

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

**Diplomová práce**

**2024**

**Bc. Vanesa Vondrová**

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

**Mezigenerační solidarita v době pandemie koronaviru**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Vanesa Vondrová

Studijní program: Sociologie

Vedoucí práce: prof. PhDr. Hynek Jeřábek, CSc.

Rok obhajoby: 2024

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 30. 4. 2023

**Vanesa Vondrová**

## **Bibliografický záznam**

VONDROVÁ, Vanesa. *Mezigenerační solidarita v době pandemie koronaviru*. Praha, 2024. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce prof. PhDr. Hynek Jeřábek, CSc.

**Rozsah práce:** 107 985

## **Abstrakt**

Diplomová práce zkoumá proměny mezigenerační solidarity a podoby poskytované péče mezi neformálními pečovateli a opečovávanými seniory během pandemie koronaviru. Rychle se měnící situace kolem COVID-19 byla zachycena prostřednictvím plánovaného, ale nakonec nerealizovaného longitudinálního panelového designu, který by umožnil zachytit její dynamickou povahu. Metodou sběru dat pro výzkum byla použita metoda dotazníkového šetření. Byly provedeny hloubkové rozhovory s vybraným vzorkem účastníků, který zahrnoval pečovatele i opečovávané. Tyto rozhovory probíhaly ve formátu polostrukturovaných rozhovorů, které umožnily flexibilitu při zkoumání relevantních aspektů. Sbíraná kvalitativní data byla analyzována pomocí obsahové analýzy. I přes nerealizovaný plán poskytuje práce komplexní pohled na měnící se mezigenerační solidaritu během pandemie. Zjištění ukázala, že pandemie ovlivnila mezigenerační solidaritu mezi pečujícími a opečovávanými seniory. Shodné vnímání a sdílené obavy vedly k vyšší míře solidarity. Izolace nemusela automaticky oslabit vztahy, protože mnohé rodiny využívaly digitální technologie k udržení spojení a podpory. Navíc, intenzivní péče přispěla k vyšší mezigenerační solidaritě a angažovanosti. Respondenti projeví altruismus poskytováním péče svým blízkým navzdory omezením a rizikům spojeným s pandemií.

## **Abstract**

The diploma thesis examines the changes in intergenerational solidarity and the form of care provided by informal caregivers to elderly individuals during the COVID-19 pandemic. The rapidly changing situation around COVID-19 was captured through a planned but ultimately unrealized longitudinal panel design, which would have allowed capturing its dynamic nature. The method of data collection for the research was a questionnaire survey. In-depth interviews were conducted with a selected sample of participants, including caregivers and elderly recipients of care. These interviews took the form of semi-structured interviews, allowing flexibility in exploring relevant aspects. The collected qualitative data were analysed using content analysis. Despite the unrealized plan, the thesis provides a comprehensive view of the changing intergenerational solidarity during the pandemic. Findings revealed that the pandemic influenced intergenerational solidarity among caregivers and elderly recipients. Shared perceptions and concerns led to higher levels of solidarity. Isolation did not necessarily weaken solidarity, as many families used digital technologies to maintain connections and support. Additionally, intensive care contributed to higher intergenerational solidarity and engagement. Respondents demonstrated altruism by providing care to their loved ones despite the limitations and risks associated with the pandemic.

## **Klíčová slova**

mezigenerační solidarita, péče, COVID-19, rodina, krize

## **Keywords**

intergenerational solidarity, care, COVID-19, family, crisis

## **Title**

Intergenerational solidarity in the time of coronavirus pandemic

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své rodině za podporu a obětavost. Dále bych chtěla poděkovat panu prof. PhDr. Hynku Jeřábkovi, CSc. za odborné vedení, trpělivost a cenné komentáře. Tato práce by nemohla být úspěšně dokončena bez spolupráce a účasti rodin, které ochotně sdílely své zkušenosti a názory.



## Obsah

Úvod.....	11
Teoretická část .....	13
1 Stárnutí populace .....	13
2 Formy péče o seniory .....	18
2.1 Péče zajišťována rodinou.....	18
2.2 Zdravotní péče (včetně ošetrovatelské péče).....	18
2.3 Sociální péče (pečovatelské úkony).....	19
2.4 Neformální péče .....	21
3 Mezigenerační solidarita.....	23
4 Pandemická situace .....	28
4.1 Vliv pandemie na seniory a vztahy v rodinách.....	30
Metodologická část.....	35
5 Cíle práce.....	35
5.1 Výzkumné otázky a hypotézy .....	35
6 Výzkumný design.....	37
6.1 Kontext .....	37
6.2 Design .....	37
6.3 Operacionalizace.....	39
6.4 Volba cílové skupiny .....	41
6.5 Etické souvislosti realizace výzkumu.....	41
6.6 Způsob provedení sběru dat .....	44
6.6.1 Sběr dat v podmínkách pandemie.....	44
6.6.2 Rozhovory.....	45
6.6.3 Sekundární analýza.....	47
7 Diskuse použitých metod .....	47
Analytická část.....	49
8 Analýza rozhovorů .....	49
8.1 Proměna mezigenerační solidarity (V1) .....	49
8.1.1 Hypotéza č. 1 .....	49
8.1.2 Hypotéza č. 2 .....	50
8.1.3 Hypotéza č. 3 .....	51
8.1.4 Hypotéza č. 4 .....	52
8.2 Proměna podoby poskytované péče (V2) .....	53

