

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra sociální pedagogiky

**MEZIGENERAČNÍ VZTAHY V RODINĚ
V KONTEXTU NEMOCI SENIORŮ**

Bakalářská práce

Autor: Tereza Chladová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Gabriela Slaninová, Ph.D.

Oponent závěrečné práce: Mgr. Leona Stašová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Tereza Chladová
Studium:	P16P0642
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních
Název bakalářské práce:	Mezigenerační vztahy v rodině v kontextu nemoci seniorů
Název bakalářské práce AJ:	Intergenerational relationships in the family in the context of seniors' illness
Cíl, metody, literatura, předpoklady:	
Cílem práce bude s oporou o odbornou literaturu popsat a analyzovat rodinu, vztahy napříč generacemi v rodinách a ve výzkumném šetření zjistit zkušenosti současných dospělých s vlivem nemoci seniorů na vzájemné mezigenerační vztahy. Bude zvolena kvalitativní výzkumná strategie, metodou sběru dat bude polostrukturovaný rozhovor, data budou analyzována za využití elementů zakotvené teorie.	
Garantující pracoviště:	Katedra sociální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	Mgr. Gabriela Slaninová, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Leona Stašová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	6.11.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Dále prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání se bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

V Hradci Králové dne.....

Podpis studenta.....

Poděkování

V první řadě bych chtěla velmi poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Gabriele Slaninové, Ph.D. za její trpělivost, odborné vedení, náměty a připomínky.

Dále bych chtěla poděkovat všem mým respondentům, kteří mi poskytli rozhovor a podělili se tak o své příběhy.

Velké díky patří mé rodině a mému přítelovi, kteří mi byli po celou dobu studia psychickou oporou a věřili ve mě.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala své kolegyni Andree Mokrenové, která mi byla po celou dobu psaní práce velkou podporou.

ANOTACE

CHLADOVÁ, Tereza. *Mezigenerační vztahy v rodině v kontextu nemoci seniorů*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019. 50 s. Bakalářská práce.

Cílem práce je s oporou o odbornou literaturu popsat a analyzovat rodinu, vztahy napříč generacemi v rodinách a ve výzkumném šetření zjistit zkušenosti současných dospělých s vlivem nemoci seniorů na vzájemné mezigenerační vztahy. Je zvolena kvalitativní výzkumná strategie, metodou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor, data jsou analyzována za využití elementů zakotvené teorie.

Klíčová slova: mezigenerační vztahy, rodina, dospělý, senior

ANNOTATION

CHLADOVÁ, Tereza. *Intergenerational relationships in the family in the context of seniors' illness*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2019. 50 pp. Bachelor Degree Thesis.

Based on expert materials, this barchelor thesis will describe and analyze the family, relationships across generations in families. In the research phase it will find out the experience of current adults with the influence of seniors' disease on intergenerational relationships. It will use a qualitative research method – the data will be collected via a semi-structured interview and will be analyzed with the help of the grounded theory.

Key words: intergenerational relationships, family, adult, senior

OBSAH

Úvod.....	8
1 Stav poznání a teoretický background	10
2 Charakteristika vybraných období vývoje člověka se zřetelem k věku dospělosti a stáří	13
2.1 Období dospělosti.....	13
2.1.1 Mladá dospělost	14
2.1.2 Střední dospělost.....	16
2.1.3 Starší dospělost	17
2.2 Období stáří	18
3 Rodina jako místo setkávání generací.....	21
3.1 Struktura a funkce rodiny	21
3.2 Role dospělého (rodiče) a seniora (prarodiče) v rodině	22
3.3 Sendvičová generace	23
3.4 Rodinní příslušníci jako pečovatelé	24
4 Nemoc jako činitel ovlivňující mezigenerační vztahy v rodině.....	26
4.1 Mezigenerační vztahy prarodiče – rodiče se zřetelem k mezigenerační solidaritě	26
4.2 Narušení funkce rodiny vlivem nemoci seniora.....	28
5 Výzkumné šetření.....	31
5.1 Cíl výzkumu, výzkumný předpoklad, výzkumné otázky	31
5.2 Charakteristika výzkumného šetření a výzkumného vzorku.....	32
5.3 Analýza získaných dat.....	34
5.4 Shrnutí a interpretace výsledků výzkumného šetření.....	41
Závěr	45
Zdroje.....	47
Monografie.....	47
Internetové zdroje	49

Seznam tabulek	50
Přílohy.....	I
Příloha A: Struktura tazatelských otázek	I
Příloha B: Ukázka rozhovoru (respondentka 2).....	II

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá zkušenostmi současných dospělých s vlivem nemoci seniorů na vzájemné mezigenerační vztahy v rodině. Zásadní otázkou je, jak se tyto vztahy vlivem nemoci postupně měnily. Výzkum se zabývá třemi fázemi mezigeneračních vztahů, které ovlivnily nemoc seniora, a to stavem před nemocí, během nemoci a konečným stavem – ustálením těchto vztahů, který plyne z neměnnosti zdravotního stavu seniora. Předpokládám však, že dotazovaní se budou nacházet ve druhé fázi, kdy se nemoc ještě stále proměňuje a nejedná se tak o stereotypní způsob péče o stárnoucího rodiče.

Mojí osobní motivací pro to, abych se zabývala tímto tématem, je soužití ve vícegenerační rodině a následná péče o mou nemocnou babičku. A také proto, že se s tímto tématem v posledních pár letech poměrně často setkávám, mnoho mých přátel a známých řeší stejné či podobné situace jako naše rodina. Mým osobní cílem je zjistit další informace o rodinné péči a prozkoumat, jak nemoc mění vztahy v rodině, abych si rozšířila své povědomí a dokázala na tuto situaci pohlížet i z jiného pohledu.

Zároveň toto téma vnímám jako významné téma sociálně-pedagogické oblasti, neboť se jedná o rodinný systém, zahrnující jednotlivé členy ve vzájemných vztazích, přičemž někteří tito členové jsou potřební a vyžadují specifickou péči, která klade nárok na blízké okolí, především pak na poskytovatele této péče.

Dle obecně známých informací populace v České republice stárne, tedy poskytování péče stárnoucím rodičům se týká stále více dospělých „dětí“. S trendem pozdějšího mateřství se pak pojí souběh péče o rodiče a děti, což vytváří tzv. sendvič – odtud specifikace takovýchto rodin na tzv. sendvičové rodiny či sendvičovou generaci. V literatuře se sendvičovou rodinou zabývá například Kristine Bertini (2013, s. 13), která ji vysvětluje tak, že *„lidé dospěli do středního věku a ocitli se mezi svými nezaopatřenými dětmi a stárnoucími rodiči jako náplň do sendviče: pečují, obstarávají a naplňují to, co se jeví jako nekonečné: příliš početné a někdy až závratné potřeby jak jejich potomků, tak seniorů v rodině.“*

Většina bakalářských či diplomových prací, které byly na toto téma napsány, se zaměřovaly na problematiku domácí péče¹ či na mezigenerační vztahy samotné². Ráda bych prací obohatila teoretické i praktické podloží tohoto problému, jelikož si myslím, že podobnou situaci musí řešit mnoho rodin a tato práce by pro ně mohla být jakýmsi návodem či pomůckou, jak péči o seniora a s ní měnící se mezigenerační vztahy zvládnout. Chtěla bych do práce přinést příběhy lidí a jejich pohled na tuto situaci nebo řešení takové situace. Myslím si, že toto téma je velmi důležité a měli bychom se mu věnovat, jelikož se ve společnosti (mimo odbornou veřejnost) poměrně málo hovoří o tom, jak nemoc může změnit vztahy v rodině a jaký to má dopad na pečující osoby.

Cílem práce je proto s oporou o odbornou literaturu popsat a analyzovat rodinu, vztahy napříč generacemi v rodinách a ve výzkumném šetření zjistit zkušenosti současných dospělých s vlivem nemoci seniorů na vzájemné mezigenerační vztahy. Vzhledem k cíli práce je zvolena kvalitativní výzkumná strategie, polostrukturovaný rozhovor, data jsou analyzována za využití elementů zakotvené teorie. Předpokladem pro výzkum je, že nemoc seniorů negativně ovlivní mezigenerační vztahy v rodině.

¹ blíže viz M. Závadská (2017), J. Grulichová (2017)

² podrobněji viz M. Kořínková (2011)

1 STAV POZNÁNÍ A TEORETICKÝ BACKGROUND

Jedním z hlavních problémů 21. století je stárnutí populace. K 31. 12. 2016 podle Eurostatu je v České republice podíl lidí, od 65. roku života a výš, 18,3 %³. Starších lidí přibývá, je to způsobeno nízkou porodností a nízkou úmrtností, lidé se dožívají stále vyššího a vyššího věku, což je zapříčiněno lepšími podmínkami k životu a vysokou úrovní zdravotnické péče. V rozporu s tímto se ale také objevuje mnoho nemocí, které postihují seniory a jejich rodiny jsou nuceny řešit situaci, kdy se senior o sebe nedokáže postarat. Čím dál častěji se objevuje termín *sendvičová generace*, kdy je dospělý nucen se starat o své nedospělé děti a zároveň o své stárnoucí rodiče.

Stěžejní pro tuto práci jsou vývojová období člověka se zřetelem ke kategorii dospělých a seniorů. Pod pojmem současný dospělý si můžeme představit širokou škálu lidí. V naší společnosti je jediným ukazatelem dospělosti zletilost (právní dospělost). Současnému dospělému rozumím v souladu s Vágnerovou (2000, s. 301), která dospělost definuje takto: *„dospělost primárně určena biologicky, avšak psychosociální vymezení dospělosti je složitější. Za nejvýznamnější psychické znaky dospělosti lze považovat samostatnost, relativní svobodu vlastního rozhodování a chování, spojenou se zodpovědností ke vztahu k druhým lidem, se zodpovědností za svá rozhodnutí i činy.“*

Pro výzkum budu vycházet z věkového rozpětí Vágnerové, která dělí dospělost na tři fáze, tj. mladá dospělost, střední dospělost (35-45 let) a starší dospělost (45-60 let). Respondenty budou dospělí jedinci, a to zejména ve věku od 35 do 50 let života, u nichž bude kritérium, aby se starali o své nesamostatné děti a zároveň o stárnoucí rodiče. Je patrné z definice Vágnerové, že každý jedinec dospívá jindy, a proto jsou zvoleni i respondenti mimo tuto stěžejní věkovou skupinu.

Vzhledem k tomu, že se bude práce zabývat problematikou mezigeneračních vztahů, je potřeba vymezit i pojem stáří, jelikož jsou senioři předmětem mého šetření. Vágnerová (2000) dělí stáří na rané a pravé, které je po 75. roce života. Kdežto B. L. Neugartenová (in Kalvach, 2004) dělí stáří na mladé (65-74 let), staré (75-84 let) a velmi staré stáří (85. let a více).

³ Český statistický úřad, 2017

Z výše uvedeného vyplývá, že součástí cíle práce je věnovat pozornost rodině. Rodina je velmi důležitou součástí v životě člověka. V průběhu času dosáhla rodina značných proměn, což samozřejmě ovlivnilo a měnilo i postavení starého člověka v ní. Dříve nebylo výjimkou, že více generací žilo pohromadě. Jedna domácnost zahrnovala rodiče, děti a prarodiče, z nichž každý měl v rodině svou úlohu. Tyto generace spojoval především majetek a vlastnictví a samozřejmě také citové vazby. Ne vždy ale bylo takové soužití ideální, zvláště pak v případě, že byla ekonomická situace rodiny nepříznivá a staří lidé tak někdy bývali svým dětem na obtíž. Také bývali staří lidé často vystaveni špatnému zacházení. (Topinková, 2005).

Ačkoli se má práce přímo nezabývá domácí péčí a pečujícími osobami – profesionály, považují ale pro potřeby práce smysluplné vymezit i pečující osoby, jelikož se ve svém výzkumném šetření budu ptát dospělých, kteří se o seniory starají. Matoušek (2003, s. 10) pečující osobu vnímá takto: „*Pečující osobou je ta osoba, která pečuje o příbuzného nebo osobu blízkou, bez jakéhokoli nároku na odměnu a hlavním motivem je rodinné pouto, případně citová vazba.*“

Jak vidno z kontextu výše, rodina je místo setkávání generací. A právě mezigeneračními vztahy a jejich podoba v kontextu nemoci seniorů je stěžejním tématem této práce. Podle Vágnerové (2000) se vztah mezi stárnoucím rodičem, který odchází do důchodu a jeho dospělým dítětem mění. Tento vztah má tři fáze: 1. fáze relativní symetrie, 2. fáze postupného zvyšování závislosti starých lidí. V této fázi se starý člověk stává závislým, díky úbytku sil a vzrůstající nemohoucnosti, ztrácí možnost poskytovat pomoc a podle sebe i svoji roli v rodině. Myšlenka, že se stávají zátěží v nich probouzí pocit selhání a také viny. V této fázi je typický konflikt mezi potřebou citové jistoty a potřeby nezatížit rodinu. Pro starého člověka je velmi komplikované přiznat okolí i rodině, že již na všechno nestačí a potřebuje pomoc. A poslední – 3. fáze trvalé závislosti starého člověka. V této fázi je člověk závislý na péči jiného člověka, respektive zvykl si být závislý. Může zde nastat i to, že se stane egoistickým a pouze na sebe zaměřeným člověkem. Jistě se mohou tyto faktory modifikovat či znásobovat vlivem nemoci seniora. Předpokládám, že respondenti budou disponovat originální zkušeností v tomto ohledu.

Do jisté míry se budu ve vztahu k předchozímu věnovat také mezigenerační solidaritě. Solidarita je obecně projevem vzájemné soudržnosti a pochopení mezi lidmi, projevem

odpovědnosti a odpoutání od vlastní slabosti. Čipkár (2013, s. 2) definuje solidaritu takto: „*Solidarita svojí podstatou vystupuje jako hodnota, která může zajistit důstojné životní podmínky všem občanům, může přispět preventivně k eliminaci sociálního napětí a konfliktů a tím fakticky podpořit sociální soudržnost dané společnosti.*“ Levická J., Levická K. a Truhlářová (2015) rozlišují solidaritu formální a neformální, podle způsobu, jakým je organizovaná. Neformální solidaritě zde bude věnováno více pozornosti – můžeme ji označit jako vřelou a probíhá na základě pokrevního příbuzenství (rodina). Podle účasti zapojení hovoříme o dobrovolné a povinné solidaritě. Otázkou pro realizovaný výzkum je, do jaké míry vnímají pečující své zapojení jako dobrovolné. Dalším rozdělením je solidarita jednostranná a oboustranná, kdy u jednostranné není žádný přímý vztah a pomáhající nemá žádná očekávání od toho, kterému pomáhá. Kdežto u oboustranné solidarity, která je založena na vzájemném vztahu, pomáhající čeká, že mu „dárce“ pomoc vrátí. I toto hledisko je teoretickou oporou pro výzkumný záměr.

