

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta filozofická

Diplomová práce

Kombinace sociální a rodinné péče o seniory

Bc. Lea Varhaníková

Plzeň 2015

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

Kombinace sociální a rodinné péče o seniory

Bc. Lea Varhaníková

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. Hynek Jeřábek, CSc.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2015

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce Prof. PhDr. Hynku Jeřábkovi, CSc. za poskytnutí cenných rad, věcných připomínek, všechen čas a ochotu při vedení této diplomové práce.

Dále mé poděkování patří všem mým respondentům, kteří mi poskytli rozhovor, za jejich čas, ochotu a otevřenost, která umožnila vznik této práce.

Obsah

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST	4
2.1	Věk optikou demografie.....	4
2.1.1	První a druhá demografická tranzice	4
2.1.2	Demografický vývoj české společnosti.....	7
2.2	Stárnutí a stáří	10
2.2.1	Vymezení stáří	11
2.2.2	Negativní pojetí stáří	14
2.2.3	Ageismus.....	15
2.3	Teorie stárnutí.....	17
2.3.1	Sociologické teorie stárnutí	17
2.3.2	Koncept aktivního stárnutí.....	20
2.4	Mezigenerační vztahy a solidarita.....	22
2.4.1	Mezigenerační solidarita	22
2.4.2	Teorie mezigeneračních vztahů	24
2.4.3	Bengtsonův model mezigenerační solidarity.....	25
2.4.4	Mezigenerační konflikty.....	27
2.5	Péče o seniory	28
2.5.1	Teorie motivace pomoci a podpory	29
2.5.2	Historický vývoj pečovatelsví.....	31
2.5.3	Strategie 4xD.....	33
2.5.4	Základní formy péče.....	34
2.5.5	Kombinovaná péče.....	38
2.5.6	Principy poskytování sociálních služeb	43
2.5.7	Faktory ovlivňující péči	45
3	EMPIRICKÝ VÝZKUM	48

3.1 Metodologie	48
3.1.1 Výběr výzkumného vzorku	48
3.1.2 Metody sběru a zpracování dat.....	49
3.1.3 Etika	51
3.2 Výsledky analýzy	52
3.2.1 „Středisko sociální péče“	52
3.2.2 Zhodnocení míry ne/soběstačnosti seniora	55
3.2.3 Soudržnost v rodině	57
3.2.4 Postoj ke kombinované péči.....	59
3.2.5 Shrnutí výsledků	62
4 ZÁVĚR	64
5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	67
6 RESUMÉ	76
7 PŘÍLOHY.....	77

1 ÚVOD

Společnost se neustále mění v důsledku demografických změn. Výraznou změnou a zároveň i problémem je stárnutí populace, jelikož stále narůstá počet lidí, kteří jsou závislí na pomoci ostatních. Neustále se zvyšují počty seniorů a podle prognóz se tento počet bude dále navyšovat. V roce 2050 by měl v České republice narůst podíl obyvatel nad 65 let na 33%, což je okolo třech milionů seniorů (Populační prognóza ČR do r. 2050). Působí zde faktory demografické tranzice, jako je nízká hranice porodnosti, změna životního stylu a ideálů, prodlužuje se doba střední délky života, narůstá procento rozvodovosti a nové typy soužití. Lidé se dožívají vyššího věku, a jelikož se rodí méně dětí, tak se zvyšuje podíl starších lidí ve společnosti.

Z tohoto důvodu se stává velmi aktuálním tématem současné doby stárání, se kterým úzce souvisí i péče o staré lidi. Každý senior s postupem času ztrácí jistou míru autonomie a je odkázán na pomoc druhých. Obrovskou roli v této péči sehraává rodina a blízké okolí. V rámci své diplomové práce, zejména v empirické části, se snažím přiblížit nastupující trend kombinované formy péče, kdy o seniora pečuje jak rodina, tak i sociální služby (pečovatelská služba apod.).

Tato práce se skládá z teoretické části a empirického výzkumu. Teoretická část je tvořena pěti celky. V rámci prvního celku se soustředí na demografické přechody neboli tranzice, které se vyznačují převratnými změnami v historických trendech demografické reprodukce. Především hovoříme o změnách ve fertilitě a mortalitě, které směřují ke změně demografického režimu. Můžeme mluvit o dvou demografických tranzicích. O první demografické tranzici hovoříme jako o globální a altruistické, kdežto druhá demografická tranzice není globální a je interpretována skrze individualismus. V tomto celku je zachycen i demografický vývoj české společnosti.

Druhý celek se vztahuje ke stáří, o kterém hovoříme jako o poslední etapě lidského vývoje. Samotné stáří je podmíněno biologickými a sociálními změnami. Nejčastějším měřítkem pro vymezení stáří a označení kdo je starý je chronologický (kalendářní) věk, dále rozlišujeme biologický věk, sociální věk a funkční věk. V současné době se nahlíží na stáří spíše negativně, zejména co se týče nemoci či ztráty autonomie. Panuje zde mnoho chybných mýtů, které podporují ještě víc negativní pohled na stáří. Tento celek uzavírá zmínka o ageismu neboli diskriminaci lidí pro jejich stáří.

Třetí celek je věnován sociologickým teoriím stárnutí. Tyto sociální teorie jsou ovlivňovány zejména strukturou společnosti a příslušnou sociální změnou. Jedny z prvních teorií stárnutí nám nabízí funkcionalismus, v rámci něhož mluvíme hlavně o ztrátě rolí. Odlišný pohled na stárnutí přináší teorie politické ekonomie stárnutí, která zkoumá jakým způsobem společenské podmínky a struktury působí na názory, chování a zkušenosti jedinců. Nový pohled na stárnutí přináší koncept aktivního stárnutí. Jeho hlavním odkazem je produktivní a úspěšné stárnutí, kdy se jedinec snaží participovat na veřejném dění, jak v rámci komunit, tak i v rodině.

Ve čtvrtém celku se zaměřuji na mezigenerační vztahy a solidaritu. Pro mezigenerační vztahy jsou specifické tři teorie. První teorie je založena na konceptu solidarity, druhá teorie se týká konfliktu a třetí je kombinací první a druhé teorie, mluvíme o ní jako o intergenerační ambivalenci. Mezigenerační solidarita je založena na vzájemných emočních vazbách, ze kterých vyplývá citová opora, kognitivní podpora a reálná pomoc. Neodmyslitelně sem patří i Bengstonův model mezigenerační solidarity, díky kterému lze vysvětlit rodinné vztahy.

Poslední celek teoretické části věnuje pozornost péči o seniory. Jsou zde přiblíženy teorie motivace pomoci a podpory, kam spadá

reciproční teorie, teorie závazku a vztahová teorie. Dále je zde nastíněn historický vývoj pečovatelsví. Koncept zdravotně-sociální péče o seniory klade důraz na individualizovaný přístup k potřebám seniorů, proto „strategie 4xD“ říká, že komplexní péči o seniory je nutné demedicalizovat, deinstitucionalizovat, desektorizovat a deprofesionalizovat. Mezi základní formy péče patří rodinná, terénní a ústavní. V dnešní době tyto formy péče často kombinujeme z důvodu, že každý senior vyžaduje individuální přístup, jelikož má různé potřeby. V kombinované péči můžeme najít nejideálnější řešení jak pro seniora, tak i pro jeho rodinu. Obvykle kombinovaná péče zahrnuje kombinaci rodinné a terénní péče, zajímavou formou této péče je odlehčovací péče, která slouží jako úleva a odpočinek pro rodinné pečující. Principy poskytování sociálních služeb jsou výsledkem diskutovaných témat týkajících se důstojnosti při poskytování péče. Tato doporučení se týkají respektu, komunikace, sociální inkluze, autonomie, soukromí, hygieny a osobní úpravy, podávání stravy, stížností a zneužívání. Teoretickou část uzavírají faktory ovlivňující péči. Mezi tyto faktory patří pohlaví, vzdělání a ekonomický status rodiny, vzdálenost bydliště, vazby mezi příbuznými a míra vyžadované péče.

Na teoretickou část navazuje empirický výzkum, který je zaměřený na kombinovanou péči, kdy o seniora pečuje jak sociální zařízení, tak i rodina. Mým cílem je přiblížit fungování této formy péče a zároveň se snažím poukázat, jak je tato forma péče vnímána samotným seniorem a jeho pečujícími (rodinný pečující a kvalifikovaná pečovatelka). V této části práce je popsána metodologie výzkumu a jsou zde interpretovány výsledky analýzy.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Věk optikou demografie

Demografické stárnutí populace je v současné době jednou z nejdiskutovanějších otázek společnosti, kdy tento významný společenský fenomén postihuje všechny populace, ať už ve vyspělých či rozvojových státech (Svobodová 2011). Rychtaříková mluví o demografickém stárnutí jako o procesu, kdy se mění věková struktura populace, zejména narůstá podíl osob v seniorském věku, kam řadíme osoby s věkem 65 a více let (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 80). Za příčinou demografického stárnutí stojí hlavně pokles úrovně porodnosti a změny v podílech úmrtnosti a především i prodloužení naděje na dožití (Svobodová 2010: 186). Důsledky populačního stárnutí se promítají do všech sfér sociálního a ekonomického vývoje. Nejčastější obavy způsobené proměnou věkové struktury se pojí s „růstem nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči, nedostatek pracovních sil na trhu práce a udržitelností financování důchodového systému“ (Svobodová 2010: 187). Další dopady populačního stárnutí se promítají do postavení seniorů ve společnosti, ale také do soukromé sféry, do mezigeneračních vztahů a vztahů uvnitř (Svobodová 2010: 187).

2.1.1 První a druhá demografická tranzice

Pojem demografický přechod řadíme k zásadním konceptům demografie a využíváme ho k označení převratných změn v historických trendech demografické reprodukce. Především hovoříme o změnách ve fertilitě a mortalitě, které směřují ke změně demografického režimu. Můžeme mluvit o dvou demografických tranzicích, kdy klasická (první) probíhala ve vyspělých zemích od počátku 19. století do poloviny 20. století a druhá, která od poloviny 20. století probíhá a bude pravděpodobně probíhat a nadále se šířit i mimo západní civilizaci.

Demografická revoluce neboli 1. demografická tranzice je integrální součástí modernizace (Giddens 2003). Během demografické revoluce došlo ke kvalitativní přeměně demografické reprodukce z režimu s extenzivním charakterem, kdy mluvíme o vysoké úrovni úmrtnosti i porodnosti, k režimu intenzivnímu, v rámci něhož dochází ke snížení úrovně obou procesů. Během demografické revoluce došlo k zásadnímu posílení vlivu společenských podmínek na úkor biologických. Změny sociálních podmínek vedou i ke změnám v demografické reprodukci (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 77). Za autory teorie demografické revoluce jsou považováni Adolph Landry a Frank Wallace Notestein, kteří ji chápou jako důsledek civilizačního procesu, který vedl k poklesu úrovně úmrtnosti a zpravidla s časovým odstupem i k poklesu úrovně porodnosti. Notestein viděl hlavní příčiny v nárůstu počtu lidí žijících ve městech a v rozpadu tradičních rodin, které měly korporativní podobu, což spolu s celkovým tlakem individualizace způsobovalo, že pro jedince bylo mnohem výhodnější mít menší počet dětí (Vítková 2011). Notestein ukazuje vývoj populace ve třech fázích demografických režimů:

1. Fáze „před tranzicí“ je charakteristická vysokou mortalitou a vysokou porodností, rovnováhu můžeme vidět ve faktu, že se sice hodně dětí narodí, ale hodně jich i zemře.
2. Fáze „období tranzice“ je typická klesající úmrtností a také klesající porodností, pokles v míře úmrtnosti obvykle předchází poklesu porodnosti, což vede k populačnímu růstu či také přelidnění.
3. Fáze „po tranzici“ se vyznačuje nízkou úmrtností i porodností, kdy se jejich hodnoty vyrovnávají (Notestein 1953 in Coale, 1973: 53–73).

O druhé demografické tranzici mluvíme zejména od 60. let 20. století. Hovoříme o ní zejména ve spojení s Dirkem van de Kaa a Ronem Lesthaeghem, kteří se zabývali pozorováním vývoje reprodukčního a

partnerského chování v některých západoevropských zemích. Druhá demografická tranzice charakterizuje především změny v zakládání, formách a stabilitě partnerských vztahů a změny v procesu plodnosti, její celkové úrovni, načasování, legitimitě atd. V počáteční fázi druhé demografické tranzice proběhly v západních zemích velmi známé změny. Mezi lety 1955 až 1970 se objevily tři základní komponenty změn: vzestupný trend rozvodovosti, konec baby boomu, jelikož výrazně poklesla plodnost v každém věku, zejména díky příchodu hormonální antikoncepce a nitroděložního tělíška a také se snížil podíl uzavírání sňatků před věkovou hranicí 25 let. Druhá fáze druhé demografické tranzice probíhala mezi lety 1970 -1985 a v rámci ní se rozšířila předmanželská kohabitace do mnoha dalších zemí. Později se kohabitace rozšířila jako dlouhodobá alternativa k manželství. Plození dětí začíná čím dál tím častěji bez konsensuálních svazků. O třetí fázi mluvíme okolo roku 1985, ta byla charakteristická vysokou rozvodovostí. Lesthaeghe poukazuje na fakt, že touto poslední fází si procházely jen některé vyspělé země (rozdíl zejména mezi severem a jihem Evropy). V důsledku tohoto vývoje se zvyšuje počet monoparentálních rodin, především matek samoživitelek, což má vliv na feminizaci chudoby. Můžeme také pozorovat různé „neklasické“ formy rodin a domácností (Lesthaeghe 1995: 17-18).

Při utváření hypotézy druhé demografické tranzice se nechal Lesthaeghe inspirovat u Philippa Ariese (1980), který se zabýval historií dětství. Během demografické revoluce za poklesem plodnosti stála velká potřeba citového i materiálního zázemí pro dítě, v tomto případě mluvíme o „king-child with parents“ neboli „dítě jako král“, kdy dítěti bylo podřízeno vše. Cílem bylo, aby se potomek dostal na sociálním žebříčku výše, ovšem v dnešní době už tento fakt zcela neplatí. Druhý pokles plodnosti se objevuje v 70. letech, protože nastupuje nová motivace rodičovství, kdy rodičovství je bráno jako seberealizace, hovoříme tedy o „king-pair with child“, kde dítě není již překážkou pro rozvod (Lesthaeghe 1995: 19).

Další inspiraci pro hypotézu druhé demografické tranzice byla teorie cyklů plodnosti, pod kterou byl podepsán Richard Easterlin. Podstatou této teorie je, že méně početné generace mají lepší možnosti uplatnění na trhu práce a proto dříve vstupují do manželství a zakládají početnější rodinu. Zatímco početnější generace pocítují v uplatnění na pracovním trhu větší obtíže, mají odlišné demografické chování, vyšší sňatkový věk a nižší úroveň plodnosti (Easterlin in Lesthaeghe 1995: 20). Třetím inspiračním zdrojem se stal Abraham Maslow (1954), který hovoří o hierarchii potřeb. Ve společnosti, která je bohatší a vzdělanější, dochází k přesunu zájmu od hodnot spojených s přežitím, bezpečím, solidaritou atd. k „vyšším hodnotám“. Klade se důraz na seberealizaci, volnost, svobodu vyjádření, emancipaci, autonomii individua, toleranci pro různé životní styly apod. (Lesthaeghe 1995).

2.1.2 Demografický vývoj české společnosti

Normalizace v Československu stála za pasivitou a beznadějí společnosti. V této éře bylo mnoho lidí vyloučeno z veřejné sféry a ani nebylo snadné dosáhnout vzdělání. Tyto aspekty vedly k obratu na rodinu, kdy rodina byla jedinou možností, jak se člověk může seberealizovat. Výhodou tohoto režimu bylo, že stát podporoval rodinu v mnoha ohledech. Byla prodloužena mateřská dovolená, zvýšily se přídavky na děti, přičemž rodiny s více dětmi byly zvýhodňovány, dále bylo zvýšeno porodné, stát investoval i do jeslí a mateřských školek. Státu vyhovovalo, že se společnost stáhla do soukromé sféry a děti následně brala jako závazek vůči státu, kdy děti byly mocnou pákou jak udržet společnost ve stavu, v jakém ji chtěl stát mít. Společnost 70. let se upínala na spotřebu. Také se v tomto období zastavilo stárnutí populace, a proto ho často označujeme za éru baby boomu, kdy obvykle rodiny mívaly dvě děti. Pro 80. léta platí totéž jako pro léta 70. V 90. letech naše populace zažívá druhou demografickou tranzici, která způsobila hodnotovou změnu. Pro společnost už není rodina jednoznačným

seberealizačním prvkem, dále se klade důraz na vzdělání, na významnosti nabývá profesní kariéra. U žen se mění jejich postavení ve společnosti, kdy i ony upřednostňují vzdělání a kariéru před dítětem. Klade se důraz na individualitu a to jakým způsobem se člověk prezentuje. Snížení porodnosti je způsobeno tlakem zvnějšku, především díky změně ekonomiky, která vedla ke vzdělávání. Lidé nebyli schopni se postavit na vlastní nohy, jelikož stát už nebyl takovou podporou jako kdysi. Pracovní trh je velmi konkurenční a znevýhodňuje zejména ženy, protože díky dítěti a následné mateřské dovolené z něj vypadnou a je velmi obtížné se do něj zpátky začlenit a uspět. Porodnost poklesla na úroveň 1,5 dítě na ženu, v období normalizace to bylo zhruba 2,5 dítěte na ženu. Mechanismy vedoucí k tomuto poklesu pramení z klimatu, že normou je mít jedno dítě. Této normě se společnost přizpůsobuje, protože by bylo z kulturního pohledu deviantní mít více dětí. Dále tu jsou obavy z ekonomických tlaků, kdy lidé smýšlí o tom, kdo se o ně bude ve stáří starat. Výrazným faktorem je i odklad prvního dítěte, nejneproduktivnější období žen se posouvá z rozmezí 20-24 let na rozmezí 25-29. Důležitou roli zde hrají i typy soužití, sňatky střídá kohabitace, která je příčinou zvýšení průměru věku vstupu do manželství (Sobotka, Kantorová, Zeman 2003: 256-266).