8.2.1	Hypotéza č. 1 .....	53
9	Typologie rodin .....	54
9.1	<i>Altruismus</i> .....	56
	Diskuse.....	58
	Závěr.....	60
	Resumé .....	64
	Summary.....	65
	Použitá literatura.....	66
	Teze diplomové práce .....	74
	<i>Předběžná náplň práce</i> .....	74
	<i>Předpokládané metody zpracování</i> .....	77
	<i>Etické souvislosti zvažovaného projektu</i> .....	78
	<i>Předběžný seznam literatury</i> .....	78
	Seznam příloh .....	80
	<i>Příloha č. 1: Informovaný souhlas</i> .....	81
	<i>Příloha č. 2: Screeningový dotazník</i> .....	82
	<i>Příloha č. 3: Scénář pro cílovou skupinu</i> .....	87

## Úvod

*Solidarita je nejsilnějším pojátkem, které drží společnost pohromadě.*

- Antoine de Saint-Exupéry

Pandemie COVID-19 ovlivnila všechny aspekty každodenního života a nenechala bez povšimnutí ani vztahy mezi lidmi v rodinách a jejich sdílenou mezigenerační solidaritu. Tato nečekaná situace vyvolala otázky ohledně toho, jaké změny a výzvy přinesla do mezigeneračních vztahů a jak se proměnila dynamika poskytované péče mezi generacemi. Téma "Mezigenerační solidarita v době pandemie koronaviru" považuji za velmi aktuální a relevantní, zejména z hlediska proměn ve společnosti v souvislosti s pandemií.

Mezigenerační solidarita, jakožto vzájemná podpora a péče mezi generacemi, je dlouhodobě zkoumána v sociologii a je klíčovým prvkem udržení fungující společnosti. Pandemie koronaviru vytvořila bezprecedentní situaci, která nám umožňuje pochopit mezigenerační solidaritu z nových úhlů pohledu a prozkoumat, jak se mění v kontextu výzev pandemického období.

Při volbě tohoto tématu jsem se inspirovala svými každodenními zkušenostmi a pozorováním vlastní rodiny. V rámci výzkumu jsem se zaměřila na neformální pečovatele a opečovávané seniory, kteří patřili mezi nejohroženější skupinu pacientů během pandemie. Z jejich zkušeností a příběhů se snažím odhalit důležité poznatky o proměnách v mezigenerační solidaritě a způsobech poskytování péče v kontextu pandemie koronaviru.

Diplomová práce je strukturována do devíti kapitol. První kapitola se zabývá stárnutím populace a jeho dopady na společnost, následuje demografický vývoj v evropských zemích a České republice. Druhá kapitola pojednává o různých formách péče o seniory v České republice a zdůrazňuje potřebu propojení sociálních a zdravotních služeb pro komplexní péči. Třetí kapitola obsahuje téma mezigenerační solidarity v kontextu sociologie rodiny a zkoumá vztahy mezi generacemi a jejich proměny s ohledem na stárnutí populace. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na dopady pandemie COVID-19 na péči o seniory, včetně izolace v rezidenčních zařízeních. Následující kapitoly, od páté do deváté, se věnují metodologii výzkumu, výzkumnému designu, analýze a interpretaci dat.

Přestože mým původním plánem bylo provést výzkum s longitudinálním panelovým designem, a i metodologie je vytvořena v souladu s tímto přístupem, v průběhu práce jsem musela čelit skutečnosti, že jsem přecenila své síly a schopnosti. Realizace longitudinální analýzy vyžaduje značné množství času, zdrojů a pečlivé plánování. Navzdory mým snahám a přípravě jsem se ocitla v situaci, kdy nebylo možné tuto metodu plně uplatnit v analýze. Nicméně, metodologický rámec byl zachován a adaptován tak, aby byl relevantní pro získaná data a umožnil efektivní interpretaci výsledků.

Tímto výzkumem se snažím přinést nové poznatky a pohledy na vztahy mezi generacemi v době pandemie, což může být důležité nejen pro akademickou obec, ale také pro praktické využití v podpoře rodin pečujících o seniory. Zároveň je důležité si uvědomit, že pandemie COVID-19 měla výrazný vliv na mezigenerační solidaritu, ačkoliv už skončila. Je tedy zásadní zkoumat, jaké změny a dopady přinesla do vztahů mezi generacemi i do podoby poskytované péče, neboť její vlivy a následky jsou stále aktuální a nadále se projevují. Doufám, že tato práce osvětlí důležitost podpory a spolupráce mezi generacemi v obtížných situacích a přispěje k budování odolné a soucitné společnosti, kde se navzájem podporujeme v náročných dobách.

## Teoretická část

### 1 Stárnutí populace

Na začátku této práce je na místě si objasnit samotný pojem stárnutí. Například Malíková (2011, s. 16) ve své knize uvádí, že stárnutí prezentuje „...specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická“. Výsledným stavem stárnutí je vlastní stáří. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) pak hovoří o stáří jako o komplexu změn ve stavbě a funkcích organismu, které podmiňují jeho vyšší zranitelnost, snižování schopností a výkonnosti jedince, které vrcholí v terminálním stadiu a ve smrti. Jak uvádí Ptáčková, Ptáček et al. (2021, s. 15) stárnutí obecně prezentuje fenomén, který dlouhodobě vymezuje demografický vývoj ve většině evropských zemí.

Tematika individuálního stárnutí je značně stará. Již ve starověku se jím zabývali skoro všichni myslitelé a filozofové dané doby – včetně Platona, Aristotela, Seneky, Cicera, Hippokrata nebo Galéna – s cílem najít recept na to, jak se dožít co možná nejvyššího věku v dobré fyzické i duševní kondici. Všichni byli názoru, že základem je prevence stárnutí, kterou viděli zejména v umírněné stravě, tělesných cvičeních, adekvátním spánku apod. Cicero již ovšem navíc uvádí také význam intelektuálních činností a celoživotního učení. Aristoteles kladl důraz také na „nebezpečí ztráty lidského tepla“, která může proces stárnutí urychlit, čímž mj. prozíravě nastínil předmět soudobých diskusí o nezbytnosti sociální inkluze seniorů a nebezpečí podceňování důležitosti jejich osobního života. Ve středověku se postoje, které byly nastíněny již v antickém Řecku a Římě, mírně rozšířily. Velký zlom a nezbytnost nových přístupů k problematice stáří a stárnutí znamenalo období průmyslové revoluce považované za základní startovací pojetí nástupu moderních společností. Postup industrializace doprovázely důležité změny ve všech oblastech společenského života (Dimitrová, 2007, s. 24-30).