2 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH OBDOBÍ VÝVOJE ČLOVĚKA SE ZŘETELEM K VĚKU DOSPĚLOSTI A STÁŘÍ

Tato kapitola pojednává o obdobích člověka, která jsou stěžejní pro bakalářskou práci, konkrétně jsou jimi dospělost a seniorský věk. Jak vyplývá níže z textu, každé období s sebou nese určitá specifika, která jsou důležitá a ovlivňují život jedinců, jejich přístup k životu i vztahový rámec mezi členy rodiny.

2.1 Období dospělosti

Cesta od dětství k dospělosti je dlouhá, avšak není zde výrazný předěl, který by tyto etapy odděloval. Na této cestě jsou **významné mezníky** (například maturita, plnoletost, získání řidičského průkazu a mnoho dalších), ale nejsou tak výrazné jako například v období dospívání či dětství, či **rozhodující události**, které jedince určitým způsobem změní, změní jeho myšlení, způsob života, ale pro okolí jsou tyto události často nevýrazné, které ujdou jeho pozornosti. Je proto velmi obtížné určit, kdy se člověk stává dospělým, zvláště v dnešní době, kdy jsou hranice dospělosti posunuty z důvodů dlouhého studia a odkládání nástupu do práce. (Langmeier, Krejčířová, 2006; Říčan 1989)

Vágnerová (2000, s. 301) dospělost definuje takto: *„dospělost primárně určena biologicky, avšak psychosociální vymezení dospělosti je složitější. Za nejvýznamnější psychické znaky dospělosti lze považovat samostatnost, relativní svobodu vlastního rozhodování a chování, spojenou se zodpovědností ke vztahu k druhým lidem, se zodpovědností za svá rozhodnutí i činy.“*

Z definice tedy vyplývá, že dospělým se člověk stává ve chvíli, kdy se stává samostatným a zodpovědným za svůj život a své rozhodnutí. U každého jedince dospělost nastupuje v jiný čas. Je ale také patrný rozdíl nejen mezi myšlením dvacetiletého a padesátiletého člověka, z tohoto důvodu pojednám o dospělosti v rámci několika fází a využiji diferenciaci dle tuzemských odborníků z řad vývojových psychologů.

Vágnerová (2000) dělí dospělost na tři fáze, tj. mladá dospělost, střední dospělost (35-45 let) a starší dospělost (45-60 let). Velmi podobně rozdělují etapy dospělého člověka Langmeier a Krejčířová (2006, s. 167), a to časná dospělost (od 20 do 25-30 let), střední dospělost (do 45 let), pozdní dospělost (od 45 do 60-65 let), avšak přidávají čtvrtou fázi,

a to stáří. Tyto etapy jsou orientační, jelikož u každého jedince nastupují rozdílně, mnohdy se překrývají. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Autoři se ve věkových rozděleních jednotlivých fází dospělosti rozcházejí. Pro potřeby práce je zvoleno rozdělení podle Vágnerové (2000), které je v kontextu cíle práce podrobně rozpracováno do samostatných podkapitol:

- mladá dospělost (20-35 let)
- střední dospělost (35-45 let)
- starší dospělost (45-60 let)

2.1.1 Mladá dospělost

Mladá dospělost je období, které nastupuje okolo 20. roku života a končí přibližně 35. rokem. Vágnerová (2000, s. 304) píše o této etapě takto: „*Mladá dospělost je dobou nadějí a jejich postupného naplňování. Většinu plánů je ještě možné uskutečnit. Je i dobou mnoha sociálních proměn, typickou značnou četností nových zážitků a zkušeností. Mladý člověk je otevřen všemu novému, i přijetí nových rolí, které chápe jako předpoklad získání nezbytných zkušeností i sebepotvrzení. Nové role jsou důkazem splnění určité sociální normy, ale stejně tak mohou uspokojovat individuální potřeby jedince.*“

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 170) definují časnou dospělost takto: „*toto období je odlišné jak od adolescence, tak od vlastní dospělosti – mladý člověk se již vymanil ze závislosti typické pro dospívající, ale nepřebírá ještě plnou dlouhodobou odpovědnost dospělého věku. Současně jde o životní fázi, v níž si člověk musí osvojit velké množství nových znalostí a praktických dovedností a je postaven před celou řadu zcela nových úkolů.*“

Thorová (2015, s. 440) uvádí, že: „*Mladou dospělost charakterizuje vrchol fyzických sil, rozmach tvořivosti, stabilizují se základní životní postoje.*“ K tomu dodává, že mladí lidé jsou stále velmi rizikovou skupinou pro vznik úrazu. Důležitým znakem mladé dospělosti je také fakt, že člověk dokáže žít svůj život alespoň částečně nezávisle na rodičích. V průběhu mladé dospělosti se vytváří zejména nezávislost postojová a emoční, postupně také ekonomická – člověk je samostatně výdělečně činný a v neposlední řadě fyzická – odstěhování se od rodičů. (Thorová, 2015)

Mladá dospělost je také obdobím, ve kterém je jedinec postaven před nové role a úkoly, avšak každý člověk dosahuje zralosti v jiném čase a přechod do dospělosti se neodehraje během jednoho dne. Dnes je to velmi dlouhé životní období. Stejně jako se prodlužuje doba dospívání, tak se také prodlužuje proces individualizace jedince. Zvyšují se neustále nároky na připravenost lidí převzít dospělé role. Na druhou stranu ale nastává určitá tolerance individuálních cest (například pozvolný vstup do zaměstnání, kdy jedinec často kombinuje studium a částečné zaměstnání či partnerské vztahy, kdy jedinci žijí ve volném svazku a odkládají manželství). Zvládnutí všech nových rolí – profesní, partnerská a rodičovská, potvrzuje status dospělosti. (Řičan, 1989; Langmeier, Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2000)

Tabulka 1 - Sekulární trendy ve vývoji obyvatel od roku 1989 (Langmeier, Krejčířová, 2006)

	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2001
sňatečnost (sňatky na 1000 osob)	7,8	7,0	6,4	5,3	5,6	5,2	5,1
průměrný věk: nevěsty	24,3	24,3	24,8	25,8	27,0	27,6	28,3
ženicha	27,2	27,5	27,9	28,8	30,0	30,6	31,3
průměrný věk matky při porodu	24,5	24,7	25,0	25,8	26,4	26,9	27,2
rozvodový index (rozvody/100 sňatků)	38,6	40,8	45,8	56,7	56,2	44,2	60,3
rozvody: do 3 let po sňatku (v %)	24,9	25,8	23,2	19,3	15,5	17,1	15,8
po 20 letech manželství (v %)	12,0	12,7	13,5	15,3	16,7	19,1	18,8
poměr rodin: s jedním dítětem	54,5	55,3	57,1	58,3	58,7	57,8	58,1
se dvěma dětmi	38,7	38,4	37,7	36,2	36,9	37,0	36,9
s více než třemi dětmi	6,8	6,3	5,6	5,5	5,3	5,2	5,0

V tabulce jsou viditelné faktory, které mimo jiné ovlivňují vztahy v rodině. V rámci jejich působení se proměňuje situace rodiny, její postavení ve společnosti i postavení člena rodiny (role) v ní samotné a tím i jejich vztahy. V důsledku toho, že se zvyšuje věk jedinců, kdy si pořizují první dítě, se objevují tzv. sendvičové rodiny (viz podkapitola 2.3), což má na vztahy v rodině také dopad, který může být negativní. V souvislosti s rozvodovostí lze uvést problematiku zvýšených nároků na dospělého, kterému zůstanou v péči děti i senioři. Dvojité pečování má mnohdy neblahý dopad na vztahy v rodině, jelikož je pečovatel velmi vytížen a projevuje se to na jeho fyzickém i psychickém

rozpoložení. Je také patrné, že stoupá počet rodin s jedním dítětem, což bychom mohli hodnotit částečně pozitivně, jelikož je tak více času na jednotlivé členy domácnosti a vyšší pravděpodobnost utužování a navozování kladných vazeb. Fakt, který je uveden však nemusí platit vždy a někdy může být naopak až přílišné pečování problémem.

2.1.2 Střední dospělost

Střední dospělost podle Vágnerové (2000) nastupuje okolo 35. roku života, s čímž koresponduje i periodizace dle Thorové (2015), avšak podle Langmeiera (2006) nastupuje mezi 25. až 30 rokem života.

Thorová (2015, s. 445) mj. uvádí, že: *„Společnost vnímá jedince středního věku jako vysoce produktivního, zkušeného a zralého člověka, který rozvíjí životní scénář, jež si naplánoval v době mladé dospělosti.“*

Mezi hlavní znaky střední dospělosti můžeme zařadit bilancování nad minulostí a také představy o budoucnosti. Jedinec si uvědomuje své budoucí časové omezení a v této souvislosti roste tendence zabývat se sám sebou. Jedinec posuzuje svůj dosavadní život a srovnává svou situaci s dřívější. Ve střední dospělosti má významnou roli stereotyp, člověk se již adaptoval na všechny role dospělého, zažil a vyřešil většinu běžných životních situací. Stereotyp tak nepřináší nic nového a je jakousi jistotou v životě jedince. Na druhou stranu se může objevit potřeba nových zážitků, jelikož stereotypní způsob života nepřináší nic nového a je monotónní. Někteří autoři hovoří o takzvané krizi středního věku. Podle Říčana (1989) je krize středního věku protestem proti rutině. (Vágnerová, 2000)

V souvislosti s cílem práce zmiňují, že v období dospělosti se také proměňuje vztah k rodičům. Může přetrvávat určitá iluze z dětství, že rodiče vždy dítěti pomohou a vše vyřeší. Rodiče jsou symbolická podpora i v dospělosti. Na druhou stranu si však zafixuje i určitá rovnocennost ve vztahu. V určitém bodě se však situace mění a jedinec ve střední dospělosti si začíná uvědomovat, že jeho rodiče stárnou a role přestávají rovnocenné a staří rodiče se stávají závislími na svých dětech. Postoj dospělých jedinců se tedy změní. Najednou jsou to oni, kdo přebírá veškerou zodpovědnost a jsou ve svém rozhodování sami. Poprvé dospělí jedinci získávají dominantní postavení. (Vágnerová, 2000)

Situace podle Vágnerové (2000), kdy si jedinci – v tomto případě „dospělé děti“ začínají uvědomovat, že jejich rodiče stárnou:

- 1) Rodiče odcházejí do důchodu a ztrácejí profesní roli
- 2) U stárnoucího rodičů se projevují první signály úbytku tělesných a duševních kompetencí
- 3) Rodiče bývají chronicky nemocní**
- 4) Někteří z rodičů v této době umírají

2.1.3 Starší dospělost

Starší dospělost je podle Vágnerové (2000) definována mezi 45. až 60. rokem života, přičemž věk 50ti let je považován za jakýsi mezník, který potvrzuje počátek stárnutí spojený s pozvolným úpadkem všech funkcí (zhoršuje se zrak a sluch, klesá tělesná síla a objevují se zdravotní obtíže). S tím souvisí také zvýšená nejistota a obavy ze selhání. V této době bývá vztah ke svým rodičům stabilizovaný, pokud však nedojde k proměně osobnosti starého rodiče.

Starší dospělost je obdobím, které každý jedinec prožívá velmi subjektivně. Může být velmi negativně hodnoceno v závislosti na mnoha změnách, kupříkladu se objevuje krize v manželství, obavy ze ztráty zaměstnání, přetížení související s péčí o své staré rodiče a často také vnoučata, mohou se objevovat také finanční problémy či obavy z nich. Naopak může být toto období hodnoceno velmi kladně z důvodu cestování, většího množství času, úbytku starostí a podobně. (Thorová, 2015)

Pro kontext s cílem práce svědčí skutečnost, že si jedinci v tomto věku uvědomují, že se jejich rodiče mohou měnit vlivem stáří či nemoci, a tím pádem se mění i vztah mezi nimi a zvyšuje se asymetrie mezi generacemi. Staří rodiče se stávají závislými na svých dětech. Tato situace není pro jedince ve starší dospělosti snadná a vyžaduje komplexnější změnu v názorech a postojích. Je třeba opustit zafixované představy o kompetenci rodičů a akceptovat současný zdravotní stav. Avšak je velmi obtížné se vyrovnat se tělesnými a psychickými změnami, které starého rodiče potkaly. Rodiče, který celý život fungoval jako opora a byl samostatný. Negativní změny v osobnosti rodiče mohou vést ke zhoršení vztahů mezi generacemi. Součástí jsou i negativní emoce, které jedince při péči o rodiče provázejí. (Vágnerová, 2000)

Matějček a Dytrych (1997, s.113) citují výpověď jednoho takového člověka: *“Co máte dělat, když zjistíte, že máma, kterou jste znali a měli vřele rádi, je někdo, koho už rádi mít nemůžete. Když zjistíte, že tato milovaná osoba je líná, špinavá a že o sebe naprosto nedbá... Už máte dost těch věčných požadavků, věčných stížností a věčně předstíraných nemocí, a to nemluvím o věčném citovém vydírání...”*

Vlivem změn psychiky se komplikují vztahy mezi starými rodiči a jejich dětmi. U starého člověka se mění emoční prožívání, celkové zpomalení a změna prožívání času, úpadek kognitivních procesů a změna postoje ke světu a egocentrismus. Starý člověk není schopen již komplexně uvažovat ani si zapamatovat množství informací jako dříve. Není schopen hodnotit situace z jiného pohledu než z toho svého. Tyto všechny faktory narušují komunikaci mezi generacemi. Staří lidé bývají často náladoví a častokrát nedokáží pochopit, že jejich dítě má spoustu povinností, přes které nemůže věnovat veškerý čas rodiči. Dalším stresovým faktorem může být i fakt, že starý člověk má neúnosné nároky, které nelze reálně splnit a odklad k plnění těchto nároků chápou jako neochotu a pomáhají si citovým vydíráním. Jejich děti často nevědí, jak se ke svým rodičům chovat a co tyto změny způsobuje. (Vágnerová, 2000)

2.2 Období stáří

Thorová (2015) období stáří, které dle ní začíná po 70. roce života, nijak nedělí – využívá pojmů stáří a dlouhověkost. Vágnerová (2000) dělí stáří na rané a pravé, které je po 75. roce života. Kdežto B. L. Neugartenová (in Kalvach, 2004) dělí stáří na mladé (65-74 let), staré (75-84 let) a velmi staré stáří (85. let a více).