Je nutné si uvědomit, že v případě Československa a následného Česka byl právě stát hlavním iniciátorem, jak bude vypadat rovnost mezi muži a ženami v rámci populační politiky. V důsledku druhé demografické tranzice se mění i hodnoty společnosti, v níž je středem pár a pak jeho dítě, odklon od manželství ke kohabitaci, uniformní rodiny přerůstají v pluralitní formy domácnosti, antikoncepce je tu jako prostředek pro načasování, kdy to dítě chceme. Do 90. let je společnost specifická tím, že rodina je určitým druhem seberealizace a ze strany státu je tu obrovská podpora. Stát je tu jakýmsi kontrolorem nad celou populací, kdy se lidé z veřejné sféry uzavírají do té soukromé, jelikož je tam stát díky své politice směřuje a nedává jim jinou možnost, tak získává přehled nad

celou společností. Neumožňuje všem stejné možnosti ke studiu a pracovním příležitostem (Sobotka, Kantorová, Zeman 2003: 252-266). V 90. letech se otvírají okna do veřejné sféry a tím pádem se naskytují příležitosti pro vzdělání a kariérní postupy. Ve vyspělých ekonomikách jsou dnes ženy velmi schopné na trhu práce. Ženy si cení zapojení v jednotlivě orientovaných institucích jako je zaměstnání, volnočasové kluby apod., ale jsou před dilematy, protože si nejsou jisty, zda chtějí vystupovat jako jednatelka, nebo zda aby na ně bylo pohlíženo skrze rodinu, tím myslím jejich volbu pro rodinu či kariéru a vlastní seberealizaci. Je pouze na nich zda si mají založit rodinu a mít dítě, či toto rozhodnutí posunou či úplně zamítnou kvůli své pracovní kariéře (Hašková 2009). Dnešní společnost je i plná obav z toho, zda my sami budeme dobrými rodiči a zvládneme tuto roli a také tu panují velké obavy ze zabezpečení rodiny natolik, abychom si udrželi osobní standard (Rabušic, Petrová, Kafková 2011: 86).

Koncept demografických změn jednáni v logicky řízené sekvenci, testovaný prostřednictvím ideálního schématu tranzice, se neprokázal v České republice, z důvodu změn před rokem 1989, které jsou specifické, i když spadají do logické sekvence událostí vedoucí k druhé tranzici. Odlišnosti můžeme vidět v počátečních změnách, rychlé změny po komunistickém režimu a uniformní vzory reprodukce a rodinného života, z čehož Sobotka a kolektiv usuzují, že od 90. let můžeme v českém kontextu mluvit o druhé demografické tranzici (Sobotka, Kantorová, Zeman 2003).

Pokles porodnosti je jednou z hlavních charakteristik druhé demografické tranzice, což vyvolává debaty na toto téma. Za poklesem porodnosti po roce 1989 stojí socioekonomické problémy či hodnotová změna, o které mluví zejména Rabušic (2000), kdy ve svém textu „Je česká společnost postmaterialistická?“ testuje Ingehartovou „tichou revoluci“, která vypovídá o hodnotové změně z materialismu do

postmaterialismu, což vede k poklesu sňatečnosti a porodnosti (Rabušic 2000: 3).

Další vysvětlení poklesu porodnosti nalzáme v teorii genderové rovnosti, kterou navrhl McDonald, v níž se od lidí očekává, že na trhu práce budou uplatňovat principy soutěživosti a individualizace, zatímco v rámci rodiny budou obětaví a altruističtí. Tento model ale nefunguje a hlavní slovo získává individualismus spolu se soutěživostí, jež vedou ke snížení plodnosti. McDonald dále uvádí, že nízká míra plodnosti je výsledkem rozporu mezi nízkou genderovou rovností v rámci rodiny a poměrně vysokou rovností v moderních institucích, jako je třeba vzdělávací systém. Pokud ženy dostanou stejnou možnost studia a následného uplatnění na trhu práce jako muži, váhají se založením rodiny a početím dítěte, z tohoto důvodu také později redukuje počet potomků (McDonald 2000). Dále McDonald přichází s teorií racionální volby, kdy podle něj rodiče zvažují kolik mít dětí na základě jejich psychického přínosu a jejich ekonomické zátěže. Rodiče si uvědomují a polemizují o nákladech na zajištění dítěte, zda si následně pořídí i další dítě. Dále je zde velkým dilematem jak zkombinovat práci s péčí o dítě (McDonald 2002 in: Farková 2009). McDonald také hovoří o teorii averzivního rizika, kdy všechny náklady související s narozením a výchovou dítěte jsou fixovány až v budoucnu, proto rodiče výši nákladů na něj neznají. Pocit z nejistoty socioekonomické a psychické je natolik markantní, že snižuje pravděpodobnost mít potomka (McDonald 2002 in: Farková, 2009).

2.2 Stárnutí a stáří

Nikdo z nás se nevyhne stárnutí, jelikož jde o neodvratitelný proces, který začne člověka provázet od okamžiku jeho narození a trvá až do konce jeho bytí. Jak zmiňuje Helena Haškovcová „ stárnutí a stáří, stejně jako smrt jsou jedinou spravedlivou jistou, kterou máme“ (Haškovcová 2010: 16). Celý náš život se odehrává ve vývojových

etapách – dětství, dospělost a stáří, kdy každá tato etapa má své zákonitosti a přináší řadu změn, možností a limitů, kterým se musíme přizpůsobit (Malíková 2011: 13).

Je třeba podotknout, že stárnutí a stáří jsou rozdílné pojmy, jelikož stárnutí je proces, jehož výsledkem je stáří. V rámci stárnutí, které zahrnuje vzájemně propletené procesy stárnutí biologického, psychologického a sociálního, sledujeme, jak stárne celá populace a zároveň jak stárne jednotlivec. U individuálního stárnutí můžeme vidět mnoho odchylek z toho důvodu, že každý z nás stárne jinak (Sýkorová 2007 : 47).

2.2.1 Vymezení stáří

O stáří hovoříme jako o poslední etapě lidského vývoje, samotné stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, na něž mají vliv další faktory, jako jsou nemoci, životní styl či životní podmínky, dále je také spojeno se změnami sociálními, kdy se proměňují sociální role jedince (Mühlpachr 2004: 18). Marie Vágnerová (2000) mluví o významu období stáří v rámci kontinuity lidského života, jelikož i toto období má svou hodnotu, a neměli bychom mu přikládat nálepku méněcennosti. Je zcela na nás jak se k vlastnímu stáří postavíme. Dost často se o stáří mluví v negativním smyslu obzvláště, když přijde na nemoci či ztrátu autonomie. Na to konto Pavel Mühlpachr zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které v průběhu života přicházejí, jen ve stáří jsou více viditelné. Doslovně říká, že „stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti“ (Mühlpachr, 2004: 39). Každý senior s postupem času ztrácí jistou míru autonomie zdravotního stavu, soběstačnosti či psychické stránky. V důsledku postupné ztráty autonomie je senior

odkázán na pomoc druhých. Obrovskou roli v této péči sehrává rodina a blízké okolí.

O biologickém stáří lze hovořit jako o hypotetickém, protože je zde snaha postihnout konkrétní míru involučních změn, velmi často spojovaných s nemocemi, které se ve vyšší míře vyskytují u starších lidí. Mluvíme zejména o úbytku fyzické zdatnosti, o změnách regulačních a adaptačních mechanismů. Tendence srovnávat biologické stáří s kalendářním stářím se ukázalo jako nevypovídající, protože lidé stejného věku se významně liší a tím pádem nejsou „stejně staří“ (Mühlpachr, 2004: 19).

Sociální stáří zahrnuje rozmanité stránky sociálního života, ať už jde o konkrétní sociální změnu, vztahy ke společnosti či ostatním jedincům anebo splnění nějakého kritéria jako je třeba penzionování. Velmi často je stáří ztotožňováno s nárokem na důchod a následným důchodovým věkem. Mnoho autorů, ale mluví o „třetím věku“, protože jsou zastánci toho, že lidi v důchodovém věku čeká ještě podstatná část života před sebou. Mühlpachr (2004) bere stáří ve smyslu sociální události, v níž se mění role, životní způsob a ekonomické zajištění. V kontextu sociálního stárnutí můžeme členit lidský život do čtyř velkých období neboli „věků“. S koncepcí čtyř věků přichází Peter Laslett (1991), který člení lidský život na věk dospívání, věk dospělosti, věk stáří a věk závislosti. První věk je obdobím dětství a dospívání, kdy se jedinec socializuje, vzdělává, nabývá zkušeností. Druhý věk se týká dospělosti, v níž je jedinec už zodpovědný sám za sebe a je produktivní zejména v pracovní sféře. O třetím věku mluvíme jako o období sebenaplnění a nových možností. O tomto věku můžeme takto smýšlet proto, že seniorovi, který odešel do důchodu, se otevírá zcela nový prostor pro další zájmy, činnosti a zároveň není omezován povinnostmi jako je práce apod. Dalo by se říct, že jediné omezení, které může přijít, je finanční situace nebo zdravotní stav jedince. Stáří v tradičním pojetí se objevuje

až ve čtvrtém věku, v němž se jedinec navrácí k závislosti na pomoci druhých a „čeká na smrt“ (Laslett 1991: 3-5).

Nejčastějším měřítkem pro vymezení stáří a označení, kdo je starý, je kalendářní (chronologický) věk, který zároveň určuje hranici produktivního věku. Kalendářní věk však nemusí být v souladu s věkem funkčním (skutečným), protože tento věk odpovídá funkčnímu stavu jedince a je dán biologickými, psychologickými a sociálními charakteristikami. Lze tedy říct, že skutečný věk je pro praktický život určující. Zjevný rozdíl mezi funkčním a kalendářním věkem je zřejmý zejména v období, kdy jedinec odchází do důchodu (Haškovcová 2010: 23-24).

Lenka Vohralíková s Ladislavem Rabušicem uvádějí, že „konvenčně se v současné době pracuje s věkovou hranicí 60 nebo 65 let, ovšem bez existence jednoznačných objektivních odůvodnění. Určení věkové hranice stáří je totiž především konvencí a sociálním konstruktem, který vznikl z potřeb administrativy sociálního státu“ (Vohralíková, Rabušic 2004: 6). Z tohoto tvrzení je patrné, že je těžké vymezit počátek stáří, na což navazuje i problematika s určením přesných kategorií kalendářního stáří, kdy můžeme jen načrtnout věkové rozmezí. S jistotou můžeme pouze říct, že jedinci sem spadají podle věku, ale už je těžké soudit, zda podle funkčního věku spadají do dané věkové kategorie (Mühlpachr, 2004: 20). 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 (starší věk) 60 až 74 let
3. Období vlastního stáří (pokročilý/ stařecký věk) 75 až 89 let
4. Období dlouhověkosti nad 90 let (Kalvach a kol. 2004: 6).

Další pohled na periodizaci chronologického stáří přináší Denis B. Bromley (1974), který rozlišuje věk ve čtyřech fázích, kdy o první fázi mluví jako o věku předdůchodovém (56 – 65 let). Ve druhé fázi hovoří o věku uvolňování aktivit (65 – 70 let), třetí fázi označuje jako stáří a v poslední fázi se mluví o věku jako o senilitě (75 let a více). Zjednodušený pohled na členění kalendářního stáří přináší Vágnerová (2007), která hovoří o období raného stáří a období pravého stáří. Do první periody spadají jedinci ve věku 60 - 75 let a ve druhé periodě se objevují jedinci od 75 let a více.

2.2.2 Negativní pojetí stáří

V minulosti se lidé velmi zřídka dožívali vysokého věku, a proto se o stáří mluvilo jako o „vzácnosti“. Staří lidé zosobňovali zdroj moudrosti a cenných zkušeností. Dosáhnutí vysokého věku bylo snem každého jednotlivce. V současné době se na stárnutí nahlíží spíše negativně, je to z toho důvodu, že společnost se odklonila od všech a všeho, co je se stářím spojeno (Haškovcová 2010). Jak uvádí i Marie Vágnerová (2000), tak stáří je chápáno jako období úpadku a chátrání jedince, který už není přínosem pro společnost. Tento názor potvrzuje „přehnaný kult mládí“, se kterým přichází Clément Pichaud s Isabelle Thareauovou (1998), kteří odkrývají postoj společnosti, jež chce zachovat vše v mladém duchu, ať už jde o vzhled či výkon (Pichaud, Thareauová 1998: 29).

O stáří panuje velká škála chybných mýtů, které podporují ještě víc negativní pohled na stáří. Helena Haškovcová (2010) interpretuje typické mýty platící i pro naši českou společnost, které byly formulovány v 80. letech minulého století. Tyto mýty jsou odrazem pohledu moderní, ambiciózní a ekonomicky prosperující společnosti a spadá sem: mýtus falešných představ, který dává do přímé úměry spokojenost seniorů a materiální komfort, mýtus zjednodušené demografie vzešel z myšlenky, že se člověk stává starým tehdy, když odchází do důchodu, mýtus homogenity hovoří o „stejném“ stáří pro všechny, kdy nerozlišuje potřeby

seniorů, mýtus neužitečného času podezírání seniory z nícnedělání a označuje je jako neužitečné, mýtus ignorance staví seniora na vedlejší kolej v tom smyslu, že o názory či rady seniorů společnost nestojí, mýtus schematismu a automatismu, mýtus o úbytku sexu vyplývá z představy asexuálního stáří, oblíbený mýtus o lékářích, v němž se lidé domnívají, že medicína jim přinese zpět zdraví, mýtus o panu Alzheimerovi přináší řadu vtipných historek, mýtus o chudobě seniorů (Haškovcová 2010: 42-45). Dále také Lucie Vidovcová interpretuje populární předsudky o stáří, které berou „stáří jako nemoc, chudoba, impotence (asexualita), ošklivost, duševní choroba, senilita, zbytečnost (nepotřebnost), osamělost, deprese, dětinskost, ale i (kvazi)pozitivní zkratkovité vnímání stáří jako období moudrosti, politické moci, laskavosti, bohatství a individuální svobody“ (Vidovcová 2008: 124).

Pohled na to, kdo je starý a co stáří vůbec znamená, byl, je a bude ovlivňován představami a stereotypy o stáří. Postoje, kterými se stavíme ke stáří, jsou dány hlavně sociálně a jsou výsledkem vidění skrze kulturní prizma, kterým pohlížíme na stáří a staré jedince. Jinými slovy můžeme říct, že pokud je člověk sociálně označen jako starý, tak se jím i stává.

2.2.3 Ageismus

Bariéra pro plnohodnotné zapojení seniorů do společnosti a umožnění jejich participace na společenských procesech je ukotvena v ageismu neboli diskriminaci na základě věku. Ageismus je v dnešní podobě chápán jako předsudky a negativní postoje vůči seniorům. Jak už bylo nastíněno výše, stereotypní pohled na stáří bere seniory jako homogenní skupinu, která představuje pro společnost zátěž a postrádá vidět tu pozitivní stránku stáří.

Pojem ageismus poprvé použil Robert Butler v roce 1968 v článku Washington Post v souvislosti se segregační bytovou politikou. Butler popisuje ageismus jako „proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní,

rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech“ (Butler 1975: 12). Na základě prací Butlera vypracoval Erdman Palmore (1999) vlastní formulaci ageismu, ve které poukazuje na diskriminaci proti nebo ve prospěch věkové skupiny. Existuje mnoho definic pojednávajících o ageismu, proto si pojdme představit definici naší české autorky Lucie Vidovičové, podle níž je ageismus „ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fázích 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).

Zdrojů ageismu existuje celá škála, proto si pojdme představit ty nejvýznamnější dle Vidovičové (2008):

1. mediální kultura, umění a literatura – to jak jsou lidé s vyšším věkem vyobrazováni,
2. demografické příčiny a fakt, že neustále roste počet starých osob,
3. věkové a strukturní nesoulady, v nichž například můžeme pozorovat sociální aktivitu mladíka, kterou vykonává člověk s daleko vyšším věkem, dále se zde klade důraz na význam věku,
4. věkový/generační konflikt, v rámci něhož mluvíme o generaci přispívající do sociálního systému a naopak o generaci čerpající ze sociálního systému, mladí se daleko více přizpůsobí novým trendům,
5. věková segregace jako oddělení věkových skupin ve společnosti, ať už symbolicky či reálně,
6. historická změna statusu stáří,
7. špatná prezentace stáří, které je hodnoceno spíše negativně, namísto toho, aby se o něm mluvilo jako o něčem přirozeném (Vidovičová 2008: 125-137).

Z výzkumů zaměřených na diskriminaci stáří v českém kontextu vyplynulo, že i přesto, že ageismus není příliš diskutované téma, i tak je naše společnost ageistická. Je to dáno tím, že využívá chronologický (kalendářní) věk jako jeden určující znak při způsobu chování vůči ostatním lidem (Vidovičová, Rabušic, Mazáčová 2003).

2.3 Teorie stárnutí

Na stárnutí nelze nahlížet pouze jako na biologický proces, jelikož jak ukazuje gerontologie, tak stárnutí se stává předmětem zkoumání nejen v medicínských diskurzích, ale je zkoumáno i v rámci společenskovedního kontextu, kdy ho můžeme sledovat ze sociologické, psychologické, ekonomické či politologické perspektivy. Nás v této kapitole bude zajímat zejména sociologická perspektiva, kdy jsou sociální teorie ovlivňovány zejména strukturou společnosti a příslušnou sociální změnou (Jarošová in Malíková 2011: 17). V tomto kontextu můžeme v rámci gerontosociologie mluvit o několika teoriích týkajících se stárnutí.

2.3.1 Sociologické teorie stárnutí

Názory na stáří a stárnutí se v minulosti dost často měnily. Jason L. Powell přináší současný pohled na stárnutí z perspektivy dvou hlavních sociologických paradigmat, jimiž je modernistické a postmodernistické paradigma. V rámci těchto paradigmat vznikly jedny z nejvýznamnějších teorií stárnutí (Powell 2006: 9). Modernistická konstrukce stárnutí se zaměřuje hlavně na biomedicínský pohled, kdy je stárnutí nepochybně spojováno s fyzickým i psychickým úpadkem, pasivitou a závislostí. Proces stárnutí můžeme tedy chápat jako proces umírání. Postmoderní dekonstrukce stárnutí nahlíží na stárnutí jako na proces, který je zcela individuální, protože je utvářen momentálními okolnostmi a stavu člověka a jeho okolí, takže zde můžeme hovořit o odmítání obecných pravidel (Powell 2006: 9-16). Podle Chrise Phillipsona se až v období modernity

objevuje společenský kontext, který věnuje pozornost stáří a stárnutí. Toto téma ovlivňují tři moderní instituce, kam spadá instituce biomedicíny, která vnímá stárnutí jako fyzický a psychický úpadek jedince, instituce povinného odchodu do důchodu, díky níž je vymezena pozice starých lidí a posledním institučním rámcem je sociální stát měnící mínění o sociálních právech, a který bere seniory jako skupinu se speciálními potřebami (Philipson 1998 in Hasmanová Marhánková 2013: 21-22).

Jedny z prvních teorií stárnutí nám nabízí funkcionalismus, v rámci něhož mluvíme zejména o ztrátě rolí. Již Talcott Parsons se v některých svých textech zabýval tématem stárnutí, kdy o něm smýšlí jako o „potencionálním problému pro funkční zapojení“ starších lidí do společnosti. Domníval se, že za izolací starých jedinců a jejich případného vyloučení z účasti na funkcích může společnost (Parsons 1942: 616).