Z pohledu stárnutí je třeba uvést např. změny v demografickém chování, vývoj ve zdravotním inženýrství, zvyšování míry urbanizace nebo epidemiologický přechod. Lidé začali objevovat možnost vytváření umělé imunity, ale rovněž významné postavení prevence. Začalo se navíc zavádět očkování, které bránilo šíření přenosných onemocnění. Příznivé změny doznala i sféra hygieny. Začala se upravovat pitná voda a rozvody kanalizace. Za značně důležitý lze pokládat i zemědělský pokrok, kde strojová výroba umožnila pěstovat nové odrůdy do té doby známých plodin apod. Veškeré uvedené faktory měly pozitivní vliv ve smyslu zvyšování střední délky života a lidé tak začali umírat v pozdějším věku (Dimitrová, 2007, s. 24-30).

V současnosti je ale stárnutí populace celosvětovým problémem a Česká republika v něm nemá výjimečné postavení. O Evropě se hovoří jako o šedivějícím kontinentu. K zemím s největším množstvím seniorů do roku 2020 patří (Malíková, 2011, s. 26):

- Japonsko – 31 %,
- Řecko a Švýcarsko – přes 28 %,
- Severní Amerika – 23 %,
- východní Asie – 17 %,
- Latinská Amerika – 12 %,
- jižní Asie – 10 %.

Rozlišují se dva typy stárnutí populace, a to **absolutní stárnutí**, které si lze objasnit jako zvyšování počtu osob vyššího věku (nad 60 let), a **relativní stárnutí**, které prezentuje zvyšující se podíl osob nad 60 let věku, populace stárne v důsledku snížení porodnosti. Za kritéria staré populace lze pak považovat podíl osob nad 60 let vyšší než 12 % a podíl osob nad 65 let vyšší než 7 % (Čevela et al., 2015, s. 73).

Za příčiny demografického stárnutí Malíková (2011, s. 26) identifikuje:

- snižující se porodnost,
- klesající úmrtnost osob ve všech věkových kategoriích v důsledku lepší zdravotní péče,
- pokles kojenecké úmrtnosti,
- prodlužování střední délky života,
- snížení chudoby, sociální rozvoj, zlepšení životních i pracovních podmínek, ochrana sociálních práv,

- pokrok v medicíně a intenzivnější záchrana lidských životů.

Naděje dožití (střední délka života) se neustále prodlužuje a je větší u žen než u mužů, což podmiňuje podstatně větší ovdovělost žen. Při narození je očekávaná délka života u žen dlouhodobě nejvyšší v Japonsku – aktuálně 86,8 roku, pro muže v současnosti ve Švýcarsku – 81,3 roku. Česká republika se nachází na 33. místě, co se týče žen, a na 32. místě, co se týče mužů (81,7 roku u žen a 75,9 roku u mužů). Ve věku 65 let mohou japonské ženy pravděpodobně očekávat dalších 24,7 roku života, švýcarští muži 19,7 a austrálští 19,8 roku. Česká republika obsazuje 41. místo, co se týče žen, ty tedy v průměru čeká ještě 19,7 roku života, a 53. místo, co se týče mužů, které čeká 16,2 roku. Po normalizační stagnaci v 60. až 80. letech 20. století se naděje dožití v ČR po roce 1989 neustále zlepšuje, ovšem v posledních letech spíše napodobuje vývoj v úspěšnějších státech, než že by odstup spíše zmenšovala. V roce 1990 obsazovala u nás naděje dožití při narození 43. místo u žen (75,4 roku), zatímco u mužů obsazovala ČR až 57. místo (67,5 roku) při úmrtnosti na tzv. civilizační choroby, zejména kardiovaskulární a cerebrovaskulární (Ptáčková a Ptáček, 2021, s. 17-18).

Demografické prognózy očekávají, že nikde na světě se při narození alespoň do konce 21. století naděje dožití nad 90 let neprodlouží. Nárůst extrémně dlouhověkých osob ve věku nad 100 let (tzv. supracentenariens) bude dále pokračovat, ovšem zůstane okrajovým fenoménem. Lidé se budou vesměs dožívat 85 až 95 let, s tzv. rektangularizací křivky vymírání věkových kohort – skoro všichni se dožijí více než 80 let a následně dojde k rychlému vymírání zapříčiněnému nejen pokročilými stadii onemocnění, nýbrž i pokročilou křehkostí, nízkou mírou zdatnosti, odolnosti, adaptability (Ptáčková a Ptáček, 2021, s. 18).

K ukazatelům popisujícím průběh demografického stárnutí patří i index stáří, index ekonomického zatížení a indexy závislosti. Nápadné je zejména navyšování indexu stáří – v roce 1990 připadalo na 100 dětí ještě 82 seniorů, kdežto v roce 2005 už šlo o 134 osob. Na rozdíl od toho index ekonomického zatížení zaznamenal ve shodném období pozvolný pokles. Tato tendence vychází zejména ze snižujících se počtů dětské složky a ani množství seniorů se nezvyšovalo nijak podstatně. Do budoucna je ovšem možné předpokládat obrat ve vývoji. Množství jedinců nad 60 let věku se budou zvyšovat a oproti tomu produktivní složka bude pozvolna oslabovat, poněvadž bude sycena celkem slabými ročníky narozenými v 90. letech 20. století. Koneckonců uvedenému tvrzení by nasvědčovala i hodnota indexu ekonomického zatížení v roce 2005, která oproti údaji z předešlého roku mírně vzrostla (Dimitrová, 2007, s. 24-30).