Období stáří je poměrně těžké vymezit, jelikož je nutno rozlišovat normální a patologické stárnutí, které provází nemoci či prodělaná traumata. Míra projevů stáří je velmi individuální, jelikož se odráží v genetice i chování každého jedince. Průběh stáří je ovlivněn životním stylem, tudíž pohybem, stravou či výskytem rizikového chování. Dále je zde vliv zdravotních problémů – se zrakem, se sluchem, s pohybem a podobně. Pro stáří je charakteristické, že se u jedinců objevuje několik nemocí současně, což je velmi zatěžující. Proces stárnutí se objevuje u každého jedince jinak rychle, avšak stále existuje a nelze jej zastavit. (Thorová, 2015)

Období stáří má svůj specifický význam, a tím je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. To závisí na zvládnutí předchozích vývojových období. Dosažení integrity vede

k pochopení vlastního života. Stáří také přináší nové zkušenosti, se kterými je potřeba se vyrovnat. Postoj každého jedince ke stárnutí je rozdílný a je třeba si najít nový smysl života. Avšak najítí nového smyslu života je mnohdy často komplikováno, jelikož je ztěžováno mnoha ztrátami (ztráta zaměstnání, ztráta partnera atd.). Většina lidí není na období stáří připravena, odchod do důchodu přináší změny. Člověk ztrácí profesní roli a získává horší sociální status jako důchodce. Odchod do důchodu je jednoznačným znakem stáří, symbolicky člověk odchází ze společnosti do soukromí. (Vágnerová, 2000)

Období stáří sebou přináší různé změny psychických funkcí, které můžeme rozdělit na biologicky podmíněné a psychosociálně podmíněné. Do biologicky podmíněných řadíme celkovou pomalost, obtíže se zapamatováním a vzpomínáním si, myšlení se celkově zpomaluje a ochuzuje. Zpomalení výkonu však nemusí znamenat zhoršení kapacity (starý člověk je schopen činnost vykonat, avšak pomaleji). Do psychosociálních můžeme zařadit například postupný pokles funkčních rezerv či zhoršení adaptace na nové podmínky a situace. Potřeba učení je snížena, staří lidé dávají raději přednost stereotypu, jelikož jakákoli změna je pro ně velkou zátěží. Standardní situace jsou schopni vyřešit a nevzbuzují u nich úzkost. (Vágnerová, 2000)

Staří lidé potřebují citovou jistotu a bezpečí. Ve stáří se jedinci cítí ohroženi a jistota a bezpečí se pro ně stává významnější než dříve. Je to zapříčiněno úbytkem sil, ztrátou partnera či nemocí. Citová jistota je pro starého člověka velmi důležitá, jelikož jsou zde obavy z opuštěnosti či z nemoci. Za možné zdroje citové jistoty možno označit potomky seniorů. Otázkou k diskusi zůstává, zda jsou na poskytování takovéto opory dospělí, jejichž rodiče toto vyžadují, vybaveni, připraveni a naladěni. Změny osobnosti ve stáří jsou většinou považovány za negativní. Ty lze diferencovat dle Vágnerové do tří kategorií: (Vágnerová, 2000)

1. Úbytek kompetencí zvyšuje nejistotu a snižuje sebedůvěru – zdůraznění vlastností: opatrnost, nerozhodnost a puntičkářství (Vágnerová, 2000).
2. Nižší tolerance k zátěži – zdůraznění vlastností: bázlivost, úzkostnost a sklon k nespokojenosti (Vágnerová, 2000).
3. Nejistota ke vztahu k lidem, na kterých je starý člověk závislý, ale občas jim nerozumí – zdůraznění vlastností ve vztahu k lidem: egocentrismus, extraverze (familiárnost a dotěrnost), podezíravost a vztahovačnost, lakota či introverze, která vede k samotářství (Vágnerová, 2000).

Pro staré lidi je sociální kontakt důležitý, ale zároveň je třeba respektovat jejich soukromí. Staří lidé preferují zejména kontakty se známými lidmi, velký význam mají lidé ze sousedství, kteří vytvářejí jejich sociální teritorium. Pro tyto jedince je těžší navazovat kontakty s neznámými lidmi, souvisí s tím zejména nechuť dělat něco nového či strach z nových věcí – staří lidé upřednostňují stereotyp. Stejně jako v období dětství a dospívání je velmi důležitý kontakt s vrstevníky. Mají společná témata, lépe si rozumějí a chápou své obtíže. Toto vše posiluje pocit akceptace. Senioři také mají tendenci komunikovat prostřednictvím svých obtíží. Často proto, že se jim jinak nedaří upoutat pozornost. To se pak jeví jako neustálé stěžování si, které může vést ke zhoršení vztahů mezi generacemi. (Vágnerová, 2000)

Ve stáří se také mění nakládání s volným časem. Je potřeba vakuum, které vznikne po odchodu dětí, zaplnit zájmy. Aktivní stáří prodlužuje život. V opačném případě vstupuje do života seniora nuda a samota. Pokud senior má nedostatek sociálních kontaktů, tak se může stát náhradním společníkem televize. Prostřednictvím různých seriálů může starý člověk prožívat osudy hrdinů, zejména seriálových a sami se tak stávají symbolickými účastníky. Každý člověk má potřebu být členem nějaké sociální skupiny, ve které potřebuje být prospěšný a užitečný. Tuto potřebu je možné uskutečnit hlavně v rámci rodiny. Kontakt s rodinou uspokojuje psychické potřeby seniorů. Význam rodiny, tak s přibývajícím věkem stoupá. Zejména v širší rodině zastává velmi důležitou roli prarodiče. (Langmeier, Krejčířová, 2006; Vágnerová 2000; Tomeš, 2010)

3 RODINA JAKO MÍSTO SETKÁVÁNÍ GENERACÍ

Tato kapitola se bude věnovat rodině, jejím funkcím a také rolím v rodině. Rodina je místo setkávání generací a každý v ní má určitou roli. Pro bakalářskou práci je zásadní role pečovatele a seniora, kterým je proto věnován největší prostor. Pro cíl je nejzásadnější vymezit funkci emocionální a pečovatelskou.

Janiková (2012, s. 3) popisuje rodinu jako: „základní a neformální sociální skupinu, která má různou velikost i strukturu a rozličné vazby na společnost. Je místem, kde se setkává individuální, soukromé s veřejným a sociálním.“ Rodina je primární skupinou lidí, která má své znaky, kupříkladu komunikace tváří v tvář, sounáležitost (vzájemnost) či emocionální a intimní vazby. Důležité je pro rodinu solidarita, přizpůsobivost (schopnost změnit fungování rodiny či životní styl) a vzájemná komunikace. Tyto faktory výrazně ovlivňují fungování rodiny – zejména atmosféru při řešení problémů a možných změn. Rodiny, které jsou stejně soudržné jako přizpůsobivé, lépe snášejí těžké situace a proměny, což znamená, že jsou takové rodiny více odolné před narušením rodinného soužití i vztahů v nich. (Janiková, 2012)

Dle Šelnera (2011) lze rodinu definovat jako: „společenství různých generací, blízkých na základě určitého biologického vztahu (ale i sociálně nebo právně podloženého).“

3.1 Struktura a funkce rodiny

Jak píše Žumárová (2009): smyslem rodiny je zabezpečovat citové uspokojení všem členům rodiny a přinášet pocit sounáležitosti se všemi jejími členy Rodina by také měla zajistit, aby její členové nestrádali. Vragaš (1996, s. 63) definuje rodinu takto: „Rodina je přirozené společenství rodičů a dětí. Je tajemstvím lásky: manželské, mateřské, otcovské, dětské, bratrské, sesterské, prarodičů a vnoučat k prarodičům. Tato láska stmeluje rodinu.“

Základní funkce rodiny dle Langmeiera a Krejčířové (2006):

1. Reprodukční funkce – zajišťování kontinuity života
2. Hospodářská funkce – zabezpečení rodiny tak, aby nikdo nestrádal
3. Emocionální funkce – rodina by měla zajišťovat emoční uspokojení všem svým členům rovnoměrně a přinášet pocit sounáležitosti

4. Socializační funkce – rodina uvádí dítě do společnosti a předává mu základní kulturní statky společenství

Rodina uspokojuje nejhlubší citové potřeby, jako potřeba bezpečí, jistoty a pocitu, že je jedinec milován. Pokud je láska jako základ v rodině, je patrné, že se projeví v přirozené péči. Matoušek (1993) uvádí, že péče o ostatní členy rodiny je více než péče o sebe. Levická (2015) řadí mezi základní charakteristiky rodiny emocionální blízkost, vzájemnou péči, mezigenerační solidaritu a ochranu. Rodina dává člověku pocit sounáležitosti a dodává svým členům jistotu, že v čase nemoci nezůstane sám. Thoitsová (In: Mareš et al., 2003): Sociální opora plní řadu podstatných funkcí, které mu umožňují se integrovat, vytvořit si identitu, budovat si sebedůvěru a zvládat zátěž.

3.2 Role dospělého (rodiče) a seniora (prarodiče) v rodině

Jak píše Vágnerová (2000), rodičovská role je důležitou součástí identity dospělého člověka. Má velmi značný vliv na osobnost, jeho uvažování, prožívání a mezilidské vztahy. Tato role přináší pozitivní zkušenost, ale také určitou zátěž. Je to jediná role, která je nevratná, nadřazená a nezpochybnitelná. Je také nezpochybnitelných důkazem dospělosti. Rodičovská role se mění postupem času v závislosti na věku dítěte. (Vágnerová, 2000)

Také se postupem času mění vztah mezi jedincem a jeho stárnoucím rodičem. Rodiče stárnou a snižují se jejich kompetence. Jedinec pak musí potvrdit svou generativitu a musí se tak stát rodičem svých vlastních rodičů. Pomáhá jim se zařizováním a postupem času za ně musí i více rozhodovat. Může zde nastat rozpor, jelikož jedinec se stává autoritou svých rodičů a má nad nimi moc. (Říčan, 1989)

Jak píše Vágnerová (2000), role prarodiče je biologicky podmíněna a je jednou z těch, které potvrzují vlastní stárnutí. Často může být přijata negativně, což závisí na tom, zda je na ni jedinec připraven a jaká jsou jeho očekávání. Role prarodiče také mění vztah s vlastním dítětem. Všichni získávají novou roli a prarodič tak ztrácí další ze znaků své sociální nadřazenosti, jelikož se jeho dítě také stává rodičem a získává vyšší sociální status.

Identita starého člověka se váže na příslušnost k určité skupině a k určitému místu. Často používá minulost k vylepšení své identity, rád připomíná, kým byl a čeho dosáhl. Jednou z nejdůležitějších složek identity starého člověka je rodina. Prarodičovská role

se stává součástí identity jedince. Starý člověk má potřebu být ve vztazích prospěšný a užitečný a v rámci rodiny si senior může potvrdit svůj význam. (Vágnerová, 2000)

Je velký rozdíl mezi rolí babiček a dědečků v rodině. Každá role má své specifika. Babičky jsou brány jako citlivé, chápající a také pečující. Jednou z hlavních funkcí babiček je udržování kontaktů a setkávání celé rodiny. Babičky jsou narozdíl od dědečků více informovány o životě svých vnoučat. Další významnou úlohou je také výchova vnoučat. Babičky obvykle mají větší trpělivost při vysvětlování a mívají více času než rodiče. Dědečkové ale také hrají velmi významnou roli. Prarodič může například vnoučatům ukázat různé techniky práce, často s vnoučaty něco vyrábějí či opravují. Také je velmi důležité vyprávění babiček i dědečků. Prostřednictvím vyprávění předávají vzpomínky dalším generacím, čímž se protahuje rodinná paměť. (Žumárová, 2009)

Další důležitá úloha prarodičů v rodině je schopnost vyslechnout a poradit. Senioři mají více času si vnoučata vyslechnout. Je však důležité, aby nezasahovali do kompetencí rodičů. Pro radu si včas nemusí chodit pouze vnoučata, ale také i rodiče. Pro seniory jsou vnoučata velmi důležitá, pomáhají jim totiž překonat těžké období a přináší jim energii v době, kdy prarodičům docházejí síly. Často se vnoučata stávají novým smyslem života, jelikož uspokojují mnoho psychických potřeb, a také potřebu citové jistoty. (Žumárová, 2009; Vágnerová, 2000)

3.3 Sendvičová generace

Jak již bylo řečeno v první kapitole této práce, jeden z hlavních problémů 21. století je stárnutí populace. Páry odkládají rodičovství a staří lidé se dožívají mnohem vyššího věku, než tomu bylo kdysi. Avšak se také objevuje mnoho nemocí, které postihují staré lidi, kteří se pak o sebe nejsou schopni starat. Lidé středního věku se pak ocitají v sendvičové generaci, která ovlivňuje mnoho faktorů najednou (např. vztahy v rodině, zdraví, finance).

Bertini (2013, s. 13), vysvětluje sendvičovou generaci tak, že *„lidé dospěli do středního věku a ocitli se mezi svými nezaopatřenými dětmi a stárnoucími rodiči jako náplň do sendviče: pečují, obstarávají a naplňují to, co se jeví jako nekonečné: příliš početné a někdy až závratné potřeby jak jejich potomků, tak seniorů v rodině.“*

Obě “náplně sendviče”, tedy potomci i rodiče potřebují pomoc a péči od člověka uprostřed, tzv. náplně sendviče. Rodiče jsou tak lapeni mezi potřeby svých dětí a potřeby

starých rodičů či příbuzných. Jedinci ve středním věku tak musí zastávat několik rolí (partner, zaměstnanec, rodič a mnoho dalších). Je zřejmé, že všechny tyto role jsou velmi náročné jak časově, tak finančně, ale hlavně psychicky i fyzicky. (Bertini, 2013)

Thorová (2015) hovoří v této souvislosti o „sendvičové etapě“, která souvisí s obdobím starší dospělosti. Autorka tuto etapu popisuje (stejně jako Bertini) jako fyzicky a psychicky náročnou a velmi také stresující. Rodiče jedinců se stávají v některých případech bezmocní, a tudíž vyžadují mnoho času na péči. Na druhé straně jsou zde děti jedinců, kteří mnohdy řeší náročné životní situace spojené s dospíváním, které mohou vést k únavě, stresu a celkové životní nespokojenosti. (Thorová, 2015) Tlak z obou stran tak symbolizuje, že je jedinec tzv. uprostřed, což vyplývá i z výše uvedeného označení „náplň sendviče“, které užívá Bertini.