Elaine Cumming spolu s Loísem R. Deanem, Davidem S. Newellem a Isabel McCaffreyem (1960) přichází s teorií vyvázání se z rolí (disengagement theory), která navazuje na Parsonsovo pojetí stáří. Tato teorie vysvětluje stárnutí jako postupný a nezvratný proces ústupu či vyvázání se jedince ze sociálních rolí a sociálních vztahů. O tomto vztahu mezi jedincem a sociální strukturou můžeme mluvit jako o vzájemném odcizení (Sýkorová 2007: 26). Cumming a její kolegové pracují se třemi hypotézami týkajícími se sociálně-psychologických změn vyplývajících z procesu stárnutí. V první hypotéze se autoři zaměřují na předpoklad, že s rostoucím věkem bude klesat míra interakcí a jejich různost. Druhá hypotéza staví na předpokladu, že změny v množství a různosti interakcí budou doprovázeny vedlejšími změnami ve vnímání velikosti životního prostoru. Poslední hypotéza předpokládá, že dojde ke změně v kvalitě interakcí starších lidí. Cumming a kolektiv poukazují, že samotné vyvázání přichází během šedesátého roku života se změnou vnímání sebe sama. Proces vyvázání probíhá nejprve vnitřně a posléze dochází

k odpoutání se od společnosti, kdy se jedinec odpoutává od veřejné sféry a uzavírá se více do sebe. V rámci tohoto přechodu dochází k omezení a zúžení různosti interakcí a také k redukci času stráveného v přítomnosti druhých během dne, díky tomu je jedinec vyloučen z některých rolí, které dříve zastával. Proces vyvázání sebou přináší více egocentrismu, s nímž je spojena změna v jedincově chování (Cumming, Dean, Newell, McCaffrey 1960: 23-35). I přes silnou kritiku je teorie vyvázání považována za první formální teorii stárnutí, díky které se začala obracet pozornost na roli společnosti v sociálním vyloučení seniorů (Sýkorová 2007: 35). V kontrastu této zásadní teorie stojí teorie aktivity (activity theory), která vychází taktéž z funkcionalistického paradigmatu. Již z názvu této teorie je patrné, že hlavním základem jsou zde sociální aktivity, díky kterým mohou jedinci dosáhnout životní spokojenosti. Namísto uvolnění se z rolí, je zde zdůrazňována flexibilita rolí, kdy některé role člověk ztratí a zároveň nějaké nové získá (Havighurst 1954: 309).

Odlíšný pohled na stárnutí přináší teorie politické ekonomie stárnutí, která vychází z kritické teorie a zkoumá jakým způsobem společenské podmínky a struktury působí na názory, chování/jednání a zkušenosti jedinců. Za hlavní cíl si klade rozkrývání mocenských vztahů a nerovností. Peter Townsend (1981) je autorem teorie strukturální závislosti, kde řeší otázku závislosti starých lidí na sociálních strukturách, kdy dochází k neustálému prohlubování této závislosti. Townsend se snaží ukázat, že koncept důchodů, pensijního statusu a institucionální péče se rozvíjel nejen v kapitalistických, ale i v socialistických státech a měl za příčinu rozvoj sociální závislosti starých lidí. Tato strukturální závislost je zapříčiněna ve 20. stoletím tvorbou moderních ekonomik a distribucí síly a statusu v těchto ekonomikách (Townsend 1981: 23).

Dříve byly brány fyzické, mentální a sociální funkce věku jako přirozené a nevyhnutelné. To vše bylo narušeno právě s příchodem

fenoménu důchodů a s akceptováním sociální závislosti a s ní spojené velké šance na izolaci a extrémní deprivaci ve stáří. Podle Townsenda je nutné se ptát, jak a proč společnost omezuje životní šance a příležitosti osob v pokročilém věku (Townsend 1981: 5-6). Samotný odchod do důchodu posílil jak materiální, tak i psychickou závislost starých osob. Důvodem byly širší sociální změny týkající se změny v organizaci práce, změnili se požadavky na jedince v zaměstnání a také technologie jde dopředu. Díky ekonomickému růstu, růstu produktivity a zvýšení výměny schopností se stále více starých lidí ocitalo bez práce. Tuto vysokou nezaměstnanost řešili právě díky důchodu. Ve společnosti se tato situace ohledně nezaměstnanosti starších lidí obhájí tím, že bychom měli svá poslední léta dožít v klidu a v důstojnosti (Townsend 1981: 10). Dále autor hovoří o instituci vyplácení penze, na níž je většina seniorů odkázána. Omezený přístup ke zdrojům může vést ke zhoršení socioekonomických podmínek či projevu chudoby. Další strukturální závislost autor vidí v residenční a komunitní péči, sice by měla seniorům a jejich rodinám odlehčit, ale zároveň jsou na ni odkázáni, ať už dobrovolně či nikoliv. Ukazuje se, že součástí ústavní péče jsou i jedinci, kteří jsou aktivní a regulované prostředí tak moc nepotřebují. Townsendovo tvrzení, že nepřizpůsobování se specifickým potřebám seniorů vede k nárůstu závislosti starší populace, což potvrzuje i fakt, že díky tomu se často senioři stávají pasivními a na okraji společnosti (Townsend 1981: 13-15).

2.3.2 Koncept aktivního stárnutí

Nový pohled na stáří a stárnutí přináší koncept aktivního stárnutí, kdy jeho původ můžeme hledat v polemice mezi příznivci teorie vyvážení se z rolí a zastánci teorie aktivity (Walker in Rashid 2007: 10). Spojení stárnutí s aktivitou vzniklo v rámci kulturního a historického kontextu, když se měnily demografické trendy.

Koncept aktivního stárnutí má v našem světě mnoho podob, ovšem hlavním odkazem tohoto konceptu je produktivní a úspěšné stárnutí, kdy se jedinec snaží udržet co nejvíce v kondici a zdrav a také participuje na veřejném dění, jak v rámci komunit, tak i v rodině. Jestliže je senior zapojen i do ekonomické sféry na trhu práce, očekává se od něj finanční soběstačnost, z čehož plyne i větší autonomie.

Aktivní stárnutí je zakotveno v prohlášení Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Je zde interpretováno jako „kapacita lidí, jak stárnout, vést produktivní život ve společnosti a v ekonomice. To znamená, že jsou schopni činit pružná rozhodnutí o tom, jakým způsobem budou trávit svůj čas v průběhu svého života – v učení se, v práci, ve volném čase a v péči o druhé“ (OECD 1998: 94). Světová zdravotnická organizace (WHO) stejně jako OECD vnímá aktivní stárnutí jako celoživotní projekt. Hovoří o něm jako o „procesu optimalizace příležitostí pro zdraví, účast a bezpečnost s cílem zlepšit kvalitu života ve vyšším věku (WHO 2002: 12). Tímto opětovně apeluje na to, že senioři mají právo na participaci ve veřejné sféře, péči, autonomii a lidskou důstojnost. Světová zdravotnická organizace vysvětluje, že být aktivní neznamena být fyzicky aktivní či aktivní pouze na trhu práce, ale jde o to nadále se podílet na sociálních, občanských či ekonomických událostech (WHO 2002: 12).

Dragana Avramov spolu s Miroslavou Maškovou (2003) se dívají na aktivní stárnutí skrze čtyři dimenze. V první dimenzi mluví o jedincově participaci na trhu práce i v jeho důchodovém období. V rámci druhé dimenze hovoří o aktivním zapojení do domácího života, sem spadá kromě starání se o domácnost i péče o ostatní. Do třetí dimenze autorky zahrnují zapojení do společnosti, kdy berou seniora jako aktivního tehdy, když je schopen komunikovat a interagovat s lidmi mimo blízké okolí. V poslední dimenzi je obsaženo aktivní trávení volného času.

Je důležité si uvědomit, že koncept aktivního stárnutí není věnován jen starším lidem, ale celé populaci, protože ostatní lidé a instituce, jako je trh práce či systém zdravotní péče, musí počítat s tímto konceptem a podle toho i jednat z důvodu jeho úspěšnosti. Z toho plyne, že je velmi důležité začlenit koncept aktivního stárnutí do veřejného života a je nutné vybudovat komplexní strukturální síť spolupráce subjektů na různých úrovních.

2.4 Mezigenerační vztahy a solidarita

V rámci mezigeneračních vztahů je nutné si uvědomit, že vzájemně na sebe působí aspoň dvě generace, kdy každá generace vyrůstala v jiném historickém kontextu a tím pádem má jiné hodnoty, předsudky či názory. V rámci proměny rodiny se dnešní podoba rodiny v mnoha případech vyznačuje jako nukleární, kdy generace členů rodiny žijí v různých částech města nebo v úplně jiném městě či státě. Zároveň je i důležité podotknout, že v dnešní době narůstá počet rozvedených manželství, kohabitace a párů stejného pohlaví či bezdětných párů.

Mezigenerační vztahy jsou ovlivněné zejména velikostí a složením rodiny, tato rodinná struktura je utvářena demografickými trendy. Dále věk spolu s gendrem ovlivňuje vztahy mezi členy rodiny. Mezi staršími můžeme vidět také více vdov či žen bez partnera, protože muži si obvykle po rozvodu či úmrtí své manželky hledají nové partnerky (Connidis 2009: 48).

2.4.1 Mezigenerační solidarita

Mezigenerační solidarita je založena na vzájemných emočních vazbách, ze kterých vyplývá citová opora, kognitivní podpora a reálná pomoc. Citovou oporou míníme pochopení, vcítění se do situace druhého, projevy vzájemné náklonnosti a hlavně se pokusit dát najevo druhému, že ho máme rádi a záleží nám na něm. V rámci kognitivní

podpory mluvíme o informovanosti a snaze poradit a pomoci našim blízkým. Reálná pomoc nebývá většinou symetrická, kdy si různými způsoby vypomáhají vzájemně rodiče s potomky. Asymetrie reálné pomoci je dána tím, že rodiče své děti i přes jejich dospělost podporují finančně či jim poskytnou bydlení, což obvykle v opačném případě neplatí, ovšem tento příklad asymetrie u všech rodin neplatí. Nejsilnější vztah můžeme vidět mezi matkou a dcerou, kdežto syn a jeho rodina se obvykle zaměřuje na rodinu partnerky. Otec- senior nemá tak blízké vztahy s dětmi, ale jejich interakce jsou klidnější, naopak matka-seniorka často udržuje širokou rodinu pohromadě a vytváří rodinné zázemí (Vágnerová 2007:386).

Vztahy mezi generacemi obvykle prochází několika fázemi, na počátku jsou na sobě obě generace nezávislé a mají rovnocenný vztah, ovšem toto nemusí platit ve všech rodinách stejně. Senioři na počátku své důchodové éry jsou schopni vést aktivní způsob života. V mnoha případech se snaží vypomáhat a podporovat své děti jak finančně tak se popřípadě spolupodílí na péči o vnoučata, kdy mezi prarodiči a vnoučaty vzniká spíše pozitivní vztah, případné konflikty a neshody vznikají na základě odlišných představ o výchově dětí mezi prarodiči a rodiči dětí. Generace seniorů si vědomě či nevědomě chce udržet velkou náklonnost i vděčnost svých potomků, protože sami nevědí, kdy budou jejich pomoc potřebovat. V další fázi se zvyšuje závislost seniora na svých dětech, příbuzných a dalších lidech. Tato závislost je spojena s narůstajícím věkem seniora, který přestává být tolik aktivní a soběstačný z různých důvodů, jako je nemoc, úraz či je to výsledek přirozeného stárnutí (Vágnerová 2007: 384).

O mezigenerační solidaritě nemůžeme mluvit jako o samozřejmosti, jelikož v rámci ní nejde pouze o poskytování a přijímání podpory. Nesmíme totiž opomíjet i tu méně příznivou stránku, kterou provází konflikty s neshodami.

2.4.2 Teorie mezigeneračních vztahů

Pro mezigenerační vztahy jsou specifické tři klíčové teorie. První teorie je založena na konceptu solidarity, která je postavena na sociálních normách, kde jde především o vazby a sílu vazeb v rodině. Druhá teorie se týká konfliktu o provedení péče, kde se projevuje velká míra individualizace, tím je míněno to, jak o seniora budeme pečovat. Třetí teorie je kombinace dvou předchozích a mluvíme o ní jako o intergenerační ambivalenci, která vysvětluje rozporuplné situace a vztahy (Sýkorová 2006).

Teorie založené na konceptu solidarity zdůrazňují pozitivní dimenzi vztahů, kde vztahy jsou založeny na solidaritě a důvěře. Solidarita je upevňována různými prostředky a je dána určitými faktory, můžeme mluvit o přirozeném altruismu, kdy naším cílem je, aby se rodina měla dobře. Jelikož se tato teorie zaměřuje zejména na pozitivní dimenze mezigeneračních vztahů a kohezi, proto se neshody mezi příbuznými, rodinné krize a jejich řešení dostávají mimo hlavní zájem teorie solidarity (Sýkorová 2006: 686).

Teorie založená na konfliktu si všímá napětí a konfliktních situací, nerovných pozic členů, jež mají mezi sebou různé vztahy. Rodina tu je brána jako „aréna“, v níž se konflikt rodí z konfrontací členů rodiny a jimi samotnými je i usměrňován. Konflikt tu má strukturální povahu, kdy se v průběhu života mění zdroje generací, vztahy mezi nimi, způsoby řešení konfliktů. Jde o to, že se vyjednávací změny odpovědností a pravomocí mění, jako příklad můžeme uvést péči, protože o péči/o zdraví malých dětí rozhodují rodiče, kdežto dospělé děti už za sebe rozhodují sami a ba naopak mají ještě obvykle slovo v péči o své nesoběstačné rodiče. Feministický pohled upozornil na propojení feminizace chudoby a rodinného pečování s genderově nerovným patriarchálním systémem pozice na pracovním trhu a finančních odměn (Allen, Hawkins in Sýkorová 2006: 687). Díky upozornění, že péče samotná je možností

vykořisťování žen se začalo mluvit o konkrétnějších otázkách týkajících se, co péče obnáší.

Koncept intergenerační ambivalence není tak vyhrocený a ani neklade důraz na předešlé dvě teorie. Soustředí se na proces, protože rodinná vazba podle tohoto konceptu je tvořena solidaritou i konfliktem. Kurt Lüscher s Karlem Pillemerem definovali intergenerační ambivalenci jako rozpor ve vztazích mezi rodiči a jejich dospělými dětmi odehrávající se na úrovni strukturální (př. rozpor mezi rolemi, statusy atd.) a subjektivní, kdy se v rovině emocí a motivací ve vzájemných vztazích objevuje jak láska se spokojeností, tak i frustrace s odporem a zlostí (Lüscher, Pillemer 1998: 416). Lüscher a Pillemer (1998) rozlišují v rámci svého konceptu tři zdroje ambivalence. Prvním zdrojem ambivalence je střet mezi autonomií a závislostí. Druhým zdrojem ambivalence autoři míní mezigenerační solidaritu, tvrdí, že každá dimenze solidarity z Bengstonova modelu mezigenerační solidarity se může stát zdrojem ambivalence. Za třetí zdroj ambivalence autoři považují konflikt sociálních norem.

2.4.3 Bengtsonův model mezigenerační solidarity

Vern L. Bengtson spolu s jeho kolektivem vytvořili model, díky němuž lze vysvětlit rodinné vztahy. Tento model popisuje šest dimenzí mezigenerační solidarity. Mezi tyto dimenze patří:

- Citová solidarita (affecutual solidarity) vypovídá o citových vazbách v rámci rodiny
- Solidarita kontaktů (associational solidarity) mluví o intenzitě a podobě kontaktů
- Solidarita souhlasu (consensual solidarity) hovoří o shodě názorů napříč generacemi (př. stejný názor má jak syn, tak i otec)

- Solidarita pomoci (functional solidarity) vyjadřuje stupně podpory a pomoci jak po emociální stránce, tak i po materiální či provozně technické
- Normativní solidarita (normative solidarity) popisuje předpoklady nebo očekávání závazků mezi rodiči a jejich dospělými dětmi
- Strukturní solidarita (structural solidarity) vystihuje podmínky uskutečnitelnosti a možnosti podpory

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

Na základě jednotlivých dimenzí došli autoři k několika základním typům vystihující vztahy v rodině. Prvním typem jsou vztahy pevně spjaté, které naplňují všechny kategorie solidarity a vyznačují se vysokou mírou blízkostí členů. Druhý typ zahrnuje přátelské vztahy, které jsou podobné prvnímu typu, ale liší se vzájemnou pomocí, která je velmi nízká či absentuje. Třetí typ označuje vztahy jako intimní, ale vzdálené. Je pro ně typická emociální blízkost, ale z důvodu vzdálenosti je zde nízká míra vzájemných kontaktů a pomoci. Čtvrtým typem vztahů jsou povinné vztahy, kdy citová blízkost je velmi malá, ale naopak je tu vyšší míra kontaktu a pomoci. Za posledním typem vztahů stojí oddělené vztahy, které se vyznačují nízkou mírou ve všech kategoriích solidarity (Silverstein, Bengtson 1997: 429).

I přes skutečnost, že koncept mezigenerační solidarity řadíme mezi hlavní teoretická východiska v oblasti studia mezigeneračních vztahů, se setkáváme i se značnou kritikou. Kritiku na konto Verneru L. Bengstona a jeho spolupracovníků vnesly například Ingrid Connidis s Julií McMullin (2002), tyto autorky v tomto modelu postrádaly dysfunkční procesy objevující se v rodinných vztazích. Bengtson a kol. (2002) v závislosti na této kritice reformulovali model tak, že do něj zahrnuli jak solidární, tak i konfliktní mezigenerační vztahy.

Autoři knihy Mezigenerační solidarita v péči o seniory také navrhují přezkoumání Bengtsonova modelu mezigenerační solidarity. Chtějí, aby byly blíže formulovány a upřesněny podmínky intenzivní pravidelné péče rodiny o nesoběstačné seniory (Jeřábek a kol. 2013:273). Přeformulování modelu staví na vizích Nye a Rushinga, kteří jako šestou dimenzi modelu mezigenerační solidarity uvádějí „sjednocené rodinné cíle“ (goal integration) (Nye, Rushing in Jeřábek a kol. 2013: 274), čímž se vrací zpět k Durkheimovi, který pracoval s myšlenkou vzájemné závislosti členů skupiny. Reformulovaný koncept mezigenerační solidarity dle Hynka Jeřábka a jeho spolupracovníků staví jak na Bengtsonově normativní dimenzi, která je založena na společných hodnotách a rodinné odpovědnosti, tak se zároveň navrácí k staronové „korporativní“ dimenzi vypovídající o vzájemné závislosti členů rodiny, kdy hovoří o rozdílných rolích členů rodiny, kteří se rovněž podřizují společným cílům rodiny i na úkor sebe samých (Jeřábek a kol 2013: 274).