V České republice se problematika současné demografické situace řeší také delší dobu, konkrétně právě stárnutí české populace. Tato situace, ačkoliv je příznivá pro osoby, které se mohou dožívat vyššího věku než předešlé generace, s sebou pro společnost nese potřebu se touto skutečností zabývat a přizpůsobit se, neboť procento seniorů se brzy ještě významně zvýší díky zestárnutí silných ročníků z poválečného období. Prognózy a varianty vývoje stárnutí populace u nás zpracovává Český statistický úřad. Podle těchto prognóz lze v roce 2030 očekávat, že osoby nad 65 let věku budou tvořit až 22,8 % celé české populace a v roce 2050 to bude dokonce už 31,3 %, což prezentuje zhruba 3 miliony seniorů. Nejvyšší nárůst osob seniorského věku bude navíc v kategorii těch nejstarších. Demografické prognózy pro Českou republiku předpokládají, že v roce 2050 bude u nás žít zhruba na půl milionu osob ve věku nad 85 let (pro porovnání v roce 2007 tvořilo tuto věkovou skupinu 124 937 osob) (Malíková, 2011, s. 26-27).



Demografický vývoj pro celou Evropu kromě jiného přináší relativní i absolutní nárůst množství starších a starých lidí. Zároveň prodlužování délky života směřuje i k neustále lepšímu funkčnímu zdravotnímu stavu, zčásti rovněž zásluhou zlepšování povědomí populace o zdravém životním stylu. Přicházející početná skupina seniorů prezentuje důležitý ekonomický a sociální kapitál společnosti. Senioři se jako významná populační skupina stávají terčem zájmu podnikatelů a nabízených komerčních služeb, ovšem jsou rovněž důležitým voličským segmentem. Z tohoto hlediska se pořád více prezentuje diskutabilnost definic stáří ve spojitosti se seniorskou heterogenitou. Do popředí se dostává vnímání stáří jako sociálního konstruktů a přirozené sociální události. Ačkoliv bývá stáří očekávanou a předpokládanou etapou života, přípravou na jeho příchod se obvykle začínají lidé zabývat až těsně před nástupem do starobního důchodu. Odchodem z pracovního trhu senior začíná novou životní etapu, která ale také nabízí mnoho šancí a možností volby, poskytuje prostor pro nové činnosti nebo seberealizaci v jiných aktivitách. To, jak senior zvládne přechod do období závislosti na péči jiných, závisí na předpokladech každého jedince, podobně tak jako na sociokulturním prostředí a dostupné zdravotní péči (Ptáčková a Ptáček, 2021: 9).

Je jasné, že se uvedená demografická situace promítne do všech sfér společenského života. „Dlouhověký svět“ přináší jistá negativa, zejména má značné ekonomické důsledky. S nárůstem seniorů roste i sociální skupina odčerpávající veřejné finance, ovšem na jejich tvorbě se nepodílí. Senioři tak tvoří a dále budou tvořit pro společnost pořád větší ekonomickou zátěž. Ovšem mezi pozitiva stáří patří i čtenější zaměstnanost osob vyššího věku, nedocenitelná účast seniorů na péči o mladší (ale i starší) generaci, „vytváření“ dalších a nových vyhledávaných služeb pro seniory, jejichž spotřebováváním přispívají do veřejných financí. Jistý ekonomický přínos mohou vytvářet další pracovní příležitosti – senioři potřebují (resp. budou potřebovat) pomoc a péči. Senioři budou utvářet trh. Ovšem to bude podmíněno tím, jestli roky přidané k životu budou prožity v relativně dobrém zdraví či budou senioři sužováni dlouhodobě chronickými onemocněními. Stárnutí populace ovlivní nejen zdravotní a sociální služby, ale hlavně jejich organizaci a financování, včetně jejich struktury, neboť senioři mají své charakteristické potřeby, které je nezbytné respektovat (Ivanová, Špatenková a Bužgová, 2010, s. 67-78).

## **2 Formy péče o seniory**

Od časů, kdy péče o seniory stála v České republice na okraji jak společenského, tak politického zájmu, už Česká republika ušla značný kus cesty. Během předešlých 20 let se oblast péče o seniory v praxi posunula významně dopředu. Vznikly a rozvinuly se nové druhy služeb, poskytovatelé v rámci nich začali používat modernější způsoby práce. Tyto změny přišly zezdola, především díky konkrétním poskytovatelům. Ačkoliv sice došlo v poslední době na národní úrovni k reformním aktivitám a programům, na stranu druhou nebyly ale dlouhodobě doprovázeny formální transformací politiky. Změny legislativního rámce, a to jen v oblasti služeb sociální péče, proběhly až v posledních letech, kdy byly přijaty zákony zabývající se oblastí sociálních služeb. V rámci této legislativní změny došlo k zavedení nových nástrojů, které, kromě zavedení příspěvku na péči nebo stanovení povinnosti služby plánovat, umožnily vznik nových podmínek pro poskytovatele služeb v rámci řízení kvality (Mátal a Jabůrková, 2007, s. 11-13).

Mlýnková (2011, s. 62) rozděluje aktuální formy péče o seniory do tří skupin:

### **2.1 Péče zajišťována rodinou**

Většině seniorů se nejlépe žije v rodině, doma. Domov je místo, které každý dobře zná, cítí se tam bezpečně a stárne se mu tam nejlépe. Ačkoliv dnes současné rodiny už nežijí pospolu a rodiče obvykle bydlí jinde než děti, stále zůstává rodina základem péče o seniora (Mlýnková, 2011, s. 62).