Věk dětí v sendvičové rodině není zas tak důležitý, jelikož potomci ve všech fázích vývoje potřebují, aby rodiče naplňovali jejich potřeby. Ale nejvíce od rodičů vyžadují čas. Což se může jevit jako náročný úkol při všech nárocích a požadavcích. Pokud mladší děti nemají plnou pozornost rodičů, mohou o ni usilovat nevhodným způsobem.

3.4 Rodinní příslušníci jako pečovatelé

Většina rodin se chce postarat o nemocného člověka doma a nechce jej dávat do ústavu. Avšak netuší, jak moc náročné to je. Péče o nemocné a stárnoucí rodiče může být stejně vyčerpávající jako o děti. Staří lidé potřebují pomoci se základními činnostmi, dochází u nich k regresi. Zatímco dospívající děti již základní činnosti zvládají, ale objevují se u nich další potřeby. (Bertini, 2013)

Kristine Bertini (2013) ve své knize uvádí, že je třeba k situaci přistupovat tvůrčím způsobem. Do péče o staré příbuzné je dobré zapojit i dospívající potomky. Jednak se bude pouto mezi prarodiči a vnoučaty posilovat, a také se děti naučí něco o empatii a dávání. Toto pouto je možné udržovat i prostými činnostmi jako je například sledování televize. Budou mít tak pocit, že jsou součástí života vnoučat. Je také dobré zapojit staré rodiče či příbuzné do chodu domácnosti (stačí maličkosti, jako třeba setření stolu po večeři). Starý člověk se tak bude cítit užitečný a součástí rodiny, což je velmi důležité. Mnoho seniorů se špatně vyrovnává s tím, že mu ubývají síly a není schopen vykovávat tolik činností jako dříve. (Bertini, 2013; Žumárová, 2009)

Rodiče by měli mluvit se svými dětmi o stavu jejich prarodičů a upozornit je na skutečnost, že se jejich stav může zhoršit a budou potřebovat větší pomoc. A pakliže budou o to stát, je možné je zapojit do péče o prarodiče. Také lze nastavit systém, který budou všichni členové rodiny dodržovat, a který vnese do rodinného systému jistotu. Pokud senior nežije se svými dětmi, je dobré vyčlenit dny, kdy ho bude rodina navštěvovat. Starý člověk tak bude vědět, kdy ho co čeká. U seniorů, kteří žijí u svých dětí je možné vyčlenit samostatný čas pro ně a také pro své potomky. Každý člověk potřebuje pozornost a péči a takto bude mít každý svůj čas. Tento systém může snižovat napětí a konflikty mezi generacemi. (Bertini, 2013)

Jeřábek (2005) uvádí kritické momenty osobní péče o staré lidi, kterými jsou: zdravotní problémy pečovatelek, osamělost pečovatelek, dlouhodobá osobní péče nachází nejméně pomoci státu nebo obce a traumata rodin, které musely předat starého člověka do institucionální péče. Mluví o ženách, jelikož se nejčastěji stávají pečovatelkami. Tyto ženy zažívají velkou fyzickou námahu, objevují se psychické poruchy v důsledku dlouhodobého stresu, jelikož pečovatelky většinu času nemohou odpočívat. Tyto faktory se objevují nejvíce u žen, které se o seniory starají samostatně, dlouhodobě a pečlivě (obětavě). Mnohdy se objevuje sociální izolace, což je spojeno s tím, že okolí mnohdy s péčí o seniora nepomáhá. Problémem je také to, že ačkoliv existuje podpůrná síť v rámci stravy, úklidu, zdravotního zásahu, případně i hygieny, připadá nejzásadnější péče stále na primární pečovatelské osobě. Velmi těžký moment zažívají pečovatelé v době, kdy se mají rozhodnout o ponechání seniora v rodinné péči či zvolit péči institucionální. Toto období provází pocity viny, výčitky, traumata plynoucí z obviňování neschopnosti se postarat o své blízké. Časté je psychické vyčerpání. (Jeřábek, 2005)

Je tedy třeba hledat rovnováhu. Rovnováhu mezi péčí o své děti, stárnoucí rodiče, ale také o sebe. I pečující člověk potřebuje péči. Je potřeba, aby si pečující člověk na sebe udělal čas, aby se mohl vyrovnat se stavem svého rodiče. Také je potřeba, aby člověk nebyl na péči sám, aby se nebál požádat někoho další o pomoc. Velmi důležité je, aby pečující člověk nezanevřel na své koníčky a zájmy, a také na partnerský život. Jedním z mnoha způsobů, jak si udržet přičetnost je nastavit si denní plán či rutinu. (Bertini, 2013)

4 NEMOC JAKO ČINITEL OVLIVŇUJÍCÍ MEZIGENERAČNÍ VZTAHY V RODINĚ

Jak vidno z kontextu práce, rodina je místo setkávání generací. A právě mezigeneračními vztahy a jejich podoba v kontextu nemoci seniorů je stěžejním tématem této kapitoly.

4.1 Mezigenerační vztahy prarodiče – rodiče se zřetelem k mezigenerační solidaritě

Podle Vágnerové (2000) se vztah mezi stárnoucím rodičem, který odchází do důchodu a jeho dospělým dítětem mění, tento vztah má tři fáze:

- 1. fáze relativní symetrie** – V této fázi jedinec ztrácí profesní roli a získává spoustu volného času, který obvykle využívá k pomoci svým dětem. V tomto období jsou zpravidla staří lidé schopni a jejich vztahy s dětmi jsou stabilní, jelikož mnoho nových konfliktů nevzniká. Zřídka hrozí konflikt z důvodu, že staří lidé potřebují potvrdit svoji roli přehnanou dominancí. Což je logické, jelikož pro starého člověka je velmi důležité vědět kam a ke komu patří, a že má v roli nezastupitelnou roli.
- 2. fáze postupného zvyšování závislosti starých lidí** – V této fázi se starý člověk stává závislým, díky úbytku sil a vzrůstající nemohoucnosti, ztrácí možnost poskytovat pomoc a podle sebe i svoji roli v rodině. Myšlenka, že se stávají zátěží v nich probouzí pocit selhání a také viny. V této fázi je typický konflikt mezi potřebou citové jistoty a potřeby nezatížit rodinu. Pro starého člověka je velmi komplikované přiznat okolí i rodině, že již na všechno nestačí a potřebuje pomoci. Jedinec to bere jako své ponížení.
- 3. fáze trvalé závislosti starého člověka** – V této fázi je člověk závislý na péči jiného člověka, respektive zvykl si být závislý. Je typické zvýšení úzkosti a strach z budoucnosti, proto může dojít k potlačení ohledů. Jedinec je bezmocný a bojí se ztráty svého zázemí a jediný způsob, jak se bránit, je emočními projevy. Ovlivněna je i rozumová složka a může dojít ke ztrátě soudnosti. Je pravděpodobné, že se jedinec stane egoistickým a pouze na sebe zaměřeným člověkem. Starý člověk nechápe, jak je péče o něj náročná a předpokládá, že se o něj děti postarají.

Vágnerová (2000) také mluví o mezigenerační koalici prarodičů a vnuků. Obě složky koalice jsou závislé na střední vrstvě, což jsou dospělí ve středním věku. Avšak i v tomto vztahu jde o proměnu vztahové symetrie.

- 1. Fáze asymetrického vztahu autority prarodičů k vnukem v dětském věku** – v této fázi jsou prarodiče soběstační a starají se o svá vnoučata. Jsou pro ně autoritou a vnoučata je plně respektují.
- 2. Fáze postupné symetrie rolí** – Vztah k prarodičům se mění tím, že děti dospívají a společnost prarodičů pro ně nebývá atraktivní (i když to není signál citovém úbytku). Dospívající vnoučata nejsou najednou ochotni se svěřovat a trávit svůj volný čas se starými lidmi, což si senioři mohou špatně vyložit a dostavuje se pocit nevděku a pocit bezvýznamnosti. Vztah s vnoučaty si snaží udržet finanční podporou. Často také staří lidé se snaží manipulovat a zasahovat do životů svých vnoučat podle svých představ.
- 3. Fáze nové asymetrie. Kdy se staří lidé stanou závislími na pomoci mladších členů rodiny, to znamená i na generaci vnuků** – mladá generace péčí o staré prarodiče získává novou roli a také pocit zodpovědnosti. Pokud mají jedinci hezké vzpomínky na prarodiče, tak jsou ochotni svým rodičům s péčí pomoci. Jsou také tolerantnější k někdy zvláštním požadavkům seniorů.

S ohledem na výše uvedené poukáží na mezigenerační solidaritu, kterou považují za významnou nejen pro fungování rodiny a vlastně i celé společnosti.

„Určitá míra mezilidské solidarity je jedním z předpokladů fungování společnosti, ba je přímo předpokladem její pouhé existence.“ (Keller, 2005, str. 91)

Mezigenerační solidarita souvisí s poutem rodinné solidarity. Vzor pomoci, který je přenášený z generace na generaci, souvisí s nápodobou chování v minulosti. Je velmi pravděpodobné, že děti svým rodičům „oplatí“ péči, kterou oni dříve poskytovali svým rodičům. Péče, kterou rodiče poskytovali svým dětem, je brána jako samozřejmá, naopak to však tak samozřejmé není. Rodinná péče je brána jako tradiční model, který je předáván z generace na generaci. (Novák, 2014; Jeřábek, 2013)

Jak píše Pacovský (1990, s. 59), pro domácí péči o seniora je potřeba splnit tři základní podmínky: „1. je nutné, aby rodina o nesoběstačného geronta chtěla pečovat, aby tato péče vycházela z jejich vlastní vůle a iniciativy. 2. Velmi důležitým aspektem je, aby měla rodina možnost se o starého člena rodiny postarat. 3. Nezbytnou věcí je, aby rodina byla kompetentní v péči o seniora, aby se uměla postarat a zabezpečit veškeré jeho potřeby.“

4.2 Narušení funkce rodiny vlivem nemoci seniora

Je jisté, že nemoc seniora změní vztahy v rodině. Mění se hlavně vztahy mezi seniory a jejich dětmi. Nemocí může být poznamenán také vztah mezi prarodiči a vnoučaty. Je možné, že nemoc seniora může zasáhnout do vztahů mezi rodiči-pečovatelí a jejich dětmi.

Níže uvedu v kontextu výzkumného záměru ve stručnosti konkrétní obtíže, s kterými se potýkají senioři po iktu. Obtížím svých rodičů čelí sekundárně i dospělé děti v rolích pečujících osob. Boháček a Polcarová (2007) uvádějí, že po cévní mozkové příhodě lze pozorovat změny ve sféře emoční, v chování i ve sféře osobnostní. Změny prožívání oscilují od emoční oploštělosti až apatie na straně jedné a dráždivostí a labilitou až s afektivními výbuchy na straně druhé. Běžně se objevuje úzkostlivost, deprese, hašteřivost či na druhé straně rigidita. Deprese je u pacientů po iktu jednou z nejčastěji pozorovaných poruch. Podle některých studií bývají depresivní změny pozorovány u pacientů s poškozením levého frontálního laloku, nebo může jít o přirozenou psychologickou reakci na tíživou životní situaci, kdy pacient ztrácí zdraví.

Z výše uvedeného vyplývá nutnost komplexní péče o stárnoucího seniora, který se zotavuje z onemocnění anebo je snaha o jeho stabilizaci, o které hovoří například Jeřábek (2005, s. 18) uvedl: „Je známo, že rodinná péče o staré lidi v sobě zahrnuje všechny složky péče, kterou starý člověk potřebuje: sociální, částečně zdravotní (pochopitelně s výjimkou akutní péče), fyzickou (pečovatelskou) i emocionální (citovou, podpůrnou).“ Tyto složky se vzájemně prolínají. Emocionální a sociální rovina je velmi zásadní, kdy by rodina měla seniorovi poskytovat oporu, dodávat sílu a být se seniorem v kontaktu, tedy být mu fyzicky i psychicky nablízku. Tyto dvě roviny velmi těžko nahradí institucionální forma péče. Zdravotní rovina bývá ve většině rodin na prvním místě – členové rodiny se přirozeně snaží, aby byl senior zdravý. Zajištění zdravotní roviny je vždy dlouhodobé, jelikož staří lidé mají mnoho zdravotních problémů a jejich rehabilitace nebývá snadná. V souvislosti s tímto se objevuje také fakt, že velmi často

jeden zdravotní problém odezní a nový přichází. Zdravotní rodinu může velmi dobře poskytnout institucionální forma péče. (Jeřábek, 2005)

Šelner (2011) zmínil problémy, které přináší péče o seniora. Prvním z nich je určitá závislost seniora na pečující osobě, která pramení z bezmocnosti a může vyústit v konflikty. Závislost se pojí i s neochotou spolupracovat a přijmout pomoc ze strany seniora. Dalším problémem je sociální izolace a sociální podpora, která je zmíněna výše (u Jeřábka). Jakožto třetí problém Šelner uvedl psychické a fyzické vypětí, které může vyústit, až v násilné chování nejen vůči sobě samému, ale i seniorovi či ostatním členům rodiny. Mimo tyto faktory uvádí Šelner také problém s časem, kterého má senior velmi mnoho a nemá příliš možností, jak jej využívat – často se tak senioři dívají pouze na televizi nebo vyžadují pozornost od pečující osoby i ostatních členů rodiny. Lze konstatovat, že výše zmíněné vztahům v rodině neprospívá.

Jak uvádí Jirásková (2005), mezigenerační konflikt patří vedle manželských sporů k nejčastějším sporům. Nejčastěji pak tyto konflikty pramení z pokřiveného názoru a představ o jiných generacích. Velmi důležitá je tedy mezigenerační komunikace, prostřednictvím ní by lidé měli dospívat k porozumění. Základním požadavkem komunikace je respektování druhého, což se může jevit jako obtížný úkol v případě, že se starý člověk mění a stává se egoistickým, mění se jeho charakterové vlastnosti. Je třeba překonávat, eliminovat či kompenzovat tyto překážky.