2.4.4 Mezigenerační konflikty

Mezigenerační konflikty patří spolu s manželskými problémy k nejčastějším mezilidským sporům. Psychologové o těchto neshodách mluví jako o normálních a funkčních jevech. Panuje tu předpojatost jedinců dané generace vůči generaci druhé. Pramení to z toho, že každá generace se nachází v jiné vývojové etapě, a proto vnímá svět odlišně, má jiné názory, postoje, zážitky a vytváří si odlišné stereotypy (Hrdličková 2009). Šmolka vymezuje tři typy mezigeneračních konfliktů. Prvním z nich je konflikt mezi zetěm/ snachou a tchánem/tchyní, který se jeví jako nejřešitelnější za předpokladu, že se zúčastní všichni aktéři. V druhém typu konfliktu proti sobě stojí mladý pár a rodiče jednoho z manželů, nejčastěji k tomuto nesváru dochází, pokud všichni žijí pod jednou střechou. Třetím typem konfliktu je svár mezi jedním z partnerů s jeho vlastními rodiči (Šmolka in Hrdličková 2009).

Významnou oblastí mezigeneračních konfliktů se stávají témata a zdroje, které podněcují ke konfliktům. Edward J. Clarke a kol. (1999) přicházejí se šesti nejčastějšími zdroji mezigeneračních konfliktům. Prvním z nich je komunikace a styl interakce, příčinou konfliktu je to, jak jednotliví členové rodiny vstupují do vztahů s ostatními členy rodiny. Za druhým zdrojem konfliktu stojí zvyky a životní styl, kdy se členové rodiny neshodnou například na výběru vzdělání apod. Třetím zdrojem konfliktu je výchova dětí, vede se zde polemika o rodičovských metodách a filozofii. Čtvrtý zdroj konfliktu je orientovaný na práci, jelikož každý má jiný přístup a nasazení k pracovnímu výkonu. Pátým zdrojem velmi často bývají neshody týkající se politiky a náboženství. Posledním zdrojem konfliktu je udržování chodu domácnosti, spory obvykle vznikají ohledně domácích prací apod. (Clarke, Preston, Raksin, Bengston 1999: 265-268).

Podle Blanky Strašíkové je důležité, abychom akceptovali životní partnery svých dětí, snažili se hledat kompromisy a nějakým způsobem se dohodli, respektovali své příbuzné spolu s jejich názory, pokusili se odpouštět, snažili se pomáhat svým blízkým, projevíli jistou míru tolerance a uznání (Strašíková 2004: 60).

2.5 Péče o seniory

Pokud chceme pečovat o starého člena naší rodiny, který je nemocný nebo se o sebe není schopen postarat sám, tak je to možné tehdy, když splníme tři základní podmínky. Zaprvé je nutné, aby rodina o nesoběstačného geronta chtěla pečovat. Druhým velmi důležitým aspektem je fakt, aby se rodina mohla postarat o starého člena rodiny. Třetí nezbytnou podmínkou je, aby rodina byla kompetentní v péči o seniora, aby o něj uměla pečovat a byla schopna zabezpečit veškeré jeho potřeby. V pečování o starého člena rodiny je důležitá hlavně motivace se o něj starat, jelikož to není úkol snadný a je velmi náročný po všech stránkách. Proto je nutné zvážit, zda to vůbec zvládneme a jsme ochotni

se kvůli druhému obětovat a zříct se některých věcí. Rodinná péče vychází zejména z morálních kvalit rodiny, kde se promítají hodnoty celé rodiny, nemůžeme si jí vynutit ani jí někomu nařídít (Pacovský 1990: 54).

2.5.1 Teorie motivace pomoci a podpory

Měli bychom si uvědomit, že rodinná péče je klíčovou složkou v pečování o seniora, který se stal závislý především na své rodině. Je to z toho důvodu, že právě rodina pokrývá tři čtvrtiny celkové péče o nemohoucího (Topinková in Tošnerová 2002: 6). Tato péče je „opatrovnická nebo podpůrná pomoc nebo služba vykonávaná pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti samy vykonávat“ (Millward in Jeřábek 2005: 10). Péče o seniora představuje obrovskou zátěž jak fyzickou, tak psychickou, a proto zde vyvstává otázka, co vede pečující k jejich zájmu se postarat o nesoběstačného seniora. Ivo Možný se svými spolupracovníky poukazují na to, že „to, co vstupuje do hry při rozhodování k jednání (pozn. péči), je směs lásky, pocitu samozřejmosti, povinnosti i společenského a kulturního normativu.“ (Možný a kol. 2004: 38). Z toho vyplývá, že zde neexistuje jednoznačná motivace pečujících (příbuzných), ale motivy vedoucí k péči jsou propletené a vzájemně na sebe působí.

Equity theory (reciproční teorie) patří mezi nejrozšířenější teorie. Funguje na základě působení principu reciprocity „dej a ber“, kdy členové rodiny svou pomoc poskytují, ale zároveň se jim i pomoci dostává, pokud tato reciprocita úspěšně funguje, je rodina soudržná. Samozřejmě je zde časové rozpětí interakcí, ve kterém je spojována minulost s budoucností, tím chci říct, že pokud někdo z členů v minulosti poskytl pomocnou ruku, očekává v budoucnosti to samé, takovou reciprocitu označujeme jako vyváženou. Pokud dojde z jedné strany k porušení reciprocity, tak se rodina dostává obvykle do konfliktu, který může vyústit v úplné zpřetrhání vazeb, o takové reciprocitě pak mluvíme jako o negativní, protože ze

vzájemného vztahu těží jen jedna strana. Princip rovnovážné reciprocity nahrazuje reciprocita generalizovaná, která není o pouhém kalkulu. Generalizovaná reciprocita se vyznačuje poskytnutím pomoci, aniž bychom si vědomě připouštěli časovou návratnost podpory či pomoci (Sýkorová 1996: 55-56). Jane Finch rozšiřuje reciproční teorie o podpůrné chování (negotiation commitments), kterému předchází sociální interakce, jakési skryté, implicitní vyjednávání závazků či dluhů, nebo otevřená konzultace příbuzných u společného stolu (round the table). Svým způsobem to připomíná koncept směny, kdy jedinec minimalizuje vlastní náklady a maximalizuje osobní prospěch. Můžeme tedy podpůrné chování označovat spíše jako vyváženou směnu (Finch 1989).

Obligation theory (teorie závazku) také pracuje s principem reciprocity, kdy jsou korigovány vztahy mezi dětmi a jejich rodiči na základě kulturních a morálních norem. Dospělé děti si uvědomují péči, kterou jim rodiče věnovali v dětství, a proto se cítí odpovědni jim tuto péči vrátit v době, kdy jí rodiče potřebují. Koncept povinnosti dítěte (filial responsibility) a koncept závazku vůči rodičům rozpracovala Catherine H. Stein a pár dalších autorů. V konceptu povinnosti dítěte se jedná o závazek dospělých dětí postarat se o své nemohoucí rodiče, tato idea je ukotvena v kulturních hodnotách společnosti. Naopak koncept závazku vůči rodičům vychází z rodinných zkušeností, protože vztahy a závazky jsou utvářeny v rámci rodinného prostředí (Jeřábek a kol 2013: 127).

Attachment theory (vztahová teorie) je založena na silných emocionálních vazbách v rámci rodinných vztahů. Jedná se především o lásku a oddanost, kdy „pro většinu dospělých dětí se stává pěstování citových pout mezi nimi a rodiči stále důležitější v souvislosti se stárnutím jich samotných. Snaží se proto nejen zůstat v kontaktu a komunikovat s nimi, ale také je chránit“ (Mancini in Sýkorová 1996: 58). Je velmi těžké vytyčit jasné hranice mezi attachment a obligation teoriemi, protože pocit odpovědnosti je úzce propojen s láskou.

2.5.2 Historický vývoj pečovatelsví

V rámci historie rozlišujeme tři vývojové linie péče, které se vzájemně překrývají. Nejstarší linií je laická péče, v níž mluvíme o tzv. „sebepéči“, protože nemocný se o sebe stará sám nebo se o něj starají příbuzní. O charitativní péči začínáme mluvit v 9. století. Začala se vyvíjet s příchodem křesťanství, a proto byla v minulosti poskytována církevními organizacemi, což platí i v současnosti. Dříve se zaměřovala především na chudé, mentálně a fyzicky nemocné. Poslední linie péče se začala rozvíjet v 19. století a hovoříme o organizované léčebné, ošetrovatelské a sociální péči o choré. V rámci této linie dochází k velkému rozvoji medicínských poznatků (Mlýnková 2010 : 14).

Představa o ošetrovatelství v dávných časech je interpretována zejména skrze historické romány, poznámky filozofů či vědců, z nich můžeme předpokládat, že o staré lidi se pečovalo v rámci rodiny, pokud o ně rodina neměla zájem či žádné příbuzné neměli, živořili v nedůstojných podmínkách. Tradiční péče byla ukotvena v křesťanské lásce, hlavní idea byla láska k bližnímu, tato péče byla charitativního charakteru. Podpora přicházela od jednotlivců, kteří poskytovali finanční či hmotné dary, jednalo se většinou o jednorázové činy, a proto tato situace nebyla řešena dlouhodobě. Bylo zřejmé, že je nutné vytvořit systémovou péči, která by řešila situaci dlouhodobě. Na přelomu 14. a 15. století vznikaly na území Jugoslávie domovy pro staré osoby. V Anglii v roce 1504 datujeme první zákon o řešení sociálních problémů starých osob. V průběhu 15. a 16. století byly zřizovány obecní ústavy či pro movitější obyvatele „penziony pro staré dámy a pány“. Tehdejší geriatr a předseda České gerontologické společnosti Karel Dobnal doložil tři typy ústavní péče, kam zařadil středověké špitály, klášterní nemocnice a nemocnice pro malomocné. Péče v chudobincích byla na velmi nízké úrovni a díky tehdejší nevědomosti medicíny byla péče prováděna spíše na laické úrovni (Haškovcová 2010: 183-188).

Rozvoj péče úzce souvisel s válkami, jelikož zranění vojáci, mizivá hygiena, infekce a nedostatečné znalosti vyžadovali lékařskou i ošetrovatelskou péči. Švýcarský kupec Henri Dunant, jež byl svědkem utrpení v bitvě u Solferina v roce 1859, se zasloužil o vznik mezinárodní organizace Červený kříž, která měla zajistit péči poraněným, tato významná organizace byla založena v roce 1864 v Ženevě. Krymská válka (1853-1856) byla zlomová v rozvoji pečovatelsství, jelikož anglická strana povolala Florence Nightingalovou, která měla bohaté zkušenosti a zavedla hygienická pravidla snižující infekčnost. Naproti tomu Ruská strana měla zase lékaře Nikolaje Ivanoviče Pirogova, který spolu s jeho vyškolenými ošetrovatelkami poskytoval odbornou léčbu (Mlýnková 2010: 16-17).

Podle domovského práva ze dne 3. 12. 1863 a posléze novelizovaného v roce 1886 a 1896 byla domovská obec povinna postarat se o chudé, o k práci nezpůsobilé příslušníky, tj. poskytnout jim nutnou výživu a opatření v nemoci, pokud se jim nedostane pomoci od dobročinných ústavů a nadací.“ (Haškovcová 2010: 189). Díky tomuto právu se začaly budovat pastoušky, chudobince, starobince či chorobince, garantem těchto celků byl stát. Za bližší zmínění stojí chorobince, jež byly azylovými domy sloužící pro dlouhodobý pobyt starých lidí, můžeme mluvit o předstupni moderních léčeben. (Haškovcová 2010: 188-190).

Ve vývoji pečovatelsství nesmíme opomenout jméno profesora Josefa Thomayera, který zrealizoval projekt sociálního domu zvaného Nový Domov určený pro nemocné a nezaopatřené staré lidi. Tento dům i v současnosti plní své účely. Se vznikem Československa se vylepšovala situace v sociální péči, kdy v roce 1929 vznikaly v Praze tzv. Masarykovy domovy (dnešní Fakultní Thomayerova nemocnice), ve kterých byla první Klinika chorob ve stáří na světě, za jejímž zrodem stojí Rudolf Eiselt (Haškovcová 2010: 192-197).

V éře socialismu dochází k nárůstu a rozvoji sociálních jistot zejména po 2. světové válce. V roce 1948 zaniká domovské právo a veškerou odpovědnost za sociální zabezpečení občanů přebírá stát, který vytvořil jednotný systém sociálního zabezpečení ukotvený v zákoně. Pro představu bylo na území Československé republiky v roce 1959 zřizováno 296 domovů důchodců, kde se dost často senioři cítili osaměle díky přísnému režimu a představě, že domov důchodců je poslední štací. Dost často postrádali emoční stránku a kontakt s rodinou, který byl podmíněn tehdejší situací a režimem. Domovy důchodců byly postupně obohacovány o další formy péče, vznikaly domovinky, terénní pečovatelské služby či domy s pečovatelskou službou. Haškovcová zdůrazňuje nedokonalosti a neosobitost pečovatelských služeb v rámci domovů důchodců apod., poukazuje na nevládní politický systém, který nepřipouštěl váhu geriatrické či osobitější přístup k péči (Haškovcová 208-228).

Situace po Sametové revoluci v roce 1989 přináší obrovské změny v politické, ekonomické, organizační a vlastnické sféře. Sociální služby jsou poskytovány nejen státem, ale především kraji a obcemi, neziskovými organizacemi nebo fyzickými či právníckými osobami. Domovy důchodců byly přejmenovány na domovy pro seniory, kdy už se o seniorech mluví jako o klientech. Zcela se proměnilo i prostředí v jakém se klienti zařízení pohybují, je zde snaha vytvořit co nejvíce domácí prostředí, které je příjemné a rodinné. Klade se důraz na osobní vztahy klientů a snahu podpořit zapojení rodiny do péče o seniora (Haškovcová 2010: 228- 237). Aktuální podoba pečovatelských služeb u nás je podrobněji popsána níže.

2.5.3 Strategie 4xD

Koncept zdravotně-sociální péče o seniory bere na vědomí velkou heterogenitu této části populace, a proto je zde kladen obrovský důraz na individualizovaný přístup k potřebám seniorů. Na vídeňském sympoziu o

stárnutí a stáří, které proběhlo v roce 1982, byla koncipována základní strategie 4xD, jež říká, že komplexní péči o seniory je nutné demedicalizovat, deinstitucionalizovat, desektorizovat a deprofesionalizovat. Demedicalizací míníme samozřejmost se postarat o seniory. Jejich pečovatelé (zdravotníci) by měli jít za rámec svých kompetencí a být obeznámeni i s následnou péčí od lékařské až po sociální. Klade se důraz na kvalitu života seniorů, jejich autonomii a na přirozené prostředí. Deinstitucionalizace, mluví o snaze, aby senior zůstal co nejdéle v jeho domácím prostředí a popřípadě využíval terénních a sociálních služeb. Desektorizace upozorňuje na nutnost opustit od dojmu, že jen zdravotnické a sociální služby jsou schopny zajistit potřeby seniorů a nemocných, protože každá oblast lidské činnosti může být při řešení úskalí nápomocná. Musíme přijmout multidimenzionální a multidisciplinární povahu potřeb a služeb, týmovou práci, propojení rodinné a profesionální péče. Deprofesionalizace upozorňuje na fakt, že o seniory nemusejí pečovat pouze příslušné profese, jako je lékař, zdravotní sestra či pečovatel, ale že na péči se mohou spolupodílet i lidé, kteří chtějí pomoci a jsou toho schopni. Může se jednat o nejrůznější druhy pomoci, mezi nejžádanější patří podpora rodiny, sousedská pomoc, seniorská svépomoc a dobrovolnictví (zdravi.e15.cz).

2.5.4 Základní formy péče

Subsidiarita je charakterizována jako převzetí odpovědnosti, která vypovídá o možnostech a zdrojích daného subjektu, kdy začíná u jedince, jde přes rodinu, obec, kraj a končí u státu, kde dobrovolně a svobodně participují nestátní subjekty. Jinak řečeno dává přednost řešení problémů na co nejnižší oblastní úrovni, je zde opět kladen důraz na individuální přístup ke klientovi. Úlohou státu je vytvořit právní a institucionální rámec spolu s mechanismem kontroly (MPSV 2003). Princip subsidiarity v péči o seniory podle Iva Šelnera zní, že dnešní tendence je v evropských zemích taková, že v první řadě nese za péči zodpovědnost rodina, a pokud tuto zodpovědnost nemůže z jakýchkoliv důvodů převzít, tak pak přebírají péči či (spolu)péči další složky (Šelner in Barvíková 2005:60).

Společnost by se měla snažit udělat maximum proto, aby rodina neměla „objektivní“ důvody odmítat péči o seniora. „Rodina se o starého, zvláště pak nemocného člověka, může postarat jen do určité míry, za jistých možností a v jistém čase. Společnost se zcela musí postarat o ty, kteří nikoho nemají a v dalších tzv. důvodných případech“ (Haškovcová in Barvíková 2005: 60).

Mezi základní formy péče patří rodinná, terénní a ústavní. V dnešní době tyto formy péče často kombinujeme z důvodu, že každý senior vyžaduje individuální přístup, jelikož má různé potřeby. Nyní si pojdme představit tyto základní typy péče.

Rodinná péče odpovídá principu subsidiarity, kdy péči o seniora zajišťuje rodina. Rodinná péče je nejvýznamnější formou péče o seniory, jelikož je tu pěstován dlouhodobý osobní vztah mezi seniorem a jeho příbuznými, tyto vztahy fungují na základě solidarity a pospolitosti rodiny. Tato péče se odehrává v prostředí, na které je senior zvyklý a dobře ho zná, což poskytuje daleko větší psychickou pohodu pro seniora. Hynek Jeřábek mluví o ochotě pečovat o starého člověka, kdy je potřeba rozdělení rolí a také vyžaduje altruismus, člověk se z části musí vzdát svých priorit ve prospěch rodiny jako celku (Jeřábek 2005: 7). O seniory nejčastěji pečuje ženské osazenstvo rodiny (manželky, dcery, snachy). Rodina poskytuje kromě zdravotní a sociální péče také emocionální péči, která je nesmírně důležitá a v institucích absentuje (Jeřábek 2005: 11). Výhodou rodinné péče je nesporně to, že je finančně a kvalitativně efektivnější. Tento typ je považován za nejlepší možnost péče, která respektuje integritu seniora, jeho psychický stav a kvalitu života (Bartoňová 2005: 33-34). Nevýhodou rodinné péče je časová náročnost, zdravotnická nezpůsobilost členů rodiny. Model rodinné péče může být reálně úspěšný, pokud bude fungovat vzájemná spolupráce pomoci mezi institucemi a rodinou (Barvíková 2005: 60).

