Danuše. Nedobrovolná ztráta autonomie u seniorů. In: SÝKOROVÁ, Dana a CHYTIL, Oldřich. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Editor Dana Sýkorová, Oldřich Chytil. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2004, s. 46-52. ISBN 80-732-6026-3.

MONTGOMERY, R. J. V. a KAMO, I. Parent Care by Sons and Daughters. In: MANCINI, I. *Aging Parents and Adult Children*. Lexington: Lexington Books, 1989, s. 231-230.

MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8624-1.

MOŽNÝ, Ivo. *Mezigenerační solidarita: výzkumná zpráva z mezinárodního srovnávacího výzkumu "Hodnota dětí a mezigenerační solidarita"*. Praha: VÚPSV- výzkumné centrum Brno, 2004. ISBN 80-239-4279-4. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_155.pdf

MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Ilustrace Vladimír Jiránek. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, 311 s. ISBN 80-864-2958-X.

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

NOVOTNÁ, Lenka, HŘÍCHOVÁ, Miloslava a MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2004, 82 s. ISBN 80-704-3281-0.

PAYNEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane a INGLETONOVÁ, Christine. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Editor Sheila Payne, Jane Seymour, Christine Ingleton. Překlad Ivo Lukáš. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-251.

Populační prognóza České republiky do r.2050: Základní výsledky projekce, střední varianta, 2002-2050. In: *Český statistický úřad* [online]. Praha, 11.6. 2004 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4025-04>

PŘIDALOVÁ, Marie. Pečující dcery a pečující synové (rozhodnutí, se kterým můžu žít). *Ivris working papers*. 2007, roč. 07, č. 04, s. 1-116.

Dostupné z:

<http://ivris.fss.muni.cz/workingpapers/index.php?page=cislawp&id=5>

PŘIDALOVÁ, Marie. Mezigenerační solidarita a gender: (pečující dcera a pečující synové). *Gender, rovné příležitosti, výzkum* [online].

Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2006, roč. 7, č. 1 [cit.

2012-01-21]. ISSN 12130028. Dostupné z

<http://www.genderonline.cz/view.php?cisloclanku=2006072201>

Příspěvek na péči. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí: Integrovaný Portál* [online]. Praha, 2011, 30. 12. 2011 [cit. 2012-02-06].

Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

Příspěvek na péči od 1/1/2012: Výše příspěvku na péči. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí: Sociální reforma* [online]. 2012 [cit.

2012-02-06]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>

RABUŠIC, Ladislav. *Kde ty všechny děti jsou?: porodnost v sociologické perspektivě*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-864-2901-6.

RUBÁŠOVÁ, Martina. Solidarita v rodině: genderové role v péči o závislé osoby. In: JEŘÁBEK, Hynek. *Rodinná péče o staré lidi*. 1.vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005, s. 42-48. ISSN 1801-1640.

Senioři v ČR: Demografické charakteristiky seniorů. In: *Český statistický úřad* [online]. Praha, 10. 1. 2011, 10. 8. 2011 [cit. 2012-01-23].

Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/1417-10>

SILVERSTEIN, Merril a BENGTON, Vern L. Intergenerational solidarity and the structure of adult child-parent relationship in american

families. *The american journal of sociology*. 1997, roč. 103, č. 2, s. 429-460.

SLÁMA, Ondřej. Symptomy terminální fáze a jejich léčba: Co lze a nelze zvládnout v domácím prostředí. In: *Kurz paliativní medicíny*. Praha, 2003, s. 100-110.

Slovníček: Paliativní péče. In: *Umírání.cz: Cesta domů* [online]. 2012 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z <http://www.umirani.cz/slovnicek.html?page=2&itemId=29>

Standardy kvality: standardy hospicové paliativní péče APHPP. In: *Acociace hospiců* [online]. 1. vyd., 2006 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

STLOUKAL, Libor. Nová populační prognóza OSN pro období do roku 2050. *Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje* [online]. 2002, roč. 44, č. 2, s. 150-153 [cit. 2012-02-01]. ISSN 00118265.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7278-274-2.