„Moderní starý člověk si chce vybrat a samostatně rozhodnout, i když už nemůže ani pořádně kousnout do jablka.“ (Berry, 2007, s. 17)

Pichaut, Thareauová, (1996, s. 44.): Autonomie a závislost na pomoci druhých se nevyklučují. Jedinec může být závislý a přitom autonomní. Závislost jedince spočívá v tom, že potřebuje pomoc v každodenních činnostech. Autonomie je definována jako schopnost vést život podle vlastních pravidel. Být pánem svého života a chování, být svobodný ve výběru. Opakem autonomie je heteronomie, která spočívá v tom, že člověk je kontrolován a veden ostatními ve všem, co se týká jeho života. Můžeme být závislí a zároveň autonomní. Podíl účasti pomáhajícího na pomoci druhému člověku je určen stupněm jeho autonomie a závislosti.

Jedinci, kteří se dlouhodobě starají o nemocné členy domácnosti, si často stěžují na nedostatečné ocenění, jelikož ten, o kterého se starají se projevuje jako nespokojený.

Dále jsou také pečovatelé, pokud museli kvůli péči opustit své zaměstnání, osamělí, zažívají pocity sociální izolace. Může se zde projevit také finanční závislost na partnerovi. Pokud však pečovatel dochází do práce, tak se projevuje velká únava a vyčerpání, které může ústít do syndromu vyhoření. Péče o staré lidi znamená častou vysokou fyzickou (časté zvedání přenášení či obracení), ale i psychickou námahu (je zde velké riziko vzniku psychických poruch, což je způsobeno dlouhodobým stresem a vypětím). (Novák, 2014; Jeřábek, 2013)

Novák (2014) píše, že neexistuje povinnost domácí péče rodiny o nemocného seniora. Záleží pouze na konkrétních lidech, na jejich silách, motivaci a možnostech. Avšak tento fakt může v rodině vyvolávat konflikty.

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Cíl výzkumu, výzkumný předpoklad, výzkumné otázky

Cílem výzkumného šetření je zjistit zkušenosti současných dospělých s vlivem nemoci seniorů na vzájemné mezigenerační vztahy. Zásadní otázkou je, jak se tyto vztahy vlivem nemoci postupně měnily. Výzkum se zabývá třemi fázemi mezigeneračních vztahů, které ovlivnila nemoc seniora – stavem před nemocí, během nemoci a konečným stavem – ustálením těchto vztahů, který plyne z neměnnosti zdravotního stavu seniora.

Předpokladem pro výzkum je, že nemoc seniorů negativně ovlivní mezigenerační vztahy v rodině, jelikož je nemoc více či méně zatěžujícím prvkem, který intervenuje do chodu domácnosti a zasahuje životy členů rodiny. Po cévní mozkové příhodě dochází ke změnám v emoční, behaviorální i osobnostní rovině. Seniori bývají psychicky křehčí, mnohdy emočně oploštělí, apatičtí anebo na druhé straně labilní a podráždění – tyto symptomy se navíc mohou střídat, což je pro pečovatele překvapující a tím náročné. V důsledku ztráty kondice a s vědomím ubývajících kapacity čelí také seniori po iktu depresivním náladám. Těživá situace pak „putuje“ v rámci rodinného systému jako příčina a následek – kdy v tomto případě příčinou je onemocnění seniora, respektive výše uvedené projevy nemoci a následkem jsou zvýšené nároky na péči stran členů rodiny a potažmo změny vztahů mezi disponovanými generacemi.

Předpokládám, že dotazovaní budou ve druhé fázi, kdy se nemoc ještě stále proměňuje a nejedná se tak o stereotypní způsob péče.

Tento vědecko-výzkumný předpoklad vychází z teorie, kdy je starý člověk odkázaný na pomoc ostatních, což může brát jako své ponížení a jeho jediným způsobem, jak se bránit jsou emoční projevy. U starého člověka také může dojít ke ztrátě soudnosti, kdy si starý člověk neuvědomuje, jak může péče o něj být náročná. Toto jsou faktory, které často negativně ovlivní mezigenerační vztahy.

Hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou zkušenosti současných dospělých s vlivem nemoci seniorů na vzájemné mezigenerační vztahy v rodině?

Dílčí výzkumné otázky:

- Jak vypadaly vztahy v rodině před nemocí seniora?
- Jak se vztahy změnilly během nemoci?
- Jak vztahy v rodině vypadají v konečném ustálení nemoci?

5.2 Charakteristika výzkumného šetření a výzkumného vzorku

Vzhledem k cíli práce je zvolena kvalitativní výzkumná strategie, jelikož nejde o získání statistických dat, ale o získání zkušeností současných dospělých s vlivem nemoci seniorů na vzájemné mezigenerační vztahy v rodině. Jak uvádí Hendl (1999, s. 16) „Kvalitativní výzkum se snaží o porozumění jevům, které zkoumá, snaží se jim na pozadí kulturních zákonitostí porozumět a vysvětlovat je.“ Miovský (2006) dodává, že klíčovými termíny pro kvalitativní výzkum jsou jedinečnost a neopakovatelnost.

Metodami kvalitativního výzkumu jsou rozhovor, pozorování a vyhodnocování, což jsou neustále prováděné každodenní činnosti. Hlavní předností těchto metod je získání obsáhlého popisu při zkoumání jedince, skupiny či určitého fenoménu. (Hendl, 1999)

Metodou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor. Švaříček, Šedřová (a kol., 2007, s. 13) o něm hovoří takto: „*cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu.*“ Smith In: Řiháček, Čermák, Hytych (2013, s. 15) definuje polostrukturovaný rozhovor takto: „*respondentovi umožněno volně mluvit o tématu, reflektovat svůj postoj k němu a rozvíjet o něm své myšlenky a zároveň je možné rozhovor usměrňovat tak, aby se respondent neodchýlil od tématu*“. Miovský (2006) dodává, že „*polostrukturované interview je zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview.*“

Data jsou analyzována za využití elementů zakotvené teorie. Řiháček a Hytych (2013) popisují tuto metodu takto: „*Hlavním cílem GTM⁴ je vybudovat teorii zkoumaného jevu: jeho abstraktní, teoretické uchopení, které nám umožní daný jev pregnantně pojmenovat, lépe mu porozumět v různých souvislostech a díky tomu být i úspěšnější v jeho předvídání a ovlivňování.*“ Jak uvádí Miovský (2006): „*Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je vytvořena*

⁴ GTM = grounded theory method = metoda zakotvené teorie

a prozatímně ověřena prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a analýzy těchto údajů“

V zakotvené teorii je úkolem výzkumné otázky přesně vyjádřit zkoumaný jev, na co se zaměřit a co o daném jevu vědět. Výzkumná otázka by neměla být příliš široká, jelikož vymezuje centrum našeho zájmu a také hranice. Často se zaměřuje na nějaký proces či průběh nějakého jevu s cílem popsat zákonitosti tohoto dění. (Řiháček a Hytych, 2013)

Výzkumný vzorek byl zvolen následovně a z následujících důvodů. Šetření je zaměřené na pečující jedince, nikoli na seniory. Tito jedinci byli vybráni záměrným výběrem (respondenty jsem zvolila v místě, kde se nachází rehabilitační ústav a kde se starají o pacienty po cévní mozkové příhodě) z důvodu, že mají zkušenosti se změnami v mezigeneračních vztazích, a tedy jsem předpokládala, že tyto budou umět popsat. Kritéria pro zařazení do výzkumného vzorku byla tato: Prvním a nejzásadnějším kritériem pro výběr jedinců do výzkumu byl fakt, že sami (bez pomoci jakékoli instituce) pečují/pečovali o nemocného seniora. Dalším kritériem bylo, že žijí v sendvičové rodině a starají se o své děti a zároveň rodiče. Cíleně byli přizváni ke spolupráci lidé ve věkovém rozmezí 40-60 let. Ačkoli to nebylo zamýšlené kritérium, shodou okolností se ve výsledku zúčastnily výzkumu čtyři ženy, které uvedená kritéria splňovaly. Této genderové vyhraněnosti rozumím v souladu s Hasmanovou Marhánkovou (2011) tak, že jsou to zpravidla ženy, které vstupují do rolí tzv. primárních pečujících osob, a to i v případě, že jde o rodiče jejich životního partnera. Sekundárními (doplňkovými) pečovateli se tak logicky stávají převážně muži a styl jejich péče je také oproti ženám mnohem více materiální.

V rámci etiky šetření byl od respondentek vyžádán ústní formou informovaný souhlas s participací na výzkumu. Rozhovorům tedy předcházelo setkání, kde bylo respondentkám vysvětleno, jakým problémem se bakalářská práce zabývá. Zároveň jim byly ve stručnosti představeny otázky, a to s cílem získat jejich vyjádření, zda jsou tazatelské položky srozumitelné. Respondentky také obdržely informaci, že kdykoli v průběhu šetření mohou ze spolupráce odstoupit. Této možnosti nikdo z dotazovaných nevyužil. Rozhovory byly realizovány u respondentek doma, aby se cítili uvolněně a nic je nerušilo. Se souhlasem respondentek byl pořízen audiozáznam, aby bylo možno rozhovory přenést do písemné podoby.

5.3 Analýza získaných dat

K analýze získaných dat je použito otevřené kódování. V zaznamenaných rozhovorech byly určeny podobnosti ve výrociích dotazovaných jedinců. Tyto podobnosti byly sloučeny do tzv. kódů. Podobné či shodné kódy se spojily do nadřazených skupin, do tzv. kategorií. Jednotlivé kategorie jsou přiřazeny k výzkumným dílčím otázkám, ke kterým se vztahují.

DVO1: „*Jak vypadaly vztahy v rodině před nemocí?*“

Kategorie 1: Oboustranně naplňující vztahy

- **Bezproblémové vztahy**
- **Příjemné návštěvy**
- **Běžné drobné konflikty**

Respondentky 1, 2 a 3 se shodují, že vztahy mezi respondentkami a seniory byly před nemocí bezproblémové. Lze je označit jakožto oboustranně naplňující, jelikož společně trávili čas, vždy se rádi navštěvovali a v rodině neprobíhaly výrazné hádky. Respondentka 2 hodnotí vztah mezi ní a seniorem, o kterého pečuje, dokonce jako nadstandartní. „*Naše vztahy, to je vztah tchýně-snachy, byly nadstandartní. Ráda jsem k rodičům manžela jezdila, a když byly děti malé, tak jsme u nich trávili veškeré víkendy.*“

I vztahy mezi ostatními členy v rodině byly u dotazovaných hodnoceny jako normální, hezké. Samozřejmě nepopírají, že by se v rodině neobjevovaly před nemocí konflikty. Mezigenerační konflikty jsou zcela běžné při soužití více generací. Takto hodnotí soužití respondentka 3: „*Vztah mezi námi byl celkem bez problémů. Samozřejmě to jako nebylo úplně dokonalé, ale tak to je asi při soužití více generací běžné. Jako jo, občas se objevily nějaký konflikty, ale to je asi v každé rodině.*“

Výjimku tvoří respondentka 4, která hodnotí vztahy v rodině jako napjaté. Vztahy v její rodině se zhoršily, jak sama respondentka uvádí, po smrti její matky před 20 lety. Respondentka uvedla, že před matčinou smrtí byly vztahy v rodině hezké, matka držela rodinu pohromadě.

DVO2: „*Jak se vztahy změnily během nemoci?*“

Kategorie 2: Náročné období směřující k přijetí nemoci

- **Šok a strach**
- **Obavy z toho, co bude dál**
- **První známky péče o seniora**
- **Potřeba pomoci**

Pro respondentky 1, 2, 3 i 4 byla diagnóza šokem, který byl doprovázen obavami, jak se bude situace v rodině vyvíjet nadále. Respondentka 2: „*Naše reakce, když jsme se dozvěděli, co se stalo... Zděšení, smutek, nervozita, nikdo nevěděl, co bude a jestli vše dobře dopadne.*“ Podobně popisuje reakci rodiny respondentka 3: „*Byl to pro nás pro všechny šok. Vůbec jsme netušili, co to bude vše obnášet. Babička ochrnula na celou půlku těla.*“ Reakce respondentek jsou pochopitelné a naprosto přirozené. Strach a obavy byly u respondentek 1, 2 a 3 umocněny tím, že měly kladný vztah se seniorem.

Respondentky 1, 2, 3 a 4 se shodly na tom, že ani jedna z nich neváhala se o seniora postarat, jelikož to braly za svoji povinnost. U respondentek 1, 2 a 3 tento pocit opět pramení z kladných vztahů, které mezi sebou měli před nemocí. Respondentka 4: „*Neváhala jsem se o tátu postarat. Cítila jsem, že mu to dlužím.*“ Ačkoli respondentka 4 popisuje vztahy v rodině jako napjaté, tak si nepřipustila, že by se o otce neměla postarat. Respondentka 2: „*Tím že naše vztahy před nemocí byly výborný, tak nám přišlo úplně normální, se postarat o člověka, který to v tu chvíli potřebuje.*“ Respondentce 1 ze začátku pomáhal s péčí její otec, který se o svou manželku denně staral a respondentka vždy po práci rodiče navštěvovala. Po smrti otce si pak svou matku přestěhovala k sobě. Respondentka 4 práci opustit nemohla a péči si rozdělila se sourozencem, který péči nakonec nezvládl a ona byla nucena požádat sousedy. Podle jejích slov na pečovatelku neměla dostatek prostředků a sousedi jejího otce byli jediným možným řešením. Respondentka 3 jako jediná se svou tchýní bydlí v jednom domě. Po propuštění seniorky z rehabilitačního ústavu, jí byla nápomocná tak, aby bylo zařazení zpět do života co nejšetnější.

Kategorie 3: Proměna seniora ze samostatného člověka na zcela závislého

- **Přechod od pozitivního k negativnímu**
- **Napjatá atmosféra a negativní emoce**
- **Odkázání na pomoc**
- **Velká proměna**
- **Nové negativní vlastnosti**
- **Vynucování pozornosti**

Respondentky 1, 2, 3 a 4 se shodly na tom, že nemoc seniora pozměnila. Respondentky 2, 3 a 4 v rozhovoru odpověděly, že bohužel negativně. Respondentka 1 zaznamenala negativní dopad, který se po umístění seniorky na psychiatrii, proměnil na pozitivní.