Hlavním cílem terénní péče je pomoci a usnadnit rodinám v pečování o seniora. Hynek Jeřábek a kolektiv mluví o nutnosti, že nynější pečující rodiny nutně potřebují pomoc soukromých pečovatelských služeb, které by zajistily péči tam, kde samotní rodinní příslušníci (pečovatelé) nestačí (Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie 2008: 139). Terénní sociální služby jsou považovány za nezbytnou součást péče o seniory a zároveň jsou nápomocny při řešení nedostatečné kapacity ústavní péče. Mezi druhy terénní péče patří osobní péče, pečovatelská služba, home care a odlehčovací služby. Osobní asistence je poskytována bez časového omezení v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje (§ 39 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách). Poskytuje pomoc při běžných úkonech péče o svou osobu, osobní hygieně, zajišťuje stravu a chod domácnosti a dále také zprostředkovává kontakt se společenským prostředím (Informační portál Osobní asistence). Pečovatelská služba skýtá služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení (§ 40 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách). Služba poskytuje v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb, služby pečovatelské a ošetřovatelské. Jde především o zajištění stravování či chodu domácnosti a pomoc při osobní hygieně. V současné době v rámci zákona již neexistují domovy s pečovatelskou službou. Ty se přeměnily na domy s byty zvláštního určení s pečovatelskou službou (Informační portál osobní asistence) Home care je zajišťována kvalifikovanými pracovníky z oblasti zdravotnictví v přirozeném prostředí pacienta. Home care je určena pacientům, kteří jsou propouštěni z nemocnice. Umožňuje tak brzké propuštění z nemocničního prostředí do pohodlí domova. Protože o pacienta doma pečuje zkušená zdravotní sestra, je o něj postaráno stejně jako v nemocnici. Tato péče může být hrazena ze zdravotního pojištění, pokud je předepsána na speciálním formuláři zdravotní pojišťovny a podepsána lékařem (Home Care

Services & Supplies). Cílem odlehčovacích služeb je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

V ústavní péči je život omezený a lze ho snadno předvídat vůči sociálnímu prostředí v okolí. Ústav je brán jako svět pro sebe, kde je nastaven řád. Ústav je vždy pokusem o umělý domov, kde funguje hierarchie společenských pozic. Klienti jsou přijímáni na základě svého uvědomělého souhlasu nebo sem vstupují nedobrovolně na základě rozhodnutí lékaře, soudních či státních orgánů (Mühlpachr 2004: 99). Pavel Habart vypracoval přehled forem ústavní péče. Řadí sem lůžková oddělení nemocnic, kdy je péče nad rámec nezbytně nutné péče zejména po náročných operacích a funguje na bázi doplnění LDN (Léčebny dlouhodobě nemocných) či domovů důchodců. Geriatrická oddělení nemocnic jsou brána jako akutní oddělení pro nemocné s věkovou hranicí nad sedmdesát let se specifickým režimem zabezpečeným specializovanými geriatrickými pracovníky. Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou určeny pro dlouhodobě nemocné, je zde poskytována specializovaná ústavní péče zaměřená na ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Domovy pro seniory jsou vhodné pro staré lidi, kteří dosáhli věku pro nabývání starobního důchodu a zároveň jejich zdravotní stav nevyžaduje specializovanou lékařskou pomoc, ale přitom se o sebe už nedokážou postarat. Je zde zajištěno ubytování spolu s potřebnými sociálními a zdravotními službami. V některých domovech důchodců mnohdy chybí soukromí, jelikož jednolůžkové pokoje jsou jen v minimálním počtu a tím pádem se i toto podepisuje na psychickém stavu seniorů, kteří ztrácí nejen své soukromí, svůj opravdový domov a zázemí, ale i kontakty s rodinou a blízkým okolím jsou změněny. Dále tu máme „domy s byty zvláštního určení s pečovatelskou službou“, kde jsou centralizovány služby pečovatelské služby, tyto byty jsou určeny pro těžce zdravotně postižené a staré lidi. Senioři se sem stěhují tehdy, když částečně zvládají samostatné bydlení, ale bydlí v bytě, který je nevyhovující, anebo pokud se senior cítí izolovaně od okolí. Geriatrický

stacionář funguje jako denní centrum, často označované jako domovinka. Jedná se o poloinstitucionální péči, může být denní nebo týdenní. Zajišťuje léčebné, ošetrovatelské i rehabilitační služby. Poslední formou podle Habarta je hospic, což je zvláštní středisko paliativní péče a péče o umírající. Hospic je místem, kde nevléčitelně nemocný může prožít důstojný konec svého života. Zaměřuje se kromě fyzické stránky také na psychickou stránku z pohledu sociálního a duchovního. Spolupráce se nevztahuje jen na vztah mezi hospicem a pacientem, ale pěstuje se zde vztah i s rodinou, kdy hospic podporuje rodinu při vyrovnávání se s nemocí pacienta (Habart 2006).

2.5.5 Kombinovaná péče

Kombinací rodinné a terénní péče, popřípadě využití krátkodobých pobytových služeb ve veřejné i soukromé sféře, můžeme najít ekonomicky i sociálně vhodný směr, jak zajistit starým lidem odkázaným na pomoc druhých kvalitní prožití jejich stáří. Jelikož samotná péče o seniora je velmi individuální, tak díky kombinované péči můžeme najít nejideálnější řešení jak pro seniora, tak i pro jeho rodinu.

Hilary Graham charakterizovala péči jako práci z lásky, podle ní, pokud mluvíme o péči o někoho, tak mluvíme především o našich emocích. Rodinná péče o starého příbuzného zahrnuje „care of“, čímž je míněna praktická péče a „care about“, která mluví o lásce a starostlivosti ostatních členů rodiny. „Care about“ bývá velmi často hlavní motivací k pečování o seniora. Koncept Hilary Graham říká, že péče je prožívána jako práce z lásky, v níž musíme být vytrvalí a překonávat překážky a problémy spojené s péčí o seniora. Zároveň je to naprosto přirozené, abychom se starali o naše staré rodiče, kteří s rostoucím věkem ztrácí svou vitálnost a potřebují pomoc od druhých. Hilary Graham se řadí mezi feministické autory, kteří přispěli k chápání péče a ukázali genderovou povahu pečování, jak v neformálním sektoru, tak i v tom formálním,

jelikož ženy jsou tradičními pečujícími doma i na pracovišti (Graham 1983: 13-30).

Na Hilary Graham navazují Berenice Fisher a Joan Tronto, které rozlišují čtyři fáze procesu péče. Jednou z fází je „caring about“, jež mluví o zájmu, kdy soustředíme pozornost na nepřetržitost, podporu a udržování kontinuity světa. Druhá fáze „taking care of“ hovoří o starosti, kdybychom měli převzít odpovědnost za aktivity, které udržují náš svět v chodu. „Caregiving“ je třetí fází, kde mluvíme o pečování, při němž musíme zajistit služby nutné k vykonání dílčí pomoci. Čtvrtá fáze „care-receiving“ zahrnuje odpovědi nemohoucích vyžadujících péči na proces péče. Díky těmto čtyřem fázím můžeme jít více do hloubky a soustředit se na dílčí složky péče v jednotlivých situacích (Tronto in Fine 2007: 35).

Michael Fine (2007) nabízí velmi široký pohled na péči, kde se zajímá jak o péči v rodině, tak i ve společnosti. Nechal se inspirovat mnoha akademiky v řadě oborů. Patří mezi ně morální filozofové jako Nel Noddings (1986, 2002), Joan Tronto (1993) a Peta Bowden (1997), ošetřovatelsí akademici jako Patricia Benner (1984), feminističtí autoři, jako je Emily Abel a Margaret Nelson (1990), Marjorie De Vault (1991), Eva Kittay (2001, 2002) a Selma Sevenhuijsen (2003) a sociální teoretici jako Marian Barnes (2006). Na základě tvorby a práce těchto akademiků Michael D. Fine sepsal publikaci „A Caring Society? Care and Dilemmas of Human Service in the 21st Century.“ Tato monografie je souhrnem pohledů a pojetí na péči, která se rozvíjí v rámci sociálně-demografických změn. Fine poukazuje na zvyšování se nároků týkajících se péče v rámci důsledků globalizace a proměny společnosti. Fine přichází s pojmem „hybridní péče“, kdy se na péči o seniora podílí rodina a zároveň placené a neplacené služby profesionálů (Fine 2007: 200-201). Fine mluví o péči jako o lidském právu, ale zároveň i jako o ekonomické činnosti, kdy je péče o seniory zajišťována skrze organizace nabízející různé formy pečovatelských služeb ekonomickým businessem, který funguje na

základě poptávky a požadavků rodiny či samotného seniora (Fine 2007: 224).

Evelyn Nakano Glenn má obdobný názor na péči jako Fine, také zdůrazňuje zlepšit profesionální sféru, ale rozchází se s ní v názoru přenesení odpovědnosti. Glenn mluví o „defamilization of care“, chce totiž přenést odpovědnost za péči o seniora na organizace a tím osvobodit rodinu od péče a zároveň i od rozhodnutí týkajících se seniora (Jeřábek a kol 2013: 73).

2.5.5.1 Respitní péče

Respitní péče neboli úlevová či odlehčující je jakousi péčí o pečující. Cílem tohoto typu péče je zajištění odpočinku a úlevy pro pečující, kteří se trvale starají o starého příbuzného. Snaží se poskytnout jim prostor pro nabráním nových sil a energie či k vykonávání svých vlastních aktivit. Existují různé formy, kdy se může jednat o krátkodobý či denní pobyt v instituci nebo přímo v domácnosti pečujícího zaskočí profesionální pečovatel, tato možnost je vhodná pokud chce rodina odjet na dovolenou a nikdo jiný se o seniora nemůže postarat (Haškovcová 2010: 298-299). Je velmi důležité si uvědomit, že respitní péče není žádným selháním pečujících, kteří si sami kolikrát dávají za vinu, že nejsou schopni zajistit veškerou pomoc svému nemohoucímu příbuznému, ale je to pouze dočasné řešení, které jim uleví od každodenní rutiny.

Pojďme si přiblížit fungování domácí formy respitní péče poskytované Českou alzheimerovskou společností, která je poskytována v domácnostech v době, kdy se pečující nemůže postarat o seniora. Služba se poskytuje ve všední dny od 8:00 do 19:00, přesné časové rozmezí závisí na dohodě mezi uživatelem, příbuzným a Českou alzheimerovskou společností. Při rozhodnutí, zda bude tato odlehčovací služba zavedena do domácnosti nemohoucího, má dost velké slovo samotný uživatel, který se vyjádří se souhlasem nebo nesouhlasem. Je

nutné si domluvit konzultaci, kterou sjednávají pracovníci poradenské linky a během první konzultace dostane nemohoucí spolu s jeho pečujícím informace a podklady k odlehčujícím službám. Pokud se na základě konzultace ukáže vhodnost služby, jsou klienti odkázáni na koordinátorku respitní péče, která má na starosti dohodnout s nimi cenu, dobu a intenzitu. Z toho důvodu, že tato služba bude poskytována v domácnosti, je nutné se seznámit s domácností, a proto mezi stranami proběhne v domácím prostředí seniora. Na tuto schůzku se dostaví koordinátor spolu s pracovníkem poskytujícím respitní péči, aby si mohl zmapovat prostředí, kde služba bude vykonávána. Pomoc pracovníka spočívá při zvládnutí běžných úkonů péče, hygieně, stravování, aktivizační a vzdělávací aktivity apod. Česká alzheimerovská společnost dostává dotace na poskytování respitní péče, a proto cena jedné hodiny může být 90,- Kč, v jiných institucích se tato částka pohybuje v řádu stovek. Tato služba nesmí přesáhnout 20 hodin týdně (Portál Česká alzheimerovská společnost).

V rámci respitní péče mohou klienti kromě domácí formy využívat i pobytovou formu, která poskytuje klientům pouze dočasný pobyt pod dohledem profesionálních pracovníků. Pro vytvoření obrazu jak funguje respitní pobytová péče byla vybrána Nemocnice v Semilech, která nabízí dva typy dočasné hospitalizace. Prvním typem je respitní pobyt, ten je dočasnou úlevou od povinností pečujícího, který v krátkodobém období nemůže vykonávat svou činnost. Druhým typem je rekonvalescentní pobyt, který je vhodný pro seniory po úrazech či po propuštění z nemocnice. Rozdíl od pečovatelských služeb spočívá v tom, že tato forma péče zajišťuje i odbornou lékařskou pomoc. Klient opět musí podat žádost o odlehčovací službu, pokud jí je vyhověno, tak se na základě detailů ohledně péče podepíše smlouva. Je vhodné, aby se klient před nástupem podrobil lékařskému vyšetření. Doba, kterou tu může klient pobývat, se pohybuje od jednoho dne až po dva měsíce. Tento typ pobytu je přechodného rázu, takže nenahrazuje nemocnici či léčebny dlouhodobě nemocných, můžeme ho ale opakovat. Cena za služby se pohybuje za jednolůžkový pokoj 750,- Kč/den, za dvoulůžkový pokoj 600,-

Kč/den a za třílůžkový pokoj 500,- Kč/den. Tato cena zahrnuje ubytování, stravu, hygienu, úklid a asistenci pracovníků (Portál Nemocnice v Semilech).

2.5.5.2 Sendvičová generace

Za sendvičovou generaci označujeme generaci lidí středního věku, kteří se starají o své děti, jež jsou nesamostatné a závislé na jejich podpoře a zázemí a zároveň pečují i o své staré nemohoucí rodiče. Termín sendvičové generace se začal používat v posledních dvaceti letech zejména v USA (Pierret 2006: 3). Pokud použijeme metaforu sendviče, tak si představíme dva kusy pečiva a mezi nimi náplň, pečivo představuje děti a staré rodiče a samotná náplň znázorňuje střední generaci, která se snaží zabezpečit potřeby a požadavky potomků a starých rodičů a přitom musí ještě čelit povinnostem v zaměstnání a domácnosti. Tato pomyslná náplň (pečující) obvykle drží celou rodinu pohromadě. Tento fenomén zasahuje různé lidi s odlišnou minulostí, povoláním, životní filozofií, ale jedno mají společné, a to roli multigeneračního pečovatele. V současné době se odhaduje, že v České republice se dva a čtvrt milionů obyvatel ocitá ve středním věku (Bertini 2013: 13-14). Sendvičová generace se stala obrovským fenoménem hlavně v USA, kde se ve středním věku ocitá padesát milionů obyvatel, což je zhruba čtvrtina celkového počtu obyvatel. Společnost Pew Research Center ve svém výzkumu zjistila, že každý z osmi Američanů ve věkovém rozmezí 40 až 60 let pečuje jak o dítě, tak i o stárnoucího rodiče. V České republice se zatím fenomén sendvičové generace neprojevuje natolik jako v USA, a proto nemáme k dispozici přesné počty a můžeme je jen odhadovat (Bertini 2013:16). Tento fenomén je ovlivněn v důsledku sociálně-demografických změn, kdy se lidé dožívají vyššího věku, a tím pádem jsou daleko déle a více odkázáni na pomoc ostatních. Dále se odkládá doba, kdy mladí lidé zakládají rodiny, s čímž souvisí i věk matky a narození prvního dítěte. V rámci zmíněných sociálně-

demografických změn se bude sendvičová generace stále více rozšiřovat, ovšem manažerka společnosti Gender Studies Jana Kolářová upozorňuje na nezáměr ze strany státu a zaměstnavatelů (Bumba, Vydrová 2012).

2.5.6 Principy poskytování sociálních služeb

Social Care Institute for Excellence (SCIE) je organizací založenou v roce 2001 za účelem zvyšování úrovně poskytování sociálních služeb ve Velké Británii. Tato instituce se snaží nastolovat standardy sociální péče, které jsou určeny pro všechny poskytovatele sociálních služeb (Holmerová, Jurašková, Zikmundová 2007: 34)

Velmi diskutovaným tématem je důstojnost při poskytování péče, a proto byla formulována praktická doporučení k zajištění lidské důstojnosti. Tato doporučení se týkají respektu, komunikace, sociální inkluze, autonomie, soukromí, hygieny a osobní úpravy, podávání stravy, stížností, zneužívání a whistleblowingu. Respekt neboli úcta má zajistit, aby služby byly orientovány přímo na seniora, dále by měl zajišťovat akceptování přání a názorů klientů a v neposlední řadě by se mělo dbát na vzdělání personálu z důvodu, aby se předešlo špatnému zacházení se seniory. Dalším doporučením je samotná komunikace, při které by se mělo dodržovat správné oslovení, dále by klienti měli být informováni v přiměřené formě, jež je pro ně srozumitelná. Sociální začlenění je velmi důležité pro kvalitu života, protože každý chce participovat ve společnosti či komunitě. Zejména u starších pozorujeme ubývání kontaktů, protože už se tolik nezapojují do různých aktivit, a proto se je snažíme vyvarovat sociální exkluzi, proto se snažíme o neustálé zapojování do kulturních a občanských aktivit a pobízet je k běžným činnostem jako je nakupování apod. Velmi důležitým prvkem je autonomie zahrnující důstojnost, spojujeme jí s lidskými právy a rovností. Autonomie je ohrožena vždy, tam kde lidé potřebují pomoc či jsou odkázáni na někoho dalšího, proto je důležité jednat s klientem rovnocenně a neustále ho podporovat v jeho

rozhodnutích. Markantní důraz se klade na soukromí, které úzce souvisí s respektem osobního studu. Měla by být zachována diskrétnost týkající se informací o pacientovi. Hygienická péče a úprava zevnějšku je součástí každodennosti, vedle ní sem patří i čistota okolního prostředí. Řeklo by se, že podávání stravy je další automatickou věcí, ale tato oblast by se měla stát spíše individuální záležitostí než rutinní, protože každý klient má jiné stravovací návyky a je všeobecně známo, že nutriční hodnoty a hydratace jsou hybately zdravotního stavu lidí, proto je potřeba je přizpůsobit. Problém nastává s doporučením týkající se stížností. Tato problematika není moc obvyklá. Pro mnohé je těžké ji správně vyjádřit a posléze se odvolat u správných orgánů. Je potřeba brát stížnost jako zpětnou vazbu, která upozorňuje na slabinu péče, ovšem ne vždy musí být výstižná. Posledním doporučením je whistleblowing, který se definuje jako udavačství v pozitivním smyslu, kdy se upozorňuje na chyby, ke kterým dochází při poskytování péče (Holmerová, Jurašková, Zikmundová 2007: 38-46).

Americká nezisková organizace Aging With Dignity vznikla v roce 1997. Byla založena za účelem podpory a ochrany lidské důstojnosti. V rámci její aktivity byl vydán dokument Pět přání (Five Wishes), který má napomoci lidem, jak správně se vyjádřit ohledně jejich pečování. Zaštiťuje zdravotní, osobní, emocionální a spirituální potřeby. Tento dokument slouží jak profesionálním, tak i rodinným pečovatelům, kteří se pokouší naplnit přání a prosby nemohoucích členů rodiny. Artikl Pět přání se týká těchto oblastí:

1. „má přání ohledně toho, jaké osoby za mne mohou rozhodovat o poskytované péči v případě, že nebudu moci tato rozhodnutí činit sám
2. má přání ohledně způsobu ošetření, který chci a který nechci
3. má přání ohledně toho, v jaké pohodě chci být
4. má přání ohledně toho, které osoby chci, aby mě ošetřovaly

5. co chci, aby moji blízcí věděli“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová 2007: 47-48).