SVOBODOVÁ, Kamila. Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice. In: *Dvacet let sociodemografické transformace: Sborník příspěvků XL. konference České demografické společnosti, Brno 27.-28. května 2010*. 2010, s. 185-194. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do_1574.pdf

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 284 s. Studie, 45. ISBN 978-808-6429-625.

SÝKOROVÁ, Dana. Od solidarity jako základu intergeneračních vztahů v rodině k ambivalenci a vyjednávání. *Sociologický časopis* [online]. 2006, roč. 42, č. 4, 683–699 [cit. 2012-04-23]. Dostupné z: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/b0106b8fbf58e0b3c5341133428cfca2903c606c_218_05sykorova13.pdf

SÝKOROVÁ, Dana. Rodina staršího středního věku v systému příbuzenské pomoci a podpory: Konceptuální rámce intergenerační rodinné solidarity s hlavním zřetelem na anglosaskou sociologickou produkci. *Sociologický časopis*. 1996, roč. 32, č. 1, s. 51-66. Dostupné z: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/62425661610933b3fb66b63fdd763a8b853ca579_312_051SYKOR.pdf

ŠPINKOVÁ, Martina a ŠPINKA, Štěpán. *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů, 2006, s. 42. ISBN 80-239-8592-2.

TOŠNER, Jiří a TOŠNEROVÁ, Tamara. Burn - out syndrom: syndrom vyhoření. In: *Pečující* [online]. Praha: Hestia, 2002 [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: [http://www.pecujici.cz/priruckydetail.shtml?cmd\[2654\]=x-2654-146980](http://www.pecujici.cz/priruckydetail.shtml?cmd[2654]=x-2654-146980)

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3, LF UK, 1. interní klinika FNKV Praha, 2001. ISBN 80-238-8001-2. Dostupné z: http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/pocit yapotreby.pdf

TWIGG, Julia. Carework as a form of bodywork. *Ageing and Society* [online]. 2000, č. 20, s. 389-411 [cit. 2012-02-07].

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-802-4613-185.

VACHON, Mary. Psychická zátěž v paliativní péči. In: O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Překlad Jana Heřmanová. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005, s. 43-50. ISBN 80-247-1295-4.

VESELÁ, Jitka. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. Praha: VÚPSV, 2002. ISBN 80-239-0294-6. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/detsen.pdf>

VIDOVIČOVÁ, Lucie a RABUŠIC, Ladislav. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti: Zpráva z empirického výzkumu*. Praha: VÚSPV- výzkumné centrum Brno, 2003. ISBN 80-247-1262-8. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vidrab.pdf>

VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace: nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita Mezinárodní politologický ústav, 2008. ISBN 80-210-4627-9.

VOHRALÍKOVÁ, Lenka a RABUŠIC, Ladislav. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, Výzkumné centrum Brno, 2004. ISBN 80-239-4218-2.

Zaostřeno na ženy a muže 2010: Čisté neúplné rodiny podle počtu dětí a hlavní příčiny neúplnosti rodin. In: *Český statistický úřad* [online]. Praha, 31.12. 2010 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/kapitola/1413-10--10>

Zaostřeno na ženy a muže 2010: První sňatky podle věku snoubenců (stav k 31. 12.). In: *Český statistický úřad* [online]. Praha 31. 12. 2010 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z:
<http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/kapitola/1413-10-10>

ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

Ženy a muži v datech 2011: Obyvatelstvo, rodina a domácnosti. In: *Český statistický úřad* [online]. 30. 12. 2011 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z:
<http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/1417-11>

9 RESUMÉ

This work is focused on an old people and taking care of them and on a cross-generation of family affairs. Purpose of my work is to discover this subjects and I have used previous reserches of an important theoreticians of sociology to do so.

This work is at first about theory of solidarity based on the previous work of Bengtson and his team and secondly I pay attention to theory of ambivalence and conflict.

Apart of that this work is about taking care of seniors, I focuse on the motives and factors that lead to family solicitude that imperatively shows the need to support families to take care of their elderly members.