Respondentka 1 hodnotila vztah se svojí matkou před nemocí jako normální běžný. Taktéž hodnotila i vztahy mezi seniorem a ostatními členy rodiny: *„Dobře, s vnoučaty měla mamka vždycky hezký vztah, moc rádi jezdili k ní na prázdniny. Vždycky když jsme potřebovali, tak nám ráda pomohla a pohlídala. Taký s manželem si celkem rozuměli. Jenom měla drobné neshody, no takový ty úplně běžný, se švagrovými (sestrami od manžela).“* Po prodělané cévní mozkové příhodě, kdy její matka zůstala odkázána na pomoc, pocítila respondentka změnu mezi ní a seniorem. Jak sama uvádí, tak se její matka později stala na sebe zaměřenou osobou, která vyžaduje neustálou pozornost. Respondentka se domnívá, že tato změna chování pramení z faktu, že její matka byla celý život samostatná a těžko se srovnávala s tím, že je odkázána na pomoc ostatních. *„Před třemi lety jsme umístili mamku na psychiatrii, kde ji srovnali léky. Byla to neskutečná proměna. Začala se více zajímat a byla, no taková hodnější.“*

Respondentka 2 o své tchýni před nemocí: *„No, byla v pohodě. Se zájmem o všechno (o děti, o vnoučata, měla ráda návštěvy – na návštěvy sice nerada jezdila, ale návštěvy rády chodili k nim, protože u nich vládla pohoda).“* Respondentka uvádí, že její tchýně prodělala před pěti lety mozkovou mrtvici, kdy ochrnula na levou část těla a stala se zcela odkázána na pomoc ostatních. Po péči na rehabilitačním ústavu se její zdravotní stav zlepšil a seniorka odcházela po svých (jak uvedla respondentka v rozhovoru). *„Když to zpětně hodnotím, tak si myslím, že ze začátku žádná změna nebyla.“* Rodina respondentky věřila, že stav seniorky se bude lehce zlepšovat a vztahy v rodině zůstanou na stejné úrovni jako před nemocí. Jak uvádí respondentka: *„Tím že naše vztahy před*

nemocí byly výborný, tak nám přišlo úplně normální, se postarat o člověka, který to v tu chvíli potřebuje. Všichni jsme totiž věřili, že je možné, aby se člověk, který se na rehabiliták dostal jako ležák a po deseti týdnech odešel po svých, tak se dostal do stavu, kdy je schopný se o sebe postarat. Ovšem s postupujícím časem se ukázalo, že tomu tak nebude.“ Během let se vztahy mezi ní a tchýní rapidně zhoršily. „Dokonce bych řekla, že občas žárlí na svoje vnoučata, že ji berou čas, který byl určen jí... Jako občas mi i vpálí do obličeje, fakt ošklivě, že jako doufá, že se na mě děti jednou vykašlou.“

Respondentka 3 okomentovala změnu seniora takto: *„Projevila se u ní sobeckost. Upravuje si pravdu tak, jak se jí to hodí. V rodině začala být díky tomu dost často napjatá atmosféra. Tchýně začala mého manžela (svého syna) psychicky vydírat. Jako by ho chtěla mít jen sama pro sebe a já byla tou překážkou, proč to tak nemůže být.“* Z hovoru bylo místy slyšet zoufalství respondentky, která již neví, jak v péči o seniorku postupovat. Jelikož se kvůli péči často hádala s manželem, po nějaké době rezignovala na péči. *„Vypadá to, že má zájem jenom o sebe a jenom o své syny, aby byli jenom s ní – stačí ji, když vedle ní sedí a koukají s ní na televizi. Nemá zájem vést konverzaci, nezajímá se, ignoruje. Všechny bombarduje telefonáty kvůli kravinám, neustále si stěžuje, není s ničím spokojená. Vydírá rodinu, že by bylo lepší, kdyby tu už nebyla.“* Seniorka si také často vynucuje pozornost, a to většinou zdravotními komplikacemi. *„Nemůžeme nikam odjet, protože je jí hned špatně a chce odvézt do nemocnice. Simuluje, ale myslíme si, že je to už psychický. Tím simulováním si vynucuje pozornost.“*

Respondentka 4 se jako jediná ze všech dotazovaných stará o svého otce, taktéž po mozkové mrtvici. *„Situace pak už byla fakt neúnosná. Museli jsme otce umístit do ústavu. Během těch let jsme si prožili fakt peklo. Otec se stal defacto psychickým tyranem.“*

Kategorie 4: Proměna dospělého – rozšíření o roli pečovatele o stárnoucího seniora

- **Pomoc s každodenními činnostmi**
- **Odchod z práce**
- **Ztráta kontaktů**

Respondentka 4 se otce starala po smrti jeho ženy (své matky) a uvedla, že se její role pečovatele o mnoho nezměnila. Pouze vyžadovala více času. Práce se vzdát nemohla,

jelikož musela splácet hypotéku, a proto za otcem chodila každé odpoledne a víkendy trávila u něho. Respondentky 2 a 3 také nezaznamenaly výraznější změnu, seniorům pomáhají s každodenními činnostmi. Respondentka 1 byla nucena opustit práci kvůli péči, a jak sama uvedla, byl to pro ni šok, protože přišla o veškeré kontakty a byla pouze doma se svou matkou, která vyžadovala 24hodinovou péči. Respondentka 1: *„Dříve jsem byla samostatná, chodila jsem do práce. Jak jsem odešla z práce, tak jsem přišla o skoro všechny kontakty. Vlastně jsem byla pouze doma s mamkou.“*

Kategorie 5: Negativní proměna mezigeneračních vztahů během nemoci seniora

- **Upozadění ostatních členů rodiny**
- **Konfliktní situace**
- **Odcizení**
- **Negativní emoce**

Respondentka 1 se vzhledem k péči musela vzdát práce a svou matku přestěhovat do třípokojového bytu. Sama uvádí, že tato změna neměla dopad na vztah mezi nimi, avšak na vztah mezi vnoučaty a seniorkou ano. *„V průběhu let se situace měnila, např. v době, kdy musela bydlet nás doma v třípokojovém bytě, musely dcery ustoupit na pozadí, abychom mohli mamce zajistit lůžko. Jedno lůžko bylo v dětském pokoji určeno právě pro babičku.“* Toto soužití bylo doprovázeno konflikty, kdy seniorka žárlila na vnoučata a dcery respondentky na svou babičku. Respondentka uvádí, že po umístění seniorky na psychiatrii se vztahy zlepšily a vnučky ji moc rády navštěvují.

Respondentka 2 uvedla, že jejich vztahy před nemocí byly v celé rodině idylické a víceméně se v rodině neobjevovaly konflikty. Zároveň poukázala na perfektní vztahy mezi rodinou respondentky a rodinou jejího švagra (bratra manžela). *„Pravdou je, že jsme si hodně rozuměli a byli jsme spolu rádi. Trávili jsme spolu čas nejen na dovolených, ale jezdili jsme i na různé výlety, koupaliště, do kina a rádi jsme během léta spolu grilovali.“* Jak sama respondentka uvádí, vztahy v rodině péče o seniorku proměnila. Podle jejích slov to nebyla vyhrocená proměna, ale pomalé odcizení, jelikož přestali trávit čas se švagrovou rodinou a jejich konverzace se v dnešní době točí pouze okolo péče o seniorku. Respondentka nad touto změnou projevila smutek a zklamání, ale podle jejích slov je tato změna nevratná.

Respondentka 3 popisuje vztahy v rodině takto: „*Katastrofálně, narušuje to vztahy v celé rodině, každou chvíli je dusno, napjatá atmosféra.*“ Z jejího projevu bylo znát, že ji celá situace trápí, protože jak na začátku rozhovoru uvedla, vztahy v rodině byly před nemocí hezké, všichni spolu vycházeli dobře. Zároveň uvedla, že péče o tchýni změnila i vztah s jejím manželem, jelikož se kvůli péči dohadují, protože na to každý z nich má jiný názor. Respondentka nechce jít proti svému manželovi, takže po nějaké době na péči rezignovala a vykonává pouze nutnou péči.

Respondentka 4 sdělila, že vztahy v jejich rodině se nezhoršily, jelikož již před nemocí jejího otce byly velmi napjaté, což bylo zapříčiněno smrtí její matky, která podle respondentky držela rodinu pohromadě. Zároveň také uvedla, že kvůli péče o jejího otce, se ji rozpadlo manželství. „*Protože jsem nebydlela s tátou, tak jsem po mrtvici za ním musela denně docházet. Trávila jsem s ním každé odpoledne a díky tomu náš vztah s manželem ochladl. No, prostě jsme odcizili, přestali jsme si rozumět. Manžel mi vyčítal, že jsem málo doma. A že svůj čas trávím u otce.*“ Respondentka zůstala na vše sama, péče o otce a rozpad manželství ji dohnal k psychologovi.

Je patrné, že se mezigenerační vztahy proměnily více či méně k horšímu. Starý člověk touží po pozornosti a vyžaduje ji za každou cenu (starým lidem utíká čas jinak a je pro ně špatně pochopitelné, že dospělí jedinci nemají celý den čas a musí se kromě péče o seniora, také postarat o děti, chodit do práce, ...). Pokud se starý člověk stane závislým na péči, tak může dojít i ke ztrátě soudnosti a již si neuvědomuje, jak je péče o něj náročná.

Kategorie 6: Částečná změna životního stylu v důsledku péče o seniora

- **Narušení každodenního života**
- **Častější péče**
- **Navštěvování seniora**

Určitou změnu životního stylu alespoň částečně pocítily respondentky 1, 2, 3 a 4, jelikož péče o seniora samozřejmě narušila dosavadní všední systém, rituály nebo zcela jednoduše jen každodenní život. Asi největší změnu musela poustoupit respondentka 1, která kvůli péči o svoji matku musela odejít ze zaměstnání a starala se o ni 12 let doma. „*V průběhu let se situace měnila, např. v době, kdy musela bydlet nás doma v třípokojovém bytě, musely dcery ustoupit na pozadí, abychom mohli mamce zajistit*

lůžko.“ Jak sama respondentka uvádí, do pozadí musely ustoupit její dcery a kvůli tomu v rodině vznikaly konflikty. V současné době je matka respondentky umístěna do domova a dotazovaná se tak mohla vrátit zpět do práce.

Respondentky 2, 3 a 4 svůj životní styl do dnešní doby nemusely o mnoho změnit, respondentky 2 a 4 za seniorem každý den dojíždí a pomáhají mu s každodenními činnostmi (respondentka 4 se v současné době s otcem nestýká, je umístěn v ústavu). Respondentka 3 bydlí se svou tchýní a společně s manželem jí pomáhají v každodenní péči o sebe.

DVO3: „Jak vztahy v rodině vypadají v konečném ustálení nemoci?“

Kategorie 7: Narušení mezigeneračních vztahů v důsledku zhoršení zdravotního stavu seniora

- **Obavy z toho, co bude následovat do budoucna**
- **Částečné ustálení**

Předpokladem pro výzkum je, že dotazovaní budou ve druhé fázi, kdy se nemoc ještě stále proměňuje a nejedná se tak o stereotypní způsob péče. Dalo by se říci, že respondentky 1 a 4 dosáhly alespoň částečného ustálení tím, že senior, o kterého se staraly, byl umístěn v domově důchodců. Respondentka 1 uvádí: *„Nyní se o mamku doma nestarám, je umístěna v domově důchodců s celodenní péčí. Snažím se ji pravidelně navštěvovat. Ustálení ve zdravotním stavu babičky není, vzhledem k jejímu věku a trvalému upoutání na lůžko se její zdravotní stav spíše zhoršuje. Vztahy v rodině jsou ale hezké a pevné. Myslím, že za tím stojí hlavně srovnání léků. Mamka se o všechny zajímá, má radost z každé návštěvy.“* Respondentka i její rodina pravidelně seniorku navštěvují a hodnotí vztahy v celé rodině jako hezké. Také respondentka uvedla, že návrat do zaměstnání (kvůli péči musela odejít ze zaměstnání a o matku se 12 let starala doma) jejich vztah o mnoho zlepšil.

Respondentka 4 po psychickém nátlaku, který vyvíjel její otec, se rozhodla umístit seniora do ústavu. Po umístění však přišly hádky a výčitky, díky kterým se s otcem již nestýká a nejsou spolu v kontaktu. *„Když jsem za ním přišla na návštěvu, tak na mě řval, že si to za svou péči nezasloužil.“*

Respondentky 3 a 4 se nacházejí ve druhé fázi, kdy se stav seniora bude zhoršovat a obě se obávají, jak se bude nadále situace v rodině vyvíjet. Respondentka 3 uvádí: *„Určitě se bude situace zhoršovat, babička nemá zájem o to něco vylepšovat.“* Respondentka 2 odpověděla, že její tchýně byla vychována v tom duchu, že se děti vždy musí postarat o své rodiče. A z toho také vychází a uplatňovala to ve výchově svých dětí. *„Bohužel dneska musím připustit, že si nemyslím, že by se zdravotní stav zlepšil. A bojíme se toho, že se babička stane ležákem a bude potřebovat péči 24 hodin denně. Babička nepřipouští, že by se mohla dostat do ústavu, kde by se o ní postarali, ale předpokládá, že se o ní postarají její dva synové. Bojíme se chvíle, kdy se stane nepohyblivou a jeden z nás čtyř bude muset opustit práci a zůstat s ní doma.“*

5.4 Shrnutí a interpretace výsledků výzkumného šetření

V podkapitole je diskutována analýza zjištěných výsledků dle první fáze zakotvené teorie. Jsou zodpovězeny výzkumné otázky jsou a následně je vyhodnocena hlavní výzkumná otázka.

DVO1: „Jak vypadaly vztahy v rodině před nemocí?“

Vycházela jsem z úvahy, že vztahy v rodině před nemocí budou idylické či běžné, normální. Jak uvádí Vágnerová (2000), vztah mezi stárnoucím rodičem a dospělým dítětem se mění. V první fázi proměny, starý člověk, pokud není nemocný, má potřebu být ve vztazích prospěšný a užitečný a v rámci rodiny si může potvrdit svůj význam. Když jedinec ztratí profesní roli a získá spoustu volného času, tak ho obvykle využije k pomoci dětem. Je velmi důležité, aby si senior našel nový smysl života po odchodu z práce, čímž bývají vnoučata. Prarodiče se o vnoučata starají, mají více času je vyslechnout. Vnoučata často pomáhají překonat seniorům těžké období a přinášejí jim novou energii. Je velmi důležité, aby starý člověk znal svoji roli v rodině. Pokud senior má nezastupitelnou roli v rodině, zřídka vznikají konflikty v rodině, protože si nepotřebuje potvrdit svoji roli přehnanou dominancí.