Za konceptem bazální stimulace stojí německý speciální pedagog Andrea Fröhlich, který s ním přišel v 70. letech 20. století a posléze v 80. letech byl zaveden tento koncept do ošetrovatelství. Bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelský koncept podpory a péče nemocných lidí., zaměřuje se především na vnímání, komunikaci, kognitivní a pohybové schopnosti člověka. Jedná se o ošetrovatelskou péči s prvky bazální stimulace, která je velmi individuální, jelikož v centru stojí jedinec se svými nynějšími potřebami, je nutné zohlednit jeho jedinečnost, zkušenosti a historii (Portál Bazální stimulace).

2.5.7 Faktory ovlivňující péči

Mezi nejviditelnější faktory ovlivňující péči o seniora řadíme pohlaví, vzdělání a ekonomický status rodiny, vzdálenost bydliště, vazby mezi příbuznými a míru vyžadované péče. Vliv pohlaví hraje roli v pečování o seniora, převážně péči zajišťuje žena. Tímto vlivem se zabývala Lucie Vidovičová s Ladislavem Rabušicem. V jejich výzkumu a došli k výsledku, že „ 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). Z historického pohledu byla vždy žena ta, která pečovala o rodinu, starala se o děti a později o své příbuzné. Pozice pečovatelky je brána za přirozenou roli, kdy ženy pocítují závazek postarat se o druhé. O spojení ženy a péče můžeme mluvit jako o konstrukt ženské identity. Dalším důvodem proč se stává pečovatelkou právě žena je fakt, že většinou muž je živitel rodiny, který má větší příjem než žena a je schopen lépe zabezpečit rodinu (Rubášová 2005: 44).

Překvapivé výsledky Českého statistického úřadu Dělbá práce v rodině 2001 ukázaly, že na péči o seniora v domácím prostředí se podílí muž i žena rovným dílem, s čímž souhlasilo 50% pečujících rodin (Přidalová 2006). Tyto výsledky nakonec nemusí být tak překvapivé, protože již dříve Sara H. Matthews poukázala na podhodnocování mužské péče, protože i když muž neposkytuje klasickou osobní péči, snaží se podílet na péči jiným způsobem, jako jsou návštěvy, emoční podpora apod., je však hodnocen jako vedlejší a ne tak záslužný (Matthews in Přidalová 2006: 3).

Vzdělání je dalším ovlivňujícím faktorem, který určuje jak moc je schopen pečovatel zajistit péči seniorovi. Předpokládá se, že lidé s nižším vzděláním mají více prostoru věnovat se nesoběstačnému rodiči, kdežto lidé s vyšším vzděláním tolik času nemají. Samozřejmě to souvisí i se socioekonomickým statusem rodiny, kdy movitější rodiny si mohou dovolit i jiné možnosti jako je pečovatelská služba. Tento předpoklad potvrzuje ve své práci i Tošnerová, která říká: „Pečovatelé se základním vzděláním tráví více času pečováním než VŠ vzdělaní. Navíc čím vyšší vzdělání pečovatele, tím je méně pravděpodobné, že se stará sám.“ (Tošnerová 2001: 64).

Je důležité si uvědomit, že vzdálenost hraje velkou roli až tehdy, když někdo z rodiny se stává nesoběstačným a vyžaduje péči, která s narůstajícím věkem seniora stoupá. V dnešní době je obvyklejší, že senioři a jejich potomci žijí odděleně. Tato zjištění prokazují i výsledky výzkumů, například výzkum Rodina 2001, ve kterém výsledky ukázaly, že 12% respondentů žije pod jednou střechou se seniorem dosahujícím věku 65 let a více, dalších 7 % respondentů pobývá ve stejné ulici jako senior, 52% dotazovaných žije ve stejném městě či blízké obci a zbylých 29% dotazovaných žije ve vzdálenějších lokalitách (Kuchařová in Vohralíková, Rabušic 2004: 57). Další výzkum vzniklý v rámci projektu Aktivní stárnutí, rodina a mezigenerační solidarita ukázal, že intenzita

návštěv je podmíněna vzdáleností bydliště, takže pokud senior bydlí kousek od svého dospělého potomka, tak se vídají častěji (Svobodová 2010: 188).

Nesmíme opomenout faktor rozsahu výkonnosti rodinné péče, který může být vysoký, průměrný, přiměřen, nebo nízký. Carol Levine hovoří o činitelích, které mají vliv na schopnost rodiny vypořádat se s péčí o seniora. Mezi tyto činitele řadíme počet pečujících, kteří se budou podílet na péči o seniora, rodinnou odpovědnost, rodinnou soudržnost a intenzitu vztahů, ekonomické zdroje, kulturní hodnoty nebo náboženské postoje (Levine 1999).

I přesto, že pozorujeme spíše negativní aspekty, které dopadají na pečující starající se o seniory, můžeme vidět i tu pozitivní stránku, jež často bývá důvodem, proč se nevzdávat a v péči i nadále přes různá úskalí pokračovat. Pozitivní přínos můžeme vidět ve vzájemném vztahu pečujícího a seniora, jelikož uspokojení tkví v samotné práci, kdy pro mnohé pečující je důležité zajištění komfortu nesoběstačné osoby, a proto jsou pečující ochotni zvládat praktické úkoly a zároveň poskytovat emocionální podporu (Tošnerová 2001: 52).

3 EMPIRICKÝ VÝZKUM

V empirické části mé diplomové práce popisuji metodologii, kterou jsem zvolila v rámci svého výzkumu. Vysvětluji zde, na základě jakých kritérií byli vybráni jednotliví respondenti. Také zde přibližuji fungování organizace poskytující pečovatelské služby v jednom z okresních měst ve Středočeském kraji. Samozřejmě zde najdeme i závěry vyplývající ze zpracovaných dat získaných při rozhovorech s respondenty. A nepochybně sem spadá i etická stránka výzkumu.

Cílem mého výzkumu, který je zaměřený na kombinovanou péči, kdy o seniora pečuje jak sociální zařízení tak i rodina, je přiblížit fungování této kombinované péče a zároveň se snažím poukázat na to, jak samotný senior spolu s rodinným pečujícím a pečovatelkou (odborná pomoc) vnímají tuto formu péče. Také se budu snažit, co nejlépe zodpovědět mou hlavní výzkumnou otázku: **„Co ovlivňuje hranice rodinné a sociální péče o seniory, poskytovanou jak rodinnými příslušníky, tak i terénními službami.“**

3.1 Metodologie

3.1.1 Výběr výzkumného vzorku

Zásadním kritériem pro výběr respondentů bylo najít vhodnou trojici, která se skládá ze seniora, o kterého pečuje rodinný pečovatel i kvalifikovaný pečovatel. Což se ukázalo jako velmi problematické, protože obvykle jsem narážela jen na „dvojice“ (senior a rodinný pečující, nebo senior a odborný pečovatel), což svědčí o tom, že trend kombinované péče u nás není ještě tolik využíván. V dosti případech jsem se setkala i s tím, že rodina seniora bydlí daleko, a proto o něj nemůže pečovat. Naštěstí díky kontaktům mé babičky, jsem se dostala do „Střediska sociální péče“, kde jsem po schůzce s paní ředitelkou dostala kontakt na koordinátorku pečovatelských služeb. Spolu s paní

koordinátorkou jsme našly vhodné trojice respondentů, kteří byli ochotni mi poskytnout rozhovor. Nakonec můj výzkumný vzorek tvoří devět respondentů (tři trojice).

Pro lepší orientaci v pozdější analýze rozhovorů si pojdme představit trojice respondentů.

1. O paní Vlastičku (83 let) se stará hlavně její dcera Eva (61), která je už v důchodu. I přesto, že má paní Eva čtyři sourozence, zůstává péče o maminku na jejích bedrech. K paní Vlastičce dochází dvakrát týdně i pečovatelka s desetiletou praxí, která zde plní spíše roli společnice, když tam paní Eva není.
2. O paní Jiřinku (82 let) pečuje syn a hlavně snacha Leona (53 let), která je učitelkou v mateřské škole. Kvalifikovaná pečovatelka pyšnicí se praxí 23 let dochází do domácnosti paní Jiřinky každý den, aby jí dělala společnost a doprovázela jí na zahrádku.
3. O paní Marii (79 let) a jejího manžela se starají synové, kteří vlastní firmu. Mě v tomto případě zajímal syn František (55 let), který mi poskytl rozhovor. Do domácnosti dochází více pečovatelek, které pečují o oba seniory, proto jsem uskutečnila rozhovor s pečovatelkou s celoživotní praxí, která tam dochází každý den, kdy jsem se zajímala o paní Marii, jelikož její manžel skoro nemluví.

3.1.2 Metody sběru a zpracování dat

Pro tento výzkum jsem si vybrala formu kvalitativního šetření, zejména z toho důvodu, že jsem chtěla získat detailnější informace o kombinované péči. Jak se ukázalo v mnohých výzkumech, zejména pak ve výzkumu Hynka Jeřábka a kol. (2013), tak strukturované rozhovory s otevřenými otázkami se jeví jako vhodná volba pro výzkumy týkající se

péče o seniory, a proto i já jsem zvolila tento typ rozhovorů. Zpracovaná teorie a rozhovory z předešlých výzkumů mi sloužily jako užitečný základ. Mohla jsem vycházet z jejich metodologické zkušenosti. Nechala jsem se inspirovat v tématech a formulovaných otázkách, které se ukázaly jako přínosné a vypovídající o dané věci. Výhodou tohoto typu rozhovorů je, že data získaná těmito rozhovory se výrazně strukturně neliší, tím pádem se i snadněji analyzují. (Hendl 2012: 173).

V první řadě bych ráda podotkla, že pro mne byl velkým přínosem neformální rozhovor s koordinátorkou pečovatelských služeb, která pracuje pro „Středisko sociální péče“. Díky tomuto rozhovoru jsem si udělala obraz o tom, jak „Středisko sociální péče“ funguje a co vše seniorům nabízí, zejména jsem se pak zajímala o pečovatelskou službu. Koordinátorka ohledně pečovatelské služby byla velmi sdílná, jelikož i ona sama před tím dělala pečovatelku, takže mi osvětlila postupy v rámci pečovatelské služby, o čemž se zmíním níže. Dále mi pomohla vybrat vhodné trojice konverzačních partnerů pro můj výzkum. Jak jsem zmiňovala výše, mými konverzačními partnery byli samotní senioři, rodinní pečovatelé (vždy jsem hovořila s hlavním rodinným pečovatelem, který nejvíce pečoval o seniora) a kvalifikovaní pečovatelé.

Prostřednictvím těchto rozhovorů jsem se snažila získat odpovědi na dílčí otázky. Tyto otázky se týkaly kombinované péče, jak samotní aktéři vnímají tuto formu péče, jaké vztahy mezi sebou mají, proč k této formě péče přistoupili, jaké vidí výhody a nevýhody kombinované péče atd. Seznam otázek zahrnutých v rozhovoru naleznete v příloze č. 1. Jednotlivé rozhovory jsem prováděla s každým konverzačním partnerem zvlášť. Výběr místa, ve kterém se rozhovory uskutečňovaly, jsem ponechala na respondentech. V případě seniorů probíhaly rozhovory vždy v jejich domácím prostředí, protože se zde cítili nejlépe, což svědčí o jejich fixování na svém prostředí. S rodinnými pečujícími jsem se setkala v kavárně, kromě pana Františka, se kterým jsem se sešla v jeho

kanceláři. S kvalifikovanými pečovatelkami probíhali rozhovory na půdě „Střediska sociální péče“. Tyto rozhovory byly realizovány v zimních měsících s výjimkou jednoho, který jsem uskutečnila začátkem března.

Jednotlivé rozhovory byly po dohodě s respondenty nahrávány a posléze přepsány. Jeden z mých konverzačních partnerů si nahrávání rozhovoru nepřál, proto jsem si dělala jen zápisky a hned po ukončení rozhovoru jsem tento rozhovor zpracovala do konečné podoby. Po přepsání rozhovorů jsem přistoupila k analýze těchto dat, kdy jsem využila ruční analýzu. Tato metoda se mi jevila jako nejvhodnější a to z toho důvodu, že díky strukturovaným rozhovorům jsem měla přehledný a jednotný sled všech rozhovorů. Zprvu jsem rozhovory pročetla a dělala si poznámky. V rámci svých dat jsem využila principu tzv. tématické analýzy (Hendl 2012), kdy jsem si přepsané rozhovory rozdělila na dílčí části a témata, na které jsem se v analýze posléze soustředila. Výsledky analýzy budou popsány níže.

3.1.3 Etika

Realizace výzkumu probíhala v rámci etických zásad a pravidel etického kodexu. Prioritou bylo zachovat anonymitu respondentů a i přesné lokality výzkumu. Hned při vstupu do „Střediska sociální péče“, jsme se s paní ředitelkou dohodly, že toto středisko bude ponecháno v anonymitě, proto byl změněn název střediska a název v uvozovkách je jen orientační. Také zde neuvádím město, kde se středisko nachází, jelikož v tomto okresním městě ve Středočeském kraji působí hlavně zmiňované středisko. Jakmile jsem seznámila paní ředitelku s mým výzkumem, tak mě odkázala na koordinátorku pečovatelských služeb, která také byla obeznámena se vším, na čem jsem se s ředitelkou střediska dohodla a zároveň jí přiblížila výzkum a své cíle a také jsem jí ještě jednou zdůraznila anonymitu všech respondentů a lidí podílejících se na tomto výzkumu. Také všechny své respondenty jsem obeznámila

se svým výzkumem, kdy jsem jim přiblížila téma výzkumu, jeho účel a způsob provedení. Od každého respondenta jsem získala informovaný souhlas, který naleznete v příloze č. 2.

3.2 Výsledky analýzy

V této části budu prezentovat analytické výsledky mé práce. Rozdělují ji do čtyř tematických oblastí. První oblast je zaměřená na „Středisko sociální péče“, kde jsou nastíněny principy fungování tohoto střediska. Dále jsem se zde zaměřila na vztah kvalifikovaných pečovatelek k jejich klientům. Ve druhé oblasti jsem se zabývala zhodnocením míry ne/soběstačnosti seniora z jeho pohledu a z perspektivy jeho pečujících (rodinný a kvalifikovaný pečovatel). Ve třetí oblasti jsem se soustředila na mezigenerační solidaritu a soudržnost rodiny, které se ukázaly jako významný faktor ovlivňující hranice rodinné a sociální péče. Poslední oblast přináší pohled na kombinovanou péči. Jsou zde interpretovány názory rodinných pečujících, seniorů i kvalifikovaných pečovatelů.

3.2.1 „Středisko sociální péče“

Posláním „Střediska sociální péče“ je poskytování terénních a ambulantních služeb osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Těmito sociálními službami se společnost snaží podporovat klienty v jejich přirozeném prostředí a pomáhá jim žít běžným způsobem života. Hlavním cílem této společnosti je zachovávat přirozené vztahové vazby klientů, pomáhat, udržovat a prohlubovat jejich dovednosti, podporovat je v samostatnosti pomocí služeb střediska a veřejně dostupných služeb. Činnost společnosti probíhá v souladu s platnými zákony České republiky, Listinou základních práv a svobod, zákony a vyhláškami, které se vztahují k oblasti sociální péče.

„Středisko sociální péče“ nabízí kromě sociálních služeb i společensko-vzdělávací aktivity, kam spadají různé exkurze, přednášky, rehabilitační a relaxační cvičení, kluby tvořivých rukou apod. Dále zaštiťuje i univerzitu třetího věku, kde si senioři mohou rozšířit své obzory. Středisko také poskytuje svým klientům poradnu jak pro samotné seniory, tak i pro jejich rodinné příslušníky. Pro osamělé a nemocné seniory zde funguje Linka okamžité pomoci.

„Naše středisko nabízí denní stacionář, kde funguje i kuchyň, dále jsou poskytovány různé programy pro seniory, jako je vzdělávání seniorů, aktivizační činnosti. Samozřejmě naše středisko je poskytovatelem jak ambulantní, tak terénní pečovatelské služby.“

(Pečovatelka paní Jiřinky)

Pracovníci „Střediska sociální péče“ kladou velký důraz na poskytování kvalitních a bezpečných sociálních služeb na profesionální úrovni. Všichni pracovníci při poskytování služeb respektují etický kodex pracovníka v sociálních službách a podle svých poznatků se jím i řídí. V rámci kodexu jsou pracovníci vedeni těmito principy:

- dbají na zachování důstojnosti klienta
- respektují osobnost klienta, jeho zdravotní stav, vyznání, barvu pleti, etnickou příslušnost
- zachovávají mlčenlivost o skutečnostech, které se o klientovi při výkonu povolání dozvěděli
- chrání osobní údaje klienta
- podporují nezávislost klienta na službě
- přístup ke klientovi je individuální, služby se individuálně plánují.

V návaznosti na etický kodex mě zajímalo, jaký vztah mají kvalifikované pečovatelky ke klientům (seniorům), o které pečují. Ukázalo se, že

pečovatelky jsou si nepochybně vědomy své profesionality, ale zároveň mají s klienty přátelské vztahy.

„V první řadě dbám na zachování důstojnosti klientů, kdy je velmi důležité respektovat osobnost jedince a jeho zdravotní stav. Snažím se podporovat nezávislost klientů, ale každý klient je jiný, takže to chce u všech velmi individuální přístup.“

(Pečovatelka paní Vlastičky)

„Přistupuji k nim velmi přátelsky, ale v podvědomí mám ten svůj profesionální přístup. Je důležité dbát na důstojnost a osobnost seniora, toto máme i v kodexu pečovatelské služby. Každý senior je jiný, a proto je nutné přistupovat velmi individuálně ke každému zvlášť.“

(Pečovatelka paní Jiřinky)

„Spíš na přátelské úrovni obzvlášť, když si s nimi trávíte většinu času. Je velice důležité, abyste k seniorovi chovali respekt, a respektovali jeho osobnost i jeho zdravotní stav. Nesmíte jim dávat pocit, že už nejsou tolik schopní – obzvlášť bývalí lékaři toto nesou velmi špatně, že už se o sebe nepostarají jako dřív a potřebují pomoc jiných.“

(Pečovatelka paní Marie)

Současná podoba péče o seniory zdůrazňuje individualitu. Ve „Středisku sociální péče“ jsou pečovatelské služby sjednávány individuálně, protože každý klient má jiné potřeby. S klienty je po vzájemné dohodě sepsána smlouva, na které se dohodly obě strany. Uzavření této smlouvy předchází individuální plánování služby, které se odehrává většinou v domácnosti klienta (může zde být přítomen i příbuzný seniora či osoba blízká). Tohoto vyjednávání se účastní koordinátorka a klíčový pracovník, kteří sepisují s klientem protokol o zavedení pečovatelské služby. Pracovníci vychází ze zdravotního stavu klienta, jeho schopností a zájmů. Ve formuláři „Individuální plán“ jsou vyplněny údaje, včetně míry potřebné podpory. Spolu se zájemcem je na základě zjištěných potřeb stanoven osobní cíl služby. Před podpisem smlouvy je vytvořen rámcový individuální plán, kdy během prvního měsíce po zavedení služby pracovník s klientem tento plán

dopracovávají. Tento postup se osvědčil jako dobrá praxe, jelikož klient pozná, jak služba funguje a je schopen lépe posoudit své potřeby. Koordinátorka pečovatelské služby posléze dohlíží, zda je individuální plán řádně plněn.