### **2.2 Zdravotní péče (včetně ošetřovatelské péče)**

Zdravotní péče se poskytuje ve zdravotnických zařízeních ambulantního či lůžkového charakteru. Menší nemocnice mají k dispozici základní oddělení interní, chirurgická a gynekologická, eventuálně psychiatrická (výjimečně ale gerontopsychiatrická). Oddělení následné péče, většinou rehabilitační a doléčovací (LDN), bývají jen pro seniory v dobrém stavu. Ve větších nemocnicích jsou pak také zařízení pro akutní péči, která u seniorů řeší akutní stavy (Mlýnková, 2011, s. 62-63).

Do zdravotní péče patří i hospice, které zajišťují péči pro nevléčitelně nemocné seniory, pečující o rodinné příslušníky formou respitní péče. Hospice nabízí rodinám tzv. úlevovou péči, když si rodinní příslušníci potřebují odpočinout od mnohdy náročné péče. Existuje i forma domácí péče – tzv. domácí hospic (Mlýnková, 2011, s. 63-64).

Zmínit lze i ambulantní a terénní zdravotní péči, která se poskytuje v domácím prostředí seniora. Poskytují ji agentury domácí péče. Zdravotní péči zabezpečují kvalifikované zdravotní sestry. Tato forma péče je hrazená zdravotní pojišťovnou. Zmínit lze také geriatrická denní centra, která nabízí denní (někdy i noční) pobyt seniora. Zajišťuje se zde lékařská, ošetrovatelská péče, ale i fyzioterapie či psychická aktivizace a kognitivní trénink seniora (Mlýnková, 2011, s. 63-64).

### 2.3 Sociální péče (pečovatelské úkony)

Sociální péči o seniory u nás zajišťuje ve většině případů stát, a to za pomoci sociálních služeb, případně různých forem finanční pomoci (příspěvek na péči aj.). Sociální služby prezentuje např. Matoušek (2007, s. 9), jako služby, které jsou „...poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tyto lidé nositeli. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“ Detailně se konkrétnímu výčtu forem sociální péče věnuje především zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., § 32), který rozděluje služby na:

- **sociální poradenství** – poskytování základních informací pro řešení špatné sociální situace, bývá součástí poskytování všech sociálních služeb. Řadí se sem ale také odborné sociální poradenství (například poradenství určené právě výlučně seniorům).
- **služby sociální péče** – sociální služby zajišťující pomoc seniorům (ale nejen jim) při zajištění jejich fyzické a psychické soběstačnosti, podporu jejich života v přirozeném sociálním prostředí a umožňující jim maximální možné zapojení v běžném životě. Nedovoluje-li to stav seniorů, snaží se zajistit alespoň důstojné prostředí a zacházení.
- **služby sociální prevence** – pro předcházení sociálního vyloučení seniorů, při ohrožení nějakou rizikovou sociální situací, životními návyky a způsoby života vedoucími k problémům se společností aj. Jejich snahou je pomoc seniorům v riziku se zvládnutím nevyhovující sociální situace a zabránění vzniku a šíření nepříznivých sociálních jevů ve společnosti.

Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., § 33) rozděluje služby sociální péče ještě na služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

- **Pobytové služby** – služby nabízející ubytování v zařízeních sociálních služeb. Pro seniory jde konkrétně o domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, azylové domy aj.
- **Ambulantní služby** – služby, za nimiž osoba dochází i je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Pro seniory jsou to konkrétně centra denních služeb, denní stacionáře, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením aj.
- **Terénní služby** – služby poskytované v přirozeném sociálním prostředí seniora. Pro seniory může jít konkrétně o tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby aj.

Jak však upozorňuje Jarošová (2007, s. 73) v péči o seniory platí princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky, které musí být seniorům poskytovány komplexně. V posledních letech u nás dochází k výrazné geriatrizaci medicíny, z toho důvodu se mění struktura zdravotnických zařízení, charakter péče i spektrum poskytovaných sociálních služeb. Institucionální a neinstitucionální formy péče o seniory by měly vycházet z modifikace principů, které byly deklarovány na vídeňském sympoziu o stárnutí už v roce 1982:

- **Demedicalizace** – akcent na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí a autonomii.
- **Deinstitucionalizace** – prioritou ošetřování a zajištění domácí péče v domácím prostředí, prioritní rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti.
- **Desektorializace** – akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče.

Delší dobu se právě v souvislosti s péčí o seniory hovoří o potřebě propojení sociálních a zdravotních služeb. Zdravotní a sociální služby totiž senioři často potřebují zároveň. Mimo to, že si je nedokážou zajistit často na odlišných místech, se pak setkávají s různými obtížemi neprovázanosti uvedených služeb, což kromě jiného souvisí i s tím, že oba typy služeb patří do odlišných resortů. Na druhou stranu se již v současné době některé sociální služby poskytují i ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, která zajišťují pacientům pobytové sociální služby tak, že již není potřeba zdravotní péče ústavní. Ovšem současně kvůli svému zdravotnímu stavu nejsou senioři schopni se obejít bez pomoci někoho jiného a nemohou být ze zdravotnického zařízení ústavní péče propuštěni do doby, než jim dokáže poskytnout sociální péči někdo blízký nebo bude možné využít terénních či ambulantních služeb, eventuálně sociálních služeb pobytových. Výsledkem integrace sociální a zdravotní péče by tak měla být **péče zdravotně-sociální** nebo **sociálně-zdravotní** (Čeledová a Čevela, 2010, s. 109).

Merhautová a Misconiová (2002) hovoří o integrované sociální a zdravotní péči jako o péči obsahující „...*péči zdravotní a sociální, která je poskytována souběžně nebo následně. Je poskytována adresně a individuálně potřebným klientům na základě předchozí indikace. Poskytují ji kvalifikovaní zdravotníci, sociální a další odborní pracovníci ve vlastním sociálním prostředí klienta, stacionářích a v lůžkových zařízeních (intramulární, semimulární a extramulární formy integrované péče).*“ Součástí této integrované péče by měla být i domácí péče, péče ve stacionářích, osobní asistence, pečovatelská služba, zdravotní a sociální péče v lůžkových zařízeních. Indikací pro poskytování integrované péče v lůžkovém zařízení by měla být nutnost péče, která přesahuje možnosti péče, kterou může zajistit lokálně dostupná domácí zdravotní péče a pečovatelská služba. Její financování by mělo být zajišťováno ideálně z fondu veřejného zdravotního pojištění, nově zřízeného fondu se zvláštním systémem, dotací ze státního rozpočtu a místních rozpočtů, grantů, sponzorských darů nebo plateb uživatelů.

## 2.4 Neformální péče

Neformální péče, tj. neplacená péče zajišťována rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy nebo dobrovolníky, prezentuje důležitou součást systému zdravotní péče. Podle údajů OECD představují neformální pečovatelé kolem 70–90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče. Rodina přitom ztvárňuje nezbytnou součást neformální péče. Členové rodiny – manželé a manželky, partneři a partnerky, rodiče, dospělé děti, eventuálně další rodinní

příslušníci – prezentují většinu, eventuálně čtyři pětiny neformálních pečujících. Skoro dvě třetiny rodinných pečovatelů bývají ženy. Potřeba dlouhodobé péče, a zejména význam dlouhodobé péče v rámci rodiny naléhavě roste právě kvůli stárnutí populace: snížení úrovně porodnosti a prodlužování délky života. Starost o členy rodiny bývá mnohdy spojena s nezbytností snížit účast na pracovním trhu: snížit množství hodin věnovaných práci nebo práci úplně opustit. Poskytování péče s sebou mnohdy nese významné sociální, ekonomické a psychologické důsledky. Péče o dlouhodobě nemocné, hlavně vysoce intenzivní péče, může mít přitom nepříznivé důsledky na psychické i fyzické zdraví pečujících a pečovatelé mohou čelit většímu riziku chudoby. Intenzivnější dopady na psychické zdraví nese přitom péče o nejbližší příbuzné. S komplikovaností péče se zvyšuje také vnímaná psychická i finanční zátěž. Výše vnímané zátěže souvisí s tím, jestli je péče v rodině sdílena a účastní se jí více členů rodiny (Klímová a Chaloupková, 2013, s. 107-123).

Neformální péče může mít pochopitelně různé formy (např. zdravotní, sociální nebo emocionální) a intenzitu. Nejčastěji se z aspektu intenzity a naléhavosti péče rozlišují tři stupně péče: **podpůrná péče, neosobní péče a osobní péče**. Podpůrnou péčí se chápe nepravidelná výpomoc, např. se zabezpečením oprav v domácnosti nebo s dopravou k lékaři. Neosobní péče bývá pravidelnější a časově náročnější. Její součástí je pomoc s instrumentálními aktivitami denního života, např. pomoc s domácími pracemi, nakupováním, zajišťováním administrativních záležitostí. Nejnáročnější, ať už časově, nebo fyzicky i psychicky, bývá osobní péče, která má obvykle každodenní povahu. Jde o pomoc se základními denními činnostmi, tj. o osobní péči o osoby s funkčním omezením (např. pomoc s jídlem, osobní hygienou apod.). Podpůrná a neosobní péče prezentují nejčastější formy pomoci dospělých dětí rodičům nad 60 let. Zatímco skoro tři čtvrtiny dětí zajišťují rodičům emocionální podporu, necelé polovině seniorů pomáhají děti s těžšími domácími pracemi a zhruba dvěma pětina seniorů vypomáhají dospělé děti s nákupem nebo s doprovodem k lékaři. S instrumentálními aktivitami potřebuje pomoc v České republice zhruba čtvrtina osob nad 50 let a pomoc se základními denními činnostmi 12 % populace ve věku 50 a více let. Zkušenost s péčí o seniora má kolem čtvrtiny českých rodin (Klímová Chaloupková, 2013, s. 107-123).

### 3 Mezigenerační solidarita

Problematika fungování mezigenerační pomoci prezentuje jedno ze zásadních témat sociologie rodiny, jehož význam roste i ve spojitosti s aktuálními demografickými trendy, zejména tzv. stárnutím populace. Uvedené trendy podstatně zasahují do struktury rodiny, která kvůli snižující se porodnosti u mladší generace ztrácí svůj pyramidový charakter. Současně ubývají členové mladší generace, což dále zasahuje do povahy mezigenerační solidarity a transferů pomoci. Ve vztahu k prarodičovství lze zaznamenat sklony k zintenzivnění vztahu vnoučat s prarodiči, s nimiž nejenže stráví během svého života více času, ale také se o ně nebudou muset „dělit“ s tolika sourozenci, bratranci a sestřenicemi. Mezigenerační vazby se pozvolna stávají významnějším zdrojem pomoci v rámci životního cyklu než nukleární rodina. Současně ovšem může docházet k potenciálnímu zintenzivnění konfliktů mezi generacemi zapříčiněnému delším časovým obdobím jejich vzájemné závislosti (Hasmanová Marhánková a Štípková, 2014, s. 15-26).

Problematikou mezigenerační solidarity se zabýval intenzivně zejména Vern L. Bengtson. Ten mezigenerační solidaritu nevnímá jen jako míru souhlasu mezi členy rodiny, nýbrž připouští také přítomnost konfliktů. Mezigenerační solidarita je charakteristická provázaností citových i praktických vazeb, tzn. odpovědností, osobní povinností a častou ambivalencí (Bengtson et al., 2002, s. 569). Bengtson a Roberts (1991, s. 856-870) vytvořili model mezigenerační solidarity užívaný již od 80. let minulého století s různými úpravami. Vymezili v něm šest dimenzí solidarity:

- **solidarita kontaktů** (associational solidarity) – četnost a vzájemné působení v rodinných aktivitách,
- **citová solidarita** (affectual solidarity) – vyjadřuje míru pozitivních nálad, které člen rodiny projevuje ostatním členům,
- **solidarita souhlasu** (consensual solidarity) – míra shody v názorech, hodnotách a přesvědčeních mezi členy rodiny,
- **solidarita pomoci** (functional solidarity) – prezentuje nabízenou pomoc, podporu a výměnu zdrojů,
- **normativní solidarita** (normative solidarity) – představuje sílu závazku vykonávat rodinné role a plnit (uspokojovat) rodinné povinnosti,

- **strukturní solidarita** (structural solidarity) – geografická blízkost člena rodiny umožňující uskutečňování pomoci a podpory.

Uvedený model byl rozšířen dvěma významnými způsoby. Nejdříve byl model modifikován tak, aby akceptoval skutečnost, že konflikt prezentuje normální součást rodinných vztahů. A taktéž model připouští mezigenerační ambivalenci, jež zahrnuje pozitivní i negativní emoce členů rodiny (Bengtson et al., 2002, s. 569). Bengtson vycházel z toho, že mezigenerační solidaritu lze v rodině očekávat především za předpokladu silných citových vazeb mezi členy rodiny, jejich častém setkávání, vzájemné pomoci a rovněž za podmínky jejich společných představ, cílů a odpovědnosti za celek skupiny (Jeřábek et al., 2013, s. 267).

Pacáková a Trusínová (2012, s. 464-474) hovoří o citové solidaritě, která zaujímá přední místo nejen v teorii Bengtsona et al. (2002), ale i u samotných rodinných členů. Emocionální a psychická podpora prezentuje nejčastěji projevovaný a současně nejčastěji přijímaný druh pomoci v rodině. Fungující vztahy představují nejen základ mezigenerační solidarity, ale působí příznivě na duševní a fyzické zdraví členů rodin. Fungují protektivně vůči depresím, které mohou zhoršovat zdravotní stav a podporují vůli k překonání těžkých situací v nemoci a ve stáří. Na citovou solidaritu má vztah především předchozí vztah členů rodiny, zdali byli i dříve v kontaktu, ne až teď v případě potřeby péče o seniora. Současně s rostoucí závislostí seniora se vzájemné vztahy komplikují. U domácí péče je pak vztah tím méně vzájemný, čím déle je o seniora pečováno a čím častěji je s ním jeho rodina aktuálně v kontaktu. U institucionální péče má na vzájemný vztah nepříznivý vliv, pokud se muž stará o ženu (nejčastěji vlastní matku).



V dnešní době, kdy péče o seniory nabývá na komplexnosti a státní a institucionální orgány častokrát přebírají roli, kterou tradičně zastávala rodina, se stává normativní solidarita, stěžejním prvkem v kontextu neformální péče. Normativní solidarita je zastoupena nejen silou závazku vykonávat rodinné povinnosti, ale i altruistickým chováním. Altruismus jakožto prosociální jednání, hluboce zakořeněné v empatii a morálním přístupu je chováním, které je ku prospěchu druhým, ale ne jedinci, který jej provádí (Feldman, 1985, s. 237; Hayes, 2003, s. 135). Rodina poskytuje jednotlivci motivaci k pomoci a pečování, kde tato pomoc má často charakter závazku, povinnosti nebo vychází z rodinné role. Jedná se o klíčové faktory, které utvářejí vztahy mezi jednotlivými členy rodiny a ovlivňují podporu a péči v různých životních situacích. Porozumění těmto jevům nám pomáhá lépe porozumět dynamice rodiny a interakcím mezi jejími členy, a tím i lepšímu zvládnutí výzev a konfliktů, které mohou v průběhu života vznikat (Jeřábek et al., 2013, s. 94).

Dle Bengtsona (2002, s. 568-576) může být mezigenerační solidarita ambivalentní. Ambivalence je výstižný termín pro popis rozporů, které zažíváme v našich intimních sociálních vztazích. Můžeme to cítit: paradox mezi blízkostí a vzdáleností, tlak a tah mezi intimitou a stanovením hranic. Ambivalence je fenomenologická realita, univerzální lidská zkušenost, odraz dilemat, kterým čelíme v blízkých vztazích. Přidalová (2007, s. 217–234) tuto ambivalentnost sledovala v několika oblastech, například motivech péče. Postoj k odpovědnosti rodiny za stáří příbuzných reflektuje ambivalenci mezi názorem, že „nějak“ by dospělé děti svým rodičům pomoci měly, ovšem ne vždy to lze a závisí na situaci, ve které se toto rozhodnutí odehrává. Obecněji lze vnímat ambivalenci vyplývající z konfliktu mezi vědomím jisté povinnosti v rámci rodiny, ale i potřeby žít svůj vlastní život, který definují jak povinnosti (placená práce) a konkurující vztahy (vlastní partner, děti, vnoučata), ale současně jej atakuje nabídka privátních požitků (cestování, volný čas).

Ambivalence se může týkat i dopadů péče. Životy pečujících oscilují často mezi problémy a omezeními, které jim každodenní pečovatelský stereotyp přináší, a pozitivními momenty obohacujícími jejich život. Ambivalence se může objevit i při ukončení péče. Pokud je zkušenost pečujícího jedince doprovázena rozporuplným prožíváním situace, existuje určitý bod, za kterým už je překonávání ambivalencí tak komplikované, že se pečujícímu může jevit snazší péči ukončit. Někteří pečující si ale vůbec nepřipouští konečnost svého závazku a vytyčení hranic je pro ně neakceptovatelné. V určité chvíli mohou být přesvědčeni, že svůj úkol dovedou až do konce. Na jedné straně si pečující je vědom, že v jistém okamžiku už

pravděpodobně opravdu nebude fyzicky ani psychicky schopen péče, na druhé straně si neumí představit, jak by se měl smířit s předáním rodiče do institucionální péče. Zkušenost pečujících bývá různorodá a významově bohatá, pouze stěží zachytitelná jen v rozměrech rodinné solidarity jako normy či konfliktního chápání pečovatelské zátěže. Pojetí mezigenerační ambivalence se v této spojitosti zdá být vhodně využitelné schéma při snaze hlouběji proniknout do mechanismů vztahů mezi rodiči a dětmi a příbuzenské podpory (Přidalová, 2007, s. 217–234).

Poprvé v historii zřejmě budou lidé prožívat více let jako dospělí s žijícími rodiči než jako na nich závislé děti. Toto zřetelné prodloužení vzájemné koexistence dvou dospělých generací prezentuje významnou proměnu vztahu rodičů a jejich dospělých dětí. Ačkoliv se často hovoří o krizi rodiny a úpadku rodinné solidarity, rodina zůstává pro jedince nejen ve vyšším věku významným zdrojem podpory a pomoci. Mezigenerační solidarita bývá ovlivněna mnoha socio-demografickými charakteristikami dospělých dětí i jejich rodičů. Jednou z nejvýznamnějších charakteristik majících vliv na variabilitu v mezigeneračních vztazích je gender. Ženy bývají častěji než muži v těsném kontaktu se svými rodiči a také o ně nejčastěji pečují. V českém prostředí prezentují tři čtvrtiny pečujících osob ženy, nejčastěji dospělé dcery. Na úrovni hodnot však není větší role žen tolik jednoznačná. Na vzájemnou závislost dětí a rodičů má vliv jejich biografie a je intenzivnější v několika životních obdobích. Odlišný pohled dětí a rodičů na to, jestli jsou děti zavázány respektovat rodiče či jestli jim mají oplácet péči, může být zdrojem konfliktu mezi generacemi. Ve stáří současně mnohdy dochází k napětí mezi snižující se autoritou jedince, s tím jak ztrácí vlastní soběstačnost, a zvyšující se autoritou dětí v jeho životě. Senioři bývají navíc mnohdy konzervativnější než mladší lidé a bývají vnímáni jako nositelé „tradičních hodnot“ (Petrová Kafková, 2010, s. 63–84).

Poměrně vysoká míra mezigenerační solidarity v české společnosti bývá mnohdy dávána do spojitosti s historicky významnou úlohou (zejména) babiček v česko-slovenské rodině. Finanční a bytová pomoc, a hlavně pak pomoc s péčí o malé děti ze strany prarodičů byla očekávanou a naplňovanou součástí mezigenerační solidarity v bývalém Československu a jednou z výchozích podmínek úspěšného návratu matek na trh práce. Intenzivní účast prarodičů na péči o vnoučata se v tomto období ustálilo jako očekávaná norma (Hasmanová Marhánková a Štípková, 2014, s. 15-26). Bengtson (2001, s. 8) v tomto smyslu dokonce hovoří o tzv. intergenerational stake, tedy o větší solidaritě rodičů než dětí, kdy rodiče

investují především nemateriální, psychosociální zdroje ve větší míře než mladší generace. Podpora vycházející od starší generace k mladší není pouze specifikem české společnosti.

Ačkoliv v České republice funguje poměrně rozsáhlá síť sociálních služeb pro seniory, většina péče o seniory, kteří potřebují nějakou pomoc jiné osoby, se uskutečňuje v rodině. Česká veřejnost se rovněž stále (minimálně na úrovni veřejně vyjadřovaných postojů) celkem silně přiklání k povinnosti dětí postarat se o staré rodiče. Povaha života v současné společnosti ale také přináší mnoho konfliktních momentů, které mohou do poskytování příbuzenské podpory zasáhnout. Mezi nejvýraznější zdroje skepse nad tím, zda má současná rodina vůbec kapacitu postarat se o své stárnoucí příbuzné, přináší tlak na ekonomickou aktivitu do co nejvyššího věku, jako způsobu zabezpečení budoucího důchodu a zdroje pro platbu penzijního připojištění. Do toho pak snižující se porodnost a následně zmenšující se množství dostupných rodinných pečujících a obecněji povaha postmoderního světa, ve kterém se rodina stává překážkou naplnění individuálních svobod a brzdou v rozvoji individuálních životních projektů (Přidalová, 2007, s. 217–234).

Ovšem v současné generaci mladých lidí i seniorů dochází k transformaci vnímání vztahů rodičů a dětí a k poklesu normativní solidarity. Zatímco v roce 1991 souhlasilo 72 % seniorské populace s tím, že rodiče musí pro své děti udělat vše, v roce 2008 to bylo už pouhých 57 %. Ve všech měřeních od roku 1991 docházelo k neustálému snižování počtu osob deklarujících ochotu svým dětem za každé situace pomoci. Původní norma dostupné a očekávané pomoci od starší generace přestává být v soudobé české společnosti přijímána jako samozřejmá. Dokonce část dnešních seniorek žijících aktivním stylem života se proti představám „hlídacích babiček“ vymezuje, a naopak klade důraz na představu života v důchodu jako doby, kdy se budou moct věnovat koníčkům a osobním zájmům (Hasmanová Marhánková a Štípková, 2014, 15-26).

Petrová Kafková (2010, s. 63–84) ve svém výzkumu zaměřujícím se primárně na oblasti normativní solidarity rovněž potvrdila, že ve vztahu k mezigenerační solidaritě došlo k hodnotovému rozrůznění podle věku a genderu. Ženy se považují za nositelky mezigenerační solidarity v rodině, rozdíl mezi