Prarodičovskou roli naplňovali seniori u respondentek 1, 2 a 3. Kladné vztahy v rodině mohou také pramenit z toho, že seniori byli zcela samostatní, byli schopni se sami o sebe postarat. Byli schopni si vést svůj život podle vlastních představ. Fakt, že si každý jedinec v rodině mohl vést život podle sebe, spoluzaručoval kladné vztahy v rodině.

DVO2: „*Jak se vztahy změnilы během nemoci?*“

Určení diagnózy nemělo na vztahy vliv, nebylo zásadní pro změnu vztahů. Je samozřejmé, že prvotní reakcí na diagnózu byl šok, který může pramenit i z toho, že si dospělí jedinci uvědomují fakt, že jejich rodiče stárnou a že je lidský život konečný. Stáří většinou vyvolává negativní pocity, které souvisí s nemocí, úbytkem sil a samozřejmě i smrtí. Tyto emoce (šok, zděšení) pramení z předešlých kladných vztahů, které si jedinci budovali celý život. R1, R2, R3 a R4 se neváhali o nemocného seniora postarat. Jak uvádí Matoušek (1993), pokud je láska jako základ v rodině, tak se to projeví v přirozené péči. Z rozhovorů nevyplývalo, že by se na začátku péče respondentky obávaly toho, že péče o nemocného člověka vztahy v rodině změní a také si nepřipouštěly fakt, že se zdravotní stav jedince zhorší.

Také jsem přepokládala, že se role dospělého coby pečovatele výrazně promění. Pečující dospělý bude nucen změnit svůj styl života, bude muset opustit práci kvůli péči, bude nucen se vzdát svých koníčků a času s dětmi. Tento faktor by jistě proměnil vztahy v rodině. U respondentek, kromě respondentky 1, nebyla zaznamenána výrazná proměna role pečovatele. Péči je potřeba věnovat více času, čímž samozřejmě se odsouvají do pozadí potomci pečujících jedinců. R2, R3 a R4 se o seniora starají při práci, z čehož také pramení konflikty, jelikož je senior před den doma sám a vyčítá jim to. Dalším faktorem, který může vyvolávat konflikty je ten, že starý člověk má neúnosné nároky, které nelze reálně splnit a odklad k plnění těchto nároků chápou jako neochotu a pomáhají si citovým vydíráním.

Respondentky poukazovali svými sděleními na několik následujících skutečností, které se u nich v rodinách objevují – zde uvedeno obecně jako shrnující komentář vztahový pouze k tomuto výzkumnému vzorku: staří lidé postupem času ztrácejí soudnost a nedokáží posoudit, jak to může být pro pečujícího člověka náročné. Senior chce čas pouze pro sebe a poté nastávají případy, kdy žárlí na svá vlastní vnoučata, což samozřejmě atmosféru v rodině zhoršuje. Senioři také mají tendenci komunikovat prostřednictvím svých obtíží, aby na sebe upoutali pozornost. Dospělým jedincům se to jeví jako neustálé stěžování si, které může vést ke zhoršení vztahů mezi generacemi. Bezmocnost z toho, že je senior závislý na péči, která se může pojit i s neochotou spolupracovat a přijmout pomoc, může vyústit v konflikty.

Také změna životního stylu se u respondentů 1, 2, 3 a 4 objevila, avšak výraznější byla jen u respondentky 1, která byla nucena kvůli péči o seniora odejít ze zaměstnání. U R2 a R3 tato situace prozatím nenastala, avšak respondentky se jí obávají a domnívají se, že v blízké budoucnosti budou nuceny tuto situaci řešit.

DVO3: „*Jak vztahy v rodině vypadají v konečném ustálení nemoci?*“

Předpokládala jsem, že dotazované budou ve druhé fázi, kdy se nemoc ještě stále proměňuje a nejedná se tak o stereotypní způsob péče, což se až na respondentku 1 a 4 potvrdilo. Je také těžké vymezit, co znamená konečné ustálení nemoci. To plyne z neměnného stavu seniora, kdy už je péče o nemocného člověka neměnná, zůstává stejná. Částečné ustálení je možné nalézt u R1 a R4. U R1 přeložení do zařízení zlepšilo mezigenerační vztahy v rodině, jako hlavní důvod může být fakt, že matka-pečovatelka se vrátila do práce a má větší čas na sebe a na svoje děti. Dlouhodobé poskytování péče je náročné psychicky, fyzicky a představuje rovněž značnou zátěž. Výsledek péče také závisí na kondici pečovatele. Je potřeba, aby pečovatel také pečoval o sebe, aby byl schopen další péče o nemocného seniora.

U R4 situace vyústila do té podoby, že se se svým nemocným otcem již nestýká a není v kontaktu se svou rodinou. Jelikož negativní změny v otcově osobnosti vedly ke zhoršení vztahů v rodině. Sama respondentka uvedla, že ji během péče provázely negativní emoce.

HVO: Jaké jsou zkušenosti současných dospělých s vlivem nemoci seniorů na vzájemné mezigenerační vztahy?

Jakým způsobem, v čem a do jaké míry byly ovlivněny mezigenerační vztahy v rodinách respondentek, ukazuje kategorie č. 3, 5 a 6 (Proměna seniora ze samostatného člověka na zcela závislého, Negativní proměna mezigeneračních vztahů během nemoci seniora, Částečná změna životního stylu v důsledku péče o seniora). Hlavním faktorem, který zapříčinil proměnu vztahů v rodině, je samotná změna osobnosti seniora. Senior se stává zahořklým jedincem, kterého nebaví život a nevidí v něm žádný smysl.

Jak v této souvislosti popisuje Šelner (2011), tyto faktory mohou vyústit v konflikty. Zmíněné faktory lze všechny nalézt v rozhovorech. Prvním je závislost na pečující osobě. Závislost se pojí i s neochotou spolupracovat a přijmout pomoc ze strany seniora. Jedinec,

který byl celý život autonomní, pak těžce snáší fakt, že je na někom závislý a nemůže si řídit svůj život. Je nucen se přizpůsobovat životu svých dětí, kteří o něj pečují, což samozřejmě vyvolává konflikty v rodině. Tento faktor je možné velmi často nalézt v rozhovorech, kdy respondentky popisují, jak se ze samostatného jedince senior proměnil na zcela závislého. Největší změnu respondentky spatřují v tom, že dříve se senior zajímal o všechno, o svět kolem sebe, o svá vnoučata i děti, avšak po nemoci se stáhl do sebe a přestal se zajímat.

Dalším problémem je sociální izolace a sociální podpora. Také je potřeba vzít v potaz problém s časem, kterého má senior velmi mnoho a nemá příliš možností, jak jej využívat. Vágnerová (2000) zmiňuje důležitou roli televize v životě seniora. Často se senioři dívají pouze na televizi nebo vyžadují pozornost od pečující osoby i ostatních členů rodiny. Senior je schopen ji vynucovat jakýmkoli způsobem. Z rozhovorů je patrné, že si ji senior opravdu žádá, což mělo určitý vliv na mezigenerační vztahy (například to, že si senior upravuje pravdu podle toho, jak se mu to hodí či předstírá zdravotní komplikace, kterými si zajišťuje pozornost rodiny, a ještě větší péči, které se mu nakonec vždy dostane).

Jakožto třetí problém možno poukázat na psychické a fyzické vypětí, které může vyústit, až v násilné chování nejev vůči sobě samému či ostatním členům rodiny. Můžeme zde zmínit vyhrožování (příklad, který uvedly R2, R3 a R4, a to, že by senior na světě nejraději nebyl, že by bylo lepší, kdyby umřel) nebo nenávistné poznámky k vlastním vnoučatům, které respondentka 2 popisovala, kdy senior žárlí na svá vnoučata.

ZÁVĚR

V bakalářské práci je diskutována rodina, vztahy napříč generacemi v rodinách, role pečovatele a seniora, a také případný vliv nemoci seniora na rodinu a mezigenerační vztahy.

Zvolené téma je neustále aktuální, protože senioři jsou v každé době nemocní a vždy se o ně někdo musí postarat – potřebují tak péči, často od svých příbuzných, kteří se následně musí potýkat s řadou změn a problémů, které s sebou onemocnění seniora přináší. Je tedy potřeba o tomto tématu mluvit a upozornit na něj.

Z výše uvedených dat vyplývá, že se ve výzkumném šetření podařilo zjistit zkušenosti současných dospělých s vlivem nemoci seniorů na vzájemné mezigenerační vztahy v rodině. Zásadní otázkou bylo, jak se tyto vztahy během nemoci měnily. Výzkum se zabýval třemi fázemi mezigeneračních vztahů, a to stavem před nemocí, během nemoci a konečným stavem. Dle mého předpokladu se všichni dotazovaní nacházejí ve druhé fázi, kdy se nemoc stále proměňuje a s ní doznávají různých změn i mezigenerační vztahy v rodině.

Je patrné, že se mezigenerační vztahy proměnily více či méně k horšímu, avšak u každé respondentky tato změna probíhala jinak. Společným znakem je, že se mezigenerační vztahy v rodině zhoršily po tom, co se jedinec stal závislým na péči druhé osoby. Proměna seniora byla postupná a u každého jinak dlouhá, avšak z jedince, který se zajímal o všechno, se stal člověk, který je egoistický a zaměřený pouze na sebe. Dalším společným znakem, který můžeme nalézt je ten, kdy senior má spoustu volného času a vynucuje si pozornost. V rozhovorech respondentky zmínily způsoby, které senioři využívají (například simulováním zdravotních obtíží, nadávání vnoučatům, tak aby je odehnala od matky a měla ji pouze pro sebe). V čem se respondentky rozcházejí, je aktuální zhodnocení situace v rodině. Je patrné, že se seniorův stav bude zhoršovat, avšak přístup jednotlivých respondentek se liší. Domácí péče zajišťovaná členy rodiny (v případě respondentek výzkumného šetření dospělými dětmi, kteří kromě rolí partnera, pečovatele o rodiče a své děti plní ještě roli pracujícího) je velmi náročná jak psychicky, tak fyzicky a časově – jedinec by tedy měl znát své limity, kdy ještě péči zvládne a kdy ne a případně část této péče delegovat na další členy rodiny nebo péči „doplnit“ z vnějších profesionálních zdrojů. Tyto faktory, pakliže se ojedinelý pečovatel zcela vyčerpá, pak mohou vést až k rozhodnutí umístění seniora do domova důchodců či jiného zařízení.

Domnívám se, vztahují-li téma ke studovanému oboru, že pole sociální pedagogiky poskytuje v tomto ohledu dostatek prostoru pro uplatnění absolventů ve sféře péče o rodinu. Sociální pedagogové působí ve zmíněných domovech pro seniory, což ovšem v kontextu sepsaného textu a přání seniorů zůstat i v nemoci ve svém domově, vnímám jako krajní možnost volby. Vnímám v této souvislosti ale další možnosti – sociální pedagogové mohou jako profesionálové poskytovat například poradenství pečujícím z řad rodinných členů.

Vědecko-výzkumný předpoklad, že se nemoc seniora negativně ovlivní mezigenerační vztahy v rodinách respondentek, byl potvrzen. Respondentky 2, 3 a 4 uvedly, že nemoc ovlivnila negativně nejenom vztah mezi „pečovatelem“ a seniorem, ale také celou rodinu. Respondentka 1 zaznamenala změnu vztahu k lepšímu po umístění seniora na psychiatrické zařízení. V předchozích letech byla situace v rodině také napjatá.

Cílem práce bylo s oporou o odbornou literaturu popsát a analyzovat rodinu, vztahy napříč generacemi v rodinách a ve výzkumném šetření zjistit zkušenosti současných dospělých s vlivem nemoci seniorů na vzájemné mezigenerační vztahy. Jak vyplývá z informací uvedených výše, tak se cíl práce podařilo naplnit.

Předpokládaný přínos práce pro praxi spatřuji v tom, že může sloužit částečně jako základ pro jedince, kteří se mohou rozmyslet, zda vstoupit do péče o seniora či ne. Posloužit může odborné veřejnosti z řad pomáhajících pracovníků participujících v péči o seniory nebo o rodiny v sendvičové konstelaci.

Další výzkumné směřování vidím v zaměření na sekundární pečovatele, případně na informovanost pečujících osob o možnostech spolupráce s profesionálními pečovateli.

ZDROJE

Monografie

- [1] BERTINI, Kristine. *Sendvičová rodina (Souběžná péče o malé děti a seniory)*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-2620-478-7.
- [2] BERRY, Monika. *Zu Hause pflegen – ein Ratgeber*. Augsburg: MVG Verlag, 2007. ISBN: 978-3-636-06284-0.
- [3] BOHÁČEK, Pavel a Daniela POLCAROVÁ. (Neuro)psychologické následky cévní mozkové příhody [online]. *Zdravotnické noviny*. 2007 [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/neuro-psychologicke-nasledky-cevni-mozkove-prihody-301153>
- [4] ČIPKÁR, Ján. *Solidarita v sociálnej politike a v sociálnej ekonomike (Realita-mýtus?)* In: *Determinanty sociálneho rozvoja: Sociálna ekonomika jako priestor podpory európskeho občianstva*, 2013. Zborník vedeckých štúdií. Banská Bystrica: EF UMB, 2013
- [5] HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0030-7.
- [6] JANI KOVÁ, Hana. *Rodina* [online]. [cit. 5. 4. 2019]. Dostupné z: http://www.benepal.cz/files/project_2_file/RODINA.PDF
- [7] JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-117-6.
- [8] JEŘÁBEK, Hynek. 2005. *Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty)*. In: JEŘÁBEK Hynek. (a kolektiv). *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK. s. 9-19. Dostupné z: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf.
- [9] JIRÁSKOVÁ, Věra. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-80-5.
- [10] KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-2470-548-6.
- [11] KELLER, Jan. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-41-5.

- [12] LEVICKÁ, Jana, Katarína LEVICKÁ a Zuzana TRUHLÁŘOVÁ. *Teoreticko-empirické reflexe solidarity*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-574-5.
- [13] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- [14] MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. *Radosti a strasti prarodičů, aneb, Když máte vnoučata*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-455-X.
- [15] MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-901424-7-8.
- [16] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- [17] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- [18] NOVÁK, Tomáš. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada, 2014. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-5152-8.
- [19] PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- [20] PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabelle. *Vivre avec les personnes âgées*, 1996. Překlad Kozlíková, A. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- [21] ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1989. Pyramida (Panorama). ISBN 80-7038-078-0.
- [22] ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
- [23] ŠELNER, Ivo. 2011. *Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy*. In: *Sociální práce/Sociálna práca. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2/2004. ISSN 1213 – 624., s. 16-20. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>
- [24] ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007., s. 384. ISBN 978-80-7367-313-0
- [25] THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

- [26] TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.
- [27] TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- [28] TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7
- [29] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- [30] VRAGAŠ, Štefan. *Základné otázky sociálneho učenia cirkvi*. Bratislava: Rímskokatolícka cyrilometodská bohoslovecká fakulta UK. ISBN 80-88696-13-5.
- [31] ŽUMÁROVÁ, Monika a Beáta BALOGOVÁ. *Medzigeneračné mosty*. Košice: MENTA MEDIA, 2009. ISBN 978-80-89392-08-7.

Internetové zdroje

- [1] HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. *Stat' "Sandwichová generace" – kombinování práce a péče o závislé členy rodiny (děti a seniory)* [online]. Gender Studies, 2011 [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: http://genderstudies.cz/download/samozivitelky_sendwichova.pdf
- [2] *Senioři v mezinárodním srovnání 2017*. Český statistický úřad [online]. 2017 [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/46239581/310034171.pdf/73c5195d-8162-41ea-b7c2-a7b64ecd01a3?version=1.0>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Sekulární trendy ve vývoji obyvatel od roku 1989 (Langmeier, Krejčířová, 2006).....	15
---	----

PŘÍLOHY

Příloha A: Struktura tazatelských otázek

1. Kolik je Vám let?
2. Kolik máte dětí a kolik jim je let?
3. Jaká byla Vaše role v rodině dříve?
4. O koho pečujete? Kolik mu je let, co bylo příčinou počátku péče?
(Čím trpí a jak dlouho?)
5. Jak byste popsal/a seniora před nemocí? Jaká byla jeho role v rodině?
6. Jak vypadal vztah mezi Vámi a seniorem, o kterého pečujete, před nemocí?
7. Jak vypadaly vztahy mezi seniorem a ostatními členy rodiny?
8. Jaká byla reakce Vaše a vaší rodiny na určení diagnózy?
9. Co následovalo v řádu několika měsíců po určení diagnózy?
10. Pocítili jste změnu ve vztahu mezi vámi?
(Jakou? V čem? Kdo?)
11. Jak nemoc proměnila seniora?
(Pokud se změnil, jaké dopady to mělo na vztahy v rodině?)
12. Byli jste nuceni kvůli nemoci seniora změnit váš styl života?
(Pokud ano, bylo to provázeno konflikty či to mělo negativní dopad na vztah mezi vámi?)
13. Jak se změnila role seniora v rodině?
14. A jak se změnila Vaše role coby pečovatele?
15. Popište, jak se změnila situace v rodině v průběhu několika let?
16. Jak vypadají vztahy v rodině nyní?
17. Vidíte nějaké ustálení v nemoci seniora či ve vztazích v rodině nebo si myslíte, že se situace bude nadále zhoršovat/zlepšovat?
(Pokud ano, jak se to projevilo?)

Příloha B: Ukázka rozhovoru (respondentka 2)

Dobrý den, jmenuji se Tereza Chladová a studuji obor Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních na Univerzitě Hradec Králové. Píši bakalářskou práci na téma: Mezigenerační vztahy v rodině v kontextu nemoci seniorů.

1. Kolik je Vám let?

Je mi 46 let.

2. Kolik máte dětí a kolik jim je let?

Mám dvě děti – dceru a syna. Dceři je 22 let a synovi je 20 let.

3. Jaká byla Vaše role v rodině dříve?

Starala jsem se o svoje děti a nebyla jsem na nikom závislá.

4. O koho pečujete? Kolik mu je let, co bylo příčinou počátku péče? Čím trpí a jak dlouho?

Pečuju o svoji tchýni, které je 70 let. A příčinou péče byla prodělaná mozková mrtvice. Mozkovou mrtvici babička prodělala v únoru 2014 a od té doby vyžaduje péči.

5. Jak byste popsala/a seniora před nemocí? Jaká byla jeho role v rodině?

No, byla v pohodě. Se zájmem o všechno (o děti, o vnoučata, měla ráda návštěvy – na návštěvy sice nerada jezdila, ale návštěvy rády chodili k nim, protože u nich vládla pohoda).

Babička ráda vařila a pekla, a taky ráda hlídala vnoučata, když bylo třeba.

6. Jak vypadal vztah mezi Vámi a seniorem, o kterého pečujete, před nemocí?

Naše vztahy, to je vztah tchýně-snachy, byly nadstandartní. Ráda jsem k rodičům manžela jezdila, a když byly děti malé, tak jsme u nich trávili veškeré víkendy. Babička taky dříve jezdila autem, takže o jara do podzimu jsme k ní jezdili i průběhu týdne, dokud jsem byla na mateřské dovolené.

7. Jak vypadaly vztahy mezi seniorem a ostatními členy rodiny?

Dokud žil děda, tak vztahy v rodině byly dobré, teda perfektní. Dokud žil děda a nemuseli jsme se starat o babičku, jezdili jsme na dovolenou s manželovým bratrem a jeho rodinou. Jezdili jsme tak vlastně několik let. Rozuměli jsme si jak dospělí, tak i naše děti. Ony jsou podobně staří. Když si na to teď vzpomenu, tak musím říct, že jsme občas vzbuzovali údiv, jak můžou spolu bratři s rodinami jezdit na dovolenou takových let. A rádi. Pravdou je, že jsme si hodně rozuměli a byli jsme spolu rádi. Trávili jsme spolu čas nejen na dovolených, ale jezdili jsme i na různé

výlety, koupaliště, do kina a rádi jsme během léta spolu grilovali. Většina grilovaček probíhala i babičky a dědy, protože babička si přála, abychom ten čas trávili převážně u nich. My jsme ze začátku, když byly děti malé, tak jsme bydleli v paneláku a děti byly rády na zahradě u babičky a dědy.

8. Jaká byla reakce Vaše a vaší rodiny na určení diagnózy?

Podle mého názoru, mozkové mrtvici předcházela smrt dědy. V říjnu 2012 náhle zkolaboval a byl převezen do nemocnice, jeho zdravotní stav se nelepšil, a nakonec byl uložen do umělého spánku a v prosinci zemřel. Babička s dědou měli spolu moc hezký vztah, takže ztráta dědy pro ni byla velmi bolestivá. Bylo pro ni to velmi těžké a nemohla se s tou ztrátou vůbec smířit. Děda odešel v předvánoční době, což bylo ještě horší, protože o Vánocích má být rodina spolu. A my jsme se vždycky den před Vánoce scházeli u babičky a dědy doma. A babička vždycky pekla malé vánočky dětem. Podle mého názoru, tohle období smutku mělo vliv na zdravotní stav babičky a důsledkem toho, byla mozková mrtvice. Babička byla hospitalizována v nemocnici, kde prodělala těžkou formu mozkové mrtvice, byla ochrnutá na polovinu těla.

9. A jaká byla Vaše reakce?

Naše reakce, když jsme se dozvěděli, co se stalo... Zděšení, smutek, nervozita, nikdo nevěděl, co bude a jestli vše dobře dopadne.

10. Co následovalo v řádu několika měsíců po určení diagnózy?

Z nemocnice byla převezena na rehabilitační ústav, kam byla převezena jako ležák. Lékařům a sestřičkám se podle mě povedl zázrak a babičku rozchodili. Takže po asi deseti týdnech odcházela po svých.

11. A co následovalo po propuštění z rehabilitačního ústavu?

No... Jelikož byla „skoro stejná“ jako před tou mrtvicí, tak mohla být doma sama. Byla samostatná a dokázala se o sebe postarat.

12. Pocítíte změnu ve vztahu mezi vámi? Jakou? V čem? Kdo?

Když to zpětně hodnotím, tak si myslím, že ze začátku žádná změna nebyla. Tím že naše vztahy před nemocí byly výborné, tak nám přišlo úplně normální, se postarat o člověka, který to v tu chvíli potřebuje. Babička nebyla schopná se k lékaři dopravit autobusem, takže se synové domluvili a když bylo potřeba, tak babičku k lékaři dovezli autem. To ještě pořád nebyla žádná změna v tom vztahu. Všichni jsme totiž věřili, že je možné, aby se člověk, který se na rehabilitační ústav dostal jako ležák a po deseti týdnech odešel po svých, tak se dostal do stavu, kdy je schopný se o sebe

postarat. Ovšem s postupujícím časem se ukázalo, že tomu tak nebude. Babičce bylo nabídnuto, aby každý rok strávili na rehabilitačníku šest až osm týdnů, kde pomocí cvičení rozhýbala ruku a lépe se pohybovala. Jenže se ukázalo, že si babička začala zvykat na pozornost všech členů rodiny a pobyt na rehabilitačníku se jí přestával líbit, takže se stalo to, že tam odmítla nastoupit. Chtěla být doma a chtěla mít kolem sebe rodinu, která o ni bude pečovat.

13. Jak nemoc proměnila seniora? Pokud se změnil, jaké dopady to mělo na vztahy v rodině?

Příčinou všeho bylo úmrtí dědy, teda jejího manžela, babičku přestal bavit život a nevěděla důvod proč žít. V současné době je to tak, že babička na rehabilitačníku několik let nebyla, doma necvičí a její stav tomu odpovídá. Velice špatně se pohybuje a nemůže doma zůstat sama. Babička je přesvědčená, že když vychovala dva syny a postarala se o ně, tak oni ji musejí tu péči vrátit. Zvykla si za ty roky na určitý stereotyp, to znamená pravidelné návštěvy. A pokud se stane, že v době, kdy za ní máme jet, nemůžeme a máme jiný program, tak to dost těžce nese. Dokonce bych řekla, že občas žárlí na svoje vnoučata, že ji berou čas, který byl určen jí. Jako občas mi i vpálí do obličeje, fakt ošklivě, že jako doufá, že se na mě děti jednou vykašlou.

14. Byli jste nuceni kvůli nemoci seniora změnit váš styl života? Pokud ano, bylo to provázáno konflikty či to mělo negativní dopad na vztah mezi vámi?

Díky nemoci babičky jsme přestali trávit dovolené se švagrovou rodinou, protože nebylo možné, abychom všichni odjeli a babička zůstala doma sama. Takže v praxi to znamená, že švagr s rodinou jedou na dovolenou a my se staráme o babičku a pak si to vyměníme. Na vztahu mezi našimi rodinami se to projevilo, byť nijak vyhroceně. Bylo to takový pomalý odcizení, protože jsme spolu přestali trávit čas a jediné naše hovory se točili ohledně péče o babičku.

15. Jak se změnila role seniora v rodině?

Takže z pohodového člověka se stal člověk, který je závislý na péči ostatních.

16. A jak se změnila Vaše role coby pečovatele?

Návštěvy před nemocí a nyní defacto nejde srovnat. Návštěvy před nemocí vypadaly tak, že jsme jezdili za milým, pohodovým člověkem, do rodiny, kde vládla pohoda a klid, a my jsme na ty návštěvy jezdili rádi a kdykoli to bylo možné. Tenkrát se teda nejednalo o nějaké pečování, protože babička byla schopná se o sebe postarat. Návštěvy nyní vypadají tak, že nejprve se musí udělat nákup, což jsou hygienické

potřeby, potraviny, drogerie, vlastně všechno. Pak se u babičky uvaří, uklidí, umyje nádobí a podlaha. Defacto veškeré činnosti, které vyžaduje život normálního člověka.

17. Popište, jak se změnila situace v rodině v průběhu několika let?

Ještě bych chtěla dodat, ten vztah se vyvíjel v takových křivkách, kdy se babičce domlouvalo, aby na ten rehabilitační středisko šla, že ji tam pomohou, aby ji ten život ještě bavil. Babička to všechno odmítala, takže přišly dohady, vysvětování, vztek. Pak zase rezignace. Výsledek je takovej, že babička tráví veškerý čas u televizi, což naprosto neodsuzuju, když je na tom člověk zdravotně jako ona. A nic jiného ji nezajímá, pouze to, kdy přijedeme na návštěvu a budeme s ní.

Když se to babičce stalo, tak první nápad byl, že tam budu jezdit v průběhu týden, aby mohla chodit ven, mohla cvičit, sehnali jsme hůl, jednu, druhou, vozík, ale babička na vše rezignovala, ona prostě chodit nechce. Vymlouvá se, že ji bolí nohy, k tomu samozřejmě napomáhá její vysoká váha. Pořídili jsme míček na procvičování postižené ruky. Vymýšleli jsme cvičení, jak ty prsty rozhybat, ale nic z toho neprošlo.

18. A jak vypadají vztahy v rodině nyní?

No, jak vypadají... No, se švagrem a švagrovou se víceméně míváme. Potkáváme se, když si babičku předáváme a naše hovory se většinou stáčí k péči o babičku. Od roku 2013 jsme spolu nebyli na žádné akci, dovolené nebo kině. Ani defacto ty grilovačky. Jako občas se sejdeme na oslavě narozenin, ale pokud je oslava u nás doma, tak díky babičce jsou návštěvy převážně krátké. Protože když dosedne, tak by nejradši jela hned domů. A to je to, co mě na té situaci mrzí asi nejvíc. Že kdysi fakt skvělý vztahy můžou defacto vyšumět.

19. Vidíte nějaké ustálení v nemoci seniora či ve vztazích v rodině nebo si myslíte, že se situace bude nadále zhoršovat/zlepšovat? Pokud ano, jak se to projevilo?

Bohužel dneska musím připustit, že si nemyslím, že by se zdravotní stav zlepšil. A bojíme se toho, že se babička stane ležákem a bude potřebovat péči 24 hodin denně. Babička nepřipouští, že by se mohla dostat do ústavu, kde by se o ní postarali, ale předpokládá, že se o ní postarají její dva synové. Bojíme se chvíle, kdy se stane nepohyblivou a jeden z nás čtyř bude muset opustit práci a zůstat s ní doma.