V případě „Střediska sociální péče“ je nutné poukázat i na individualitu týkající se výběru kvalifikovaných pečovatelek tak, aby vytvořili s klientem „sladěnou“ dvojici, která spolu vychází a rozumí si. Koordinátorka pečovatelské služby mi osvětlila, že toto nebývá v jiných zařízeních až tak obvyklé, protože většinou se u klientů střídá více pečovatelek. Tomu se snaží mnou zkoumané „Středisko sociální péče“ vyvarovat. Je to hlavně z toho důvodu, že si klient s pečovatelkou na sebe zvyknou. Zároveň pečovatelka může lépe pozorovat změny týkající se seniora (např. zhoršení zdravotního stavu, změny chování apod.).

3.2.2 Zhodnocení míry ne/soběstačnosti seniora

Jedním z největších faktorů měnící hranice mezi rodinnou a sociální péčí je samotný senior. Tomu se může postupem času zhoršit zdravotní stav. Zpravidla také postupně ztrácí jistou míru autonomie, soběstačnosti či psychické stránky, a proto mnohdy není v silách rodiny zajistit mu specializovanou péči. Je tedy nutné ji vyhledat u kvalifikovaných pracovníků či středisek. Soběstačnost a zdravotní stav seniora určují do jaké míry je nutná kvalifikovaná pomoc (pečovatelská služba apod.).

„Řekla bych, že o věku to až tak není, jde hlavně o to, jak se senior cítí a co ještě je schopen zvládnout sám. Velkou roli tedy zde hraje fyzický a psychický stav.“

(Pečovatelka paní Vlastičky)

„Čím víc je senior nesoběstačný, tak tím větší péči potřebuje.“

(Pečovatelka paní Marie)

V rozhovorech jsem se tedy zaměřila na otázku týkající se hodnocení míry ne/soběstačnosti seniora. Zajímalo mě, jak se hodnotí samotný senior a zda se jeho mínění shoduje s názory pečujících. V případě paní Vlastičky se ukázalo, že všechny tři strany se shodují na její nesoběstačnosti, jelikož její pečování vyžaduje už čtyřicetihodinovou péči. Pečovatelská služba v tomto případě slouží spíše jako odlehčovací (respitní) forma péče, jelikož dcera Eva zastává největší podíl v pečování o svou maminku. Kvalifikovaná pečovatelka sem dochází dvakrát týdně zhruba po dvou hodinách, což je z vyžadované celodenní péče jen malá část.

„Je nesoběstačná, musím jí pomáhat se vším.“

(Eva – dcera paní Vlastičky)

„Cítla jsem se tak pokavad' jsem si sama došla na WC a udělala si osobní hygienu. Bohužel nyní už si přijdu nesoběstačná, protože nic nezvládám a přijde mi, že už jsem na tomhle světě zbytečná.“

(Paní Vlastička)

„Paní Vlastička už potřebuje péči 24 hodin, takže je zcela nesoběstačná.“

(Pečovatelka paní Vlastičky)

Ve druhém případě se už paní Jiřinka nezvládne sama postarat o chod domácnosti, ale co se týče zajištění základních potřeb, jako je hygiena, jídlo, chůze s chodítkem, tak v tomto směru je soběstačná. Zde už je poměr mezi rodinnou péčí a pečovatelskou službou vyrovnanější, protože kvalifikovaná pečující dochází do domácnosti paní Jiřinky každý den na cca tři hodiny. Snacha Leona bere kvalifikovanou pečovatelku jako obrovskou pomoc, *„...když jsem v práci, můžu být klidná, protože vím, že je o maminku kvalitně postaráno.“*

„Když je doma sama, tak zvládá se sama obléknout, najíst, a dojde si na záchod s chodítkem, jinak o chod domácnosti už se nezvládá starat.“

(Leona – snacha paní Jiřinky)

„To víte, co můžu si, udělám sama, ale už mi musí mladý hodně pomáhat, a taky sem chodí ta paní z pečovatelské služby, ta je taky hodná.“

(Paní Jiřinka)

„Bez pomoci už by se moc neobešla, je samostatná co se týče jídla a hygieny, což je velké plus, ale už potřebuje někoho k sobě.“

(Pečovatelka paní Jiřinky)

Poslední případ je trochu specifický, jelikož kromě paní Marie se synové a pečovatelky starají i o jejího manžela, který je na tom podstatně hůř. Je teda těžké soudit, kolik hodin péče paní Marie opravdu potřebuje. Syn František spolu s paní Marií hodnotí její soběstačnost jen částečně, možná je to z toho důvodu, že dříve byla schopná se postarat i o manžela.

„Téměř vůbec ne - tatínek skoro vůbec a maminka, co onemocněla, tak jen částečně.“

(František – syn paní Marie)

„Už jenom částečně, bývalo lépe.“

(Paní Marie)

„No tak paní je schopná se umýt, najíst se a dojit si na záchod, ale není schopná se starat o domácnost a nezvládla by péči o manžela, který na tom je mnohem hůře.“

(Pečovatelka paní Marie)

3.2.3 Soudržnost v rodině

Dalším výrazným faktorem ovlivňující hranice rodinné a sociální péče je mezigenerační solidarita a soudržnost rodiny, kdy se můžeme ptát, jak ovlivňuje rodinná a institucionální péče soudržnost rodinných sítí. Zejména normativní solidarita vyjadřující očekávané závazky mezi dospělými dětmi a jejich rodiči, kde hrají roli rodinné hodnoty (síla rodinných závazků nebo důležitost rodiny v mezigeneračních rolích). Rozhodnutí, zda o seniora pečovat, plyne právě z rodinných hodnot, z racionální volby a také z citových a emočních vazeb.

Tyto hranice jsou ovlivněny propojením mezi solidaritou kontaktů a strukturální solidaritou (solidarita příležitostí), kdy solidarita kontaktů vyjadřuje typ a četnost kontaktů, na což má vliv strukturální solidarita, která vypovídá o podmínkách uskutečnitelnosti, příležitosti, možnosti a podpory, zde sehrává velkou roli místo bydliště rodičů (seniorů) a jejich dětí, velikost rodiny/počet členů a jejich zdravotní stav.

Všichni pečující bydlí od svých seniorů nedaleko nebo dokonce v jednom domě, takže vzdálenost jejich bydlišť není překážkou, ale naopak výhodou. O výhodnosti blízkosti bydliště hovořím z toho důvodu, že všichni rodinní pečovatelé pečují o seniora každý den. Tuto každodenní péči by nemohli vykonávat, pokud by bydleli od seniora třeba tři hodiny cesty.

„...cesta autobusem mi trvá 20 minut, ale v poslední době bydlím hlavně u maminky a domů chodím jen nejnůtněji.“

(Eva – dcera paní Vlastičky)

„Bydlíme v XY a tchýně Jiřina bydlí na XX, takže autem 20 minut, s autobusem už je to horší.“

(Leona – snacha paní Jiřinky)

„Bydlím s rodiči v jednom domě, mají celé patro pro sebe.“

(František – syn paní Marie)

Dalším ovlivňujícím faktorem je vztah mezi normativní solidaritou a citovou solidaritou, která mluví o vyjadřování citů ke druhému, takže na jedné straně jsou zde nějaké předpokládané závazky a dané rodinné hodnoty (tradiční nebo postmoderní pojetí rodiny) a na druhé straně je tu emociální stránka. Rodinní pečující berou situaci, kdy pečují o seniora, jako přirozenou a danou, protože jim přijde správné vrátit svým příbuzným všechnu tu péči, kterou oni věnovali jim. Pečující péči o seniora chápou i jako službu a pomoc vykonávanou pro štěstí a

uspokojení jejich blízkého nesoběstačného seniora. Můžeme zde tedy vidět péči jako „práci z lásky“, o které mluví H. Graham (1983).

„Člověk to musí dělat s láskou, musí to jít z toho člověk...“ „Těžko bych nesla, kdyby moje maminka musela být v cizím prostředí a za tu péči a podporu, kterou mi po celý život dávala, bych se jí špatně odměnila.“

(Eva – dcera paní Vlastičky)

„...ale já to dělám pro ni ráda. Kord když vím, co pro mého muže maminka a rodina znamená.“

(Leona – snacha paní Jiřinky)

Ve všech případech můžeme vidět, že vývoj péče šel ruku v ruce s vývojem zdravotního stavu a soběstačností seniora. Se zhoršujícím se stavem seniora se stávala péče o něj náročnější, jak časově, tak i úkonově.

„Je to z toho důvodu, že se maminky stav začal zhoršovat a přidávaly se další a další choroby...“

(Eva – dcera paní Vlastičky)

„.... péče je náročnější a náročnější....vyžaduje si více našeho času, nyní již každodenní.“

(Leona – snacha paní Jiřinky)

„...maminka onemocněla a už se sotva postará o sebe natož o tátu.“

(František – syn paní Marie)

3.2.4 Postoj ke kombinované péči

Kombinovaná forma péče se ukazuje jako nastupující trend, který reaguje na potřeby seniora a jeho rodiny daleko lépe než samotná rodinná péče nebo terénní péče. Je to dáno tím, že samotná péče o seniora je velmi individuální a díky kombinované péči může najít rodina nejideálnější řešení, jak pečovat o svého seniora.

Respondenti (rodinní pečovatelé) byli vybídnuti k tomu, aby zhodnotili kombinovanou péči. Zajímal mě jejich subjektivní názor, proč se jim jeví kombinovaná péče jako nejvhodnější varianta pečování o jejich blízké. Byli dotazováni ohledně důvodu, proč zvolili právě kombinovanou péči. Ukázalo se, že hlavně zhoršení stavu seniora stálo za volbou kombinované péče, protože rodina už sama nezvládá zajistit veškerou péči o seniora.

„Je to z toho důvodu, že se maminky stav začal zhoršovat a přidávaly se další a další choroby...“

(Eva – dcera paní Vlastičky)

„No protože jsme maminku manžela nechtěli vytrhnout z jejího prostředí a chtěli, aby stále byla součástí naší rodiny, dokonce jsme jí nabízeli, aby bydlela s námi, ale je příliš fixovaná na svůj domov.“

(Leona – snacha paní Jiřinky)

„Jejich stav se zhoršil, a jelikož oba rodiče potřebovali pomoc, toto nám přišlo jako nejschůdnější řešení.“

(František – syn paní Marie)

V další otázce měli rodinní pečovatelé odůvodnit, co je vedlo k využití pomoci pečovatelských služeb a k nezvolení institucionální péče. Jednoznačně se shodli na tom, že domácí prostředí je pro seniory to nejlepší, protože se v něm cítí bezpečně a jsou na něj zvyklí.

„Protože jsem se o ní mohla ještě sama starat, aspoň částečně. Těžko bych nesla, kdyby moje maminka musela být v cizím prostředí...“

(Eva – dcera paní Vlastičky)

„Jak jsem říkala, tak jsme jí nechtěli vytrhnout z domova a manžel si domov důchodců pro svojí maminku nepřál.“

(Leona – snacha paní Jiřinky)

„Chtěli jsme je nechat doma a nechtěli jsme jim měnit prostředí, protože v něm jsou klidní a zvyklí na své věci...“

(František – syn paní Marie)

Z odpovědí na otázku týkající se výhod kombinované péče oproti samostatné péči rodiny vyplývá přijetí zodpovědnosti rodinných pečujících. Ti chtějí pro své blízké to nejlepší, a proto vítají pomoc odborníků v době, kdy se svými seniory nemůžou být. V pomoci pečovatelek vidí i oporu, která jim pomáhá vyvarovat se nějakého zanedbání či chyby v péči o seniora. Díky oběma stranám pečujících můžeme mluvit o lepší kontrole nad stavem seniora.

„Mamince se dostává i odborné péče a já se nemusím bát, že bych něco zanedbávala či něco přehlédla. Navíc na to nejsem sama a mám aspoň trochu čas vyřídit si ostatní věci.“

(Eva – dcera paní Vlastičky)

„Především velká pomoc, když jsem v práci, můžu být klidná, protože vím, že je o maminku kvalitně postaráno.“

(Leona – snacha paní Jiřinky)

„My, jako rodina, bychom nezvládli 24 hodinovou péči o ně. Jde o to, že přeci jen jsme s bratrem chlapi a pečování moc nerozumíme. Navíc jelikož podnikám, můj časový rozvrh je náročný.“

(František – syn paní Marie)

I samotní senioři hodnotí kombinovanou péči velmi pozitivně, je to zejména z toho důvodu, že mohou stále zůstat ve svém domácím prostředí, na které jsou fixovaní. Jak řekla paní Jiřinka: *„...to víte doma je doma.“* I paní Vlastička souhlasí s tím, že kombinovaná péče je lepší než institucionální a úsměvem na tváři pronesla: *„...jsem doma ve svém a mám kolem sebe věci a vše, na co jsem zvyklá.“* Zároveň pečovatelskou službu dotazovaní senioři vidí jako odlehčení pro jejich hlavní pečující. Paní Marie vidí kombinovanou péči jako úlevu pro jejich syny, kdy říká: *„nejsme synům tolik na obtíž a můžou žít i svůj život.“*

Otázka, zda je kombinovaná péče výhodnější než institucionální péče, neminula ani kvalifikované pečovatelky, které svou kladnou odpovědí potvrdily výhodnost kombinované péče. Institucionální péče je

brána jako poslední možnost, kde senioři dožijí. Pro seniory se s touto péčí mění téměř vše, jsou vytrhnuti ze svého prostředí, jejich zvyky a denní režim je také pozmeněn, přichází do kontaktu s novými lidmi a často ztrácí své původní kontakty atd. V kombinované péči toto neplatí, protože pro seniory se téměř nic nemění, jen k nim dochází „ta hodná paní“, co jim pomůže. Všechny tři pečovatelky vyzdvihly domácí prostředí, které je pro seniora velmi důležité, protože přeci jen péče v domácím prostředí je kvalitnější. Zejména je to dáno tím, že je vše přizpůsobeno potřebám seniora a samotnému seniorovi se obvykle dostává i větší emocionální podpory.

„Mnoho seniorů bere domov pro seniory jako poslední možnost, kde dožijí. Já osobně jsem velkým zastáncem kombinované péče, protože klienti jsou pořád ve svém prostředí, kam za nimi docházíme jak my tak i jejich rodina a nejsou tedy vystaveni nějakým převratným změnám.“

(Pečovatelka paní Vlastičky)

„Nic nenahradí rodinné zázemí. Pečovatelku, která k nim dochází, vnímají jako kamarádku a pomoc, pokud jsou v domově důchodců, tak to někteří berou jako špatný úděl.“

(Pečovatelka paní Jiřinky)

„Seniorům vyhovuje domácí prostředí, ve kterém se umí pohybovat a ve směr se pro ně nic nemění.“

(Pečovatelka paní Marie)

3.2.5 Shrnutí výsledků

Mám-li odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, „co ovlivňuje hranice rodinné a sociální péče o seniory, poskytovanou jak rodinnými příslušníky, tak i terénními službami,“ docházím na základě vyhodnocení odpovědí k tomuto závěru. Za hlavním faktorem ovlivňující hranice rodinné a sociální péče stojí samotný senior, protože od jeho zdravotního stavu, míry soběstačnosti a psychické stránky se odvíjí potřeba a rozsah péče o jeho osobu. Další výrazný faktor ovlivňující hranice rodinné a

sociální péče je úzce spjat s rodinou a její soudržností. Za rozhodnutím pečovat (jak budeme pečovat) o seniora, stojí rodinné hodnoty, které jsou v každém z nás utvářeny už od dětství. Velmi významným aspektem jsou citové vazby a emoce. Nejde tady pouze o respekt jedné osoby k té druhé, ale jsou tu pouta mateřské lásky a citové vztahy k rodinným členům, které si utváříme v průběhu života. I přesto, že v rozhovorech nebyla nijak formulována otázka týkající se finanční situace rodiny, tak i finance jsou důležitým faktorem ovlivňujícím hranice rodinné a sociální péče. Je to dáno tím, že pečovatelské služby jsou obvykle placené (je možné si zažádat o příspěvky), a proto při vyžadování každodenní péče, jak jsme viděli u mých respondentů, se může stát tato situace velkou finanční zátěží.

4 ZÁVĚR

Z názvu mé diplomové práce nazvané „Kombinace sociální a rodinné péče o seniora“ je zřejmé, že tato práce se týká péče o seniora. Než jsem se dostala k samotnému konceptu kombinované péče, kdy o seniora pečuje rodina a zároveň pečovatelská služba, tak jsem se v rámci teoretické části zaměřila na oblasti týkající se stáří, mezigeneračních vztahů a péče o starší jedince populace.

Jelikož se společnost neustále mění v důsledku demografických tranzic, nastínila jsem zde proměnu společnosti a faktory stojící za fenoménem stárnutí populace. Mezi tyto faktory řadíme nízkou hranici porodnosti, změnu životního stylu a ideálů, prodlužování doby střední délky života, nárůst rozvodovosti a nové typy soužití. Z toho vyplývá, že se zvyšuje podíl starších lidí ve společnosti.

Samotné stáří je velmi individuální záležitostí u každého jedince, i přesto, že díky chronologickému (kalendářnímu) věku velmi často vymezujeme stáří, tak ne vždy tento věk odpovídá skutečnému stáří (funkčnímu věku) jedince. Tento fakt se mi potvrdil i v empirické části, kdy z výpovědí respondentů vyplynulo, že to není o věku, ale o fyzickém a psychickém stavu jedince. Na sociologické teorie stárnutí má vliv struktura společnosti a sociální změna. Tyto teorie poukazují na ztrátu rolí, na společenský vliv působící na názory, chování a zkušenosti jedinců. V současné době se stává čím dál více aktuálnější koncept aktivního stárnutí, který odkazuje k produktivnímu a úspěšnému stárnutí.

Jak se ukázalo v pečování o seniora, tak významnou roli zde hrají mezigenerační vztahy a solidarita. Mezigenerační solidarita je založena na vzájemných emočních vazbách, ze kterých vyplývá citová opora, kognitivní podpora a reálná pomoc. Díky Bengstonovu modelu mezigenerační solidarity, můžeme vysvětlit rodinné vztahy. V empirické části se projevily význam normativní solidarity, která vyjadřuje očekávané

závazky mezi dospělými dětmi a jejich rodiči, kde hrají roli rodinné hodnoty. Dále se také projevil vliv propojení solidarity kontaktů se strukturální solidaritou na péči o seniora. Samozřejmě nelze opomenout citovou solidaritu, která vypovídá o citových vazbách mezi členy.

Při rozhodnutí, zda pečovat o starého člena naší rodiny, sehrávají důležitou roli tři aspekty. První aspekt mluví o tom, že rodina chce pečovat. Druhý a třetí aspekt se týká schopnosti rodiny pečovat o seniora tak, aby byla rodina schopna zabezpečit všechny jeho potřeby. V pečování o starého člena rodiny je důležitá hlavně motivace se o něj starat. Je to dáno tím, že to není úkol snadný a přináší s sebou fyzickou a psychickou zátěž, kdy se pečující musí v určitých směrech obětovat a něčeho se vzdát. V teoretické části přibližuji teorie motivace pomoci a podpory, zde mluvím o teorii závazku, o reciproční teorii a o vztahové teorii. Z historického vývoje pečovatelství je vidět velký posun péče, kdy koncept zdravotně-sociální péče o seniory je založen na individualizovaném přístupu k potřebám seniorům. Jako základní formy péče jsou brány rodinná, terénní a ústavní. V současné době často tyto typy péče kombinujeme, je to z důvodu, že každý případ týkající se péče o seniora je velmi individuální, protože nejde jen o potřeby seniora, ale i o možnosti rodiny starající se o něj. Kombinací sociální a rodinné péče lze najít nejideálnější řešení schůdné pro všechny strany zapojené v péči. Z výsledků analýzy vyplývají velmi kladné reakce týkající se kombinované péče. Zejména pro samotného seniora se toho moc nemění a není vystaven převratným změnám, které by měly vliv na jeho stav.

Skrze svůj empirický výzkum jsem se snažila nabídnout vhled do kombinované formy pečování. Mým cílem bylo přiblížit fungování této kombinované péče. Dále jsem se snažila poukázat na vnímání této péče všemi zúčastněnými (senior, rodinný pečující, kvalifikovaný pečovatel). Mou snahou bylo také co nejlépe zodpovědět výzkumnou otázku: „**Co ovlivňuje hranice rodinné a sociální péče o seniory, poskytovanou**

jak rodinnými příslušníky, tak i terénními službami.“ Díky výpovědím respondentů jsem došla k závěru, že samotný senior je hlavním hybatelem, který mění hranice rodinné a sociální péče. Dále jsou tyto hranice ovlivňovány rodinou a její soudržností, protože péče vychází z rodinných hodnot, emocí a citových vazeb. Nesmíme opomenout ani finanční stránku, protože péče se může pro rodiny stát velkou finanční zátěží.

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. Aires, Philipp. 1980. Two Successive Motivations for the Declining Birth Rate in the West. *Population and Development Review*, Vol. 6, No. 4. .
2. Avramov, Dragana Mašková, Miroslava. 2002. *Active Aging in Europe*. Council of Europe. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
3. Bartoňová, Jitka. 2005. Modely rodinné péče o starého člověka. In: Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie, s. 28-41.
4. Barvíková, Jana. 2005. Rodinná péče a profesionální péče. In: Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie, s. 58-70.
5. Bengtson, Vern. L., Giarusso, Roseann, Mabry, Beth J., Silverstein, Merrill. 2002. Solidarity, Conflict, and Ambivalence: Complementary or Competing Perspectives on Intergenerational Relationships? *Journal of Marriage and the Family*, Vol 64, pp. 568–576.
6. Bertini, Kristine. 2013. *Sendvičová rodina: Souběžná péče o malé děti a seniory*. Praha: Portál, s. r. o. .
7. Bromley, Denis B.. 1974. *Psychologia ľudského starnutia*. Bratislava: Smena.
8. Bumba, Jan a Vydrová, Michaela. V Česku se rozrůstá „sendvičová generace“, stará se o děti i staré rodiče [online]. Praha: Český rozhlas [cit. 2014-11-22]. Dostupné z WWW: http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/v-cesku-se-rozrusta-sendvicova-generace-stara-se-o-deti-i-stare-rodice-1125885

9. Butler, Robert. 1975. *Why Survive? Being Old in America*. New York: Harper and Row Publishers.
10. Clarke, Edward. J., Preston, Mar, Raksin, Jo, Bengston, Vern L.. 1999. Types of Conflicts and Tensions between Older Parents and Adult Children. *The Gerontologist*, Vol.39, No. 3, pp. 261-270.
11. Coale, Ansley. J.. 1973. The Demographic Transition Reconsidered. In International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP)(ed). *Proceedings of the International Population Conference Liege: Editions Ordina*.
12. Connidis, Ingrid Arnet. 2009. *Family ties and aging*. Los Angeles: Pine Forge Press.
13. Cumming, Elaine, Dean, Lois R., Newell, David S., McCaffrey, Isabel. 1960. Disengagement-A Tentative Theory of Aging. *Sociometry*, Vol. 23, No. 1, pp. 23-35.
14. Čevela, Rostislav, Kalvach, Zdeněk, Čeledová, Libuše. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada.
15. Farková, Marie. 2009. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada Publishing a. s..
16. Fine, D Michael. 2007. *A caring society? Care and the Dilemmas of Human Service in the 21st Century*. Palgrave Macmillan.
17. Finch, Janet. 1989. *Family Obligations and Social Change*. London: Polity.
18. Giddens, Anthony. 2003. *Důsledky modernity*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
19. Graham, Hilary. 1983. *Caring: a Labour of Love*. In Finch, Janet., Groves, Dulcie. *A Labour of Love: Women, Work and Caring*. London: Routledge & Kegan Paul, pp. 13-30.
20. Habart, Pavel. 2006. *Vybrané problémy a otázky institucionální péče o seniory v České republice*. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd.

21. Hasmanová Marhánková, J. 2013. Aktivita jako projekt. Diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a senierek. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
22. Hašková, Hana. 2009. Fenomén Bezdětnosti. Praha: Slon.
23. Haškovcová, Helena. 2010. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team.
24. Havighurst, Robert. J. 1954. Flexibility and the Social Roles of the Retired. *American Journal of Sociology*, Vol. 59, No. 4, pp. 309-311.
25. Hendl, Jan. 2012. Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál s. r. o..
26. Holmerová, Iva, Jurašková, Božena, Zikmundová, Květa a kol. 2007. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: EV public relations, spol. s. r. o. .
27. Hrdličková, Lucie. 2009. Řešíte také mezigenerační spory? *Psychologie dnes* [online]. Portál č. 10 [cit. 2014-10-9]. Dostupné z WWW : <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=28597>
28. Jandourek, Jan. 2007. Sociologický slovník. Praha: Portál.
29. Jeřábek, Hynek a kol. 2013. Mezigenerační solidarita v péči o seniory. Praha: Sociologické nakladatelství Slon.
30. Jeřábek, Hynek. 2009. Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. *Sociologický časopis*, roč. 45, č. 2, s. 243-265.
31. Jeřábek, Hynek. 2005. Rodinná péče o staré lidi. Praha: : Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.
32. Jeřábek, Hynek. 2005. Úvodem k mechanismům sociální soudržnosti. In: Hynek Jeřábek et al. Rodinná péče o staré lidi. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie, s. 7-8.

33. Kalvach, Zdeněk, Zadák, Zdeněk, Jirák, Roman, Závazalová, Helena, Sucharda, Petr a kol. 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada.
34. Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie. 2008. Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti. Zadání, teoretická východiska, širší souvislosti. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.
35. Laslett, Peter. 1991. A Fresh Map of Life: the Emergence of the Third Age. Cambridge: Harvard University Press.
36. Lesthaege, Ron. 1995. The Second Demographic Transition in Western Countries: An Interpretation. In K-Oppenheimer Mason, A. Jensen (eds.) Gender and Family Change in Industrialized Countries. Oxford: Oxford University Press, pp. 17-62.
37. Levine, Carol. 1999. Home Sweet Hospital: The Nature and Limits of Private Responsibilities for Home Health Care . Journal of Aging and Health, Vol. 11, No.3, pp. 341-59.
38. Lüscher, Kurt, Pillemer, Karl. 1998. Intergenerational Ambivalence: A New Approach to the Study of Parent-Child Relations in Later Life. Journal of Marriage and Family, Vol. 60, No. 2, pp. 413-425.
39. Malíková, Eva. 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing a.s..
40. Maslow, Abraham. 1954. Motivation and personality. New York: Harper a Row.
41. McDonald, Peter. 2000. Gender Equity in Theories of Fertility Transition. Population and Development Review, Vol. 26, No. 3, pp. 427-439.
42. Mlýnková, Jana. 2010. Pečovatelsví 1. díl: Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost. Praha: Grada Publishing, a. s..

43. Možný, Ivo a kol. 2004. Mezigenerační solidarita: výzkumná zpráva z mezinárodního srovnávacího výzkumu "Hodnota dětí a mezigenerační solidarita". Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2004.
44. MPSV. 2003. Bílá kniha v sociálních službách [online]. [cit. 2014-11-25]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf
45. Mühlpachr, Pavel. 2004. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita.
46. OECD. 1998. Maintaining Prosperity in an Ageing Society [online]. Paris: OECD. [cit. 2014-10-5]. Dostupné z WWW: <http://www.oecd.org/dataoecd/21/10/2430300.pdf>
47. Pacovský, Vladimír. 1990. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum.
48. Palmore, Erdman. 1999. Ageism: Negative and Positive. New York: Springer.
49. Parsons, Talcott. 1942. Age and Sex in the Social Structure of the United States [online]. American Sociological Review, Vol. 7, No. 5, pp. 604-616 [cit. 2014-11-25]. Dostupné z WWW: <http://web.ics.purdue.edu/~hoganr/SOC%20602/Spring%202014/Parsons%201942.pdf>
50. Pierret, Charles R.. 2006. The "Sandwich Generation": Women Caring for Parents and Children [online]. Monthly Labor Review, Vol. 129, No. 9, pp. 3-9 [cit.2014-12-11]. Dostupné z WWW: <http://www.bls.gov/opub/mlr/2006/09/art1full.pdf>
51. Pichaud, Clément, Thureau, Isabelle. 1998. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál.
52. Populační prognóza ČR do r. 2050. 2004. Projekce obyvatelstva České republiky In: Český statistický úřad [online]. [cit. 2014-10-10]. Dostupné z WWW: <https://www.czso.cz/documents/10180/20538390/4025rra.pdf/9142790b-9517-463c-860b-8fc78897f30d?version=1.0>

53. Portál Bazální stimulace [online]. [cit. 2014-12-10]. Dostupné WWW z: <http://www.bazalnimstimulace.cz/>
54. Portál Česká alzheimerovská společnost [online]. [cit. 2014-12-13]. Dostupné WWW z: <http://www.alzheimer.cz/socialni-sluzby-cals/respitni-pece/>
55. Portál Home Care Services & Supplies [online]. [cit. 2014-12-10]. Dostupné WWW z <http://www.homecare.cz/>
56. Portál Nemocnice v Semilech [online]. [cit. 2014-12-11]. Dostupné WWW z <http://www.nemsem.cz/propacienty/respitnipece/8-clanky/217-respitnipecepodrobne>
57. Portál Osobní asistence: [online]. [cit. 2014-12-11]. Dostupné WWW z: <http://www.osobniasistence.cz/tema=1&article=2&detail=4>
58. Powell, Jason. L. 2006. Social Theory and Ageing. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
59. Přidalová, Marie. 2006. Mezigenerační solidarita a gender: (pečující dcera a pečující synové). Gender, rovné příležitosti, výzkum [online]. Sociologický ústav Akademie věd České republiky, roč. 7, č. 1 [cit.2014-11-21]. Dostupné z WWW: http://www.genderonline.cz/uploads/5b253b230fc214bd0bbc612aa9946ddbc3f237d1_mezigeneracni-solidarita-a-gender.pdf
60. Rabušic, Ladislav. 2000. Je česká společnost postmaterialistická? Sociologický časopis, roč. 36, č. 1, s.3-22.
61. Rabušic, Ladislav a Petrová Kafková, Marcela. 2011. České hodnotové proměny 1991-2008 (European Values Study). Brno: Fakulta sociálních studií MU.
62. Rashid, Sharifan. N. A. 2007. Active Ageing of Older Persons: The Case for Malaysia. Seminar on the Social, Health and Economic Consequences of Population Ageing in the Context of Changing Families. 25-27 July 2007 Bangkok.

63. Rubášová, Martina. 2005. Solidarita v rodině: genderové role v péči o závislé osoby. In: Hynek Jeřábek et al. Rodinná péče o staré lidi. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie, s. 42-48.
64. Silverstein, Merril a Bengston, Vern L. 1997. Intergenerational Solidarity and the Structure of Adult Child-parent Relationship in American 72 Families. *The American Journal of Sociology*, Vol. 103, No. 2, pp. 429-460.
65. Sobotka, Tomáš, Zeman, Kryštof a Kantorová, Věra. 2003. Demographic Shifts in the Czech Republic after 1989: A Second Demographic Transition View. *European Journal of Population* 19, pp. 249-277.
66. Strašíková, Blanka. 2004. V roli rodičů a prarodičů. Praha: Karolinum.
67. Svobodová, Kamila. 2010. 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. s. 185-194. Dostupné z WWW: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do_1574.pdf
68. Svobodová, Kamila. 2011. Demografické stárnutí a jeho dopady [online]. *Demografie*, revue pro výzkum populačního vývoje [cit. 2015-02-02]. Dostupné z WWW: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=764
69. Sýkorová, Dana. 1996. Rodina staršího středního věku v systému příbuzenské pomoci a podpory. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, Vol. 32, No. 1, pp. 51-66.
70. Sýkorová, Dana. 2006. Od solidarity jako základu intergeneračních vztahů v rodině k ambivalenci a vyjednávání. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, Vol. 42, No. 4, pp. 683–699.

71. Sýkorová, Dana. 2007. Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
72. Tošnerová, Tamara. 2001. 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 Praha.
73. Tošnerová, Tamara. 2002. Příručka pečovatele: starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině - a co dál? Praha: Ambulance pro poruchy paměti.
74. Townsend, Peter. 1981. The Structured Dependency of the Elderly: A Creation of Social Policy in the Twentieth Century. Ageing and Society, Vol. 1, No. 1, pp. 5-28.
75. Vágnerová, Marie. 2000. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál.
76. Vágnerová, Marie. 2007. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum.
77. Vidovičová, Lucie. 2008. Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti. Brno: Masarykova univerzita.
78. Vidovičová, Lucie a Rabušic, Ladislav. 2003. Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti: Zpráva z empirického výzkumu. Praha: VÚSPV- výzkumné centrum Brno. Dostupné z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vidrab.pdf>
79. Vidovičová, Lucie, Rabušic, Ladislav a Mazáčová, Martina. 2003. Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
80. Vítková, Lucie. 2011. Populační vývoj zemí po demografické revoluci. Praha: Disertační práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Prof. Ing. Zdeněk Pavlík, DrSc.
81. Vohralíková, Lenka a Rabušic, Ladislav. 2004. Čeští senioři včera, dnes a zítra. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

82. WHO. 2002.Active Ageing: A Policy Framework [online]. Geneva: WHO. [cit. 2014-10-5]. Dostupné z WWW: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMh_NPH_02.8.pdf
83. Zákon 208/2006 Sb. O sociálních službách [online]. [cit. 2014-11-3] Dostupné WWW z: https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf
84. Zdravi.e15.cz: Zdravotnictví a medicína. [online]. [cit. 2014-12-13]. Dostupné WWW z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/strategie-pece-o-starnouci-populaci-341318>

6 RESUMÉ

As a result of demographic changes, our society has been constantly changing. Ageing populations have become not only a significant change but a problem too. The reason is that the number of people depending on others has been constantly increasing. The provision of care for elderly has become a contemporary topic. Almost every old person subsequently loses a certain level of autonomy and depends on assistance of others. A family should play a major role in this type of care. However, the aim of this thesis, especially in the empirical part, is to focus on current trend in solving the problem, so called combined care, which consists of both, the family and social service.

This thesis is composed of the theoretical part and the empirical research. In terms of theoretical part, it is focused on demographic transition of ageing, sociological theory of ageing, intergeneration relationships and care for elderly and combined care. The theoretical part is followed by the empirical research which is highly connected with combined care. Both parts also map this special social service together with a family care and describe how all the persons who are involved perceive it and feel about it.

7 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Otázky rozhovoru

Rozhovor s pečujícím členem rodiny

1. Kolik vám je let?
2. Jaké je vaše zaměstnání v současné době?
3. O koho v současné době pečujete?
4. Kolik členů rodiny pečuje o vašeho seniora (maminku, tatínka)?
5. Jak daleko bydlíte od seniora (maminky, tatínka)?
6. Do jaké míry považujete seniora za soběstačného?
7. Jak dlouho pečujete o seniora?
8. Kde vidíte největší slabiny a problémy v pečování o seniora?
9. Z jakého důvodu jste přistoupil/a ke kombinované péči?
10. Jakých pomocných služeb využíváte?
11. Proč jste zvolil právě pomoc pečovatelských služeb nikoliv institucionální péče?
12. Jaké vidíte výhody kombinované péče oproti samostatné péči rodiny?
13. Změnil se nějakým způsobem váš vztah se seniorem od té doby, co o něj nepečujete sám?
14. Jak hodnotíte tuto kombinovanou péči?
15. Jak si představujete péči o seniora do budoucna?

Rozhovor s pečovatelem

1. Jak dlouho už tuto práci děláte?
2. Kolik seniorů máte na starosti?
3. Jaké podmínky a možnosti péče umožňuje středisko sociální péče?
4. Jaké vztahy máte se seniory? Čistě profesionální či spíše na přátelské úrovni?

5. V čem je kombinovaná péče výhodnější než samostatná institucionální péče?
6. Jakou roli hraje věk seniora respektive míra jeho nesoběstačnosti při pečování?

Nyní se pojdme bavit o seniorovi

7. Jak hodnotíte míru soběstačnosti „seniora“?
8. Co je vaší náplní práce?
9. Kolik hodin týdně strávíte pečováním o seniora?
10. Jaký je váš vztah se seniorem?

Rozhovor se seniorem

1. Kolik vám je let?
2. Do jaké míry se hodnotíte za soběstačného?
3. Z jakého důvodu jste souhlasila s kombinovanou péčí?
4. Jak vnímáte středisko sociální péče/ pečovatelskou službu?
5. Jaké služby profesionálů využíváte?
6. Jakou výhodu vidíte v kombinované péči oproti samostatné péči rodiny?
7. Myslíte si, že kombinovaná péče je pro vás vhodnější než samostatná institucionální péče?
8. Jak vnímáte svůj vztah s pečovatelem?
9. Jak hodnotíte vztah s pečujícím z rodiny? Změnil se nějakým způsobem od té doby, co využíváte i podpůrnou pomoc?
10. Jak si představujete zajištění péče o vás do budoucna?

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Tímto souhlasím s účastí ve výzkumu „Kombinace sociální a rodinné péče o seniory“. Byl/a jsem podrobně seznámena s obsahem i účelem výzkumu a jsem si vědoma rizik, výhod i nevýhod, které pro mě z účasti ve výzkumu plynou. Také jsem obeznámena s tím, že moje jméno bude změněno tak, aby byla zachována moje anonymita v souladu s platným zákonem o ochraně osobních dat.

Jméno, příjmení a podpis účastníka ve výzkumu:

.....

V dne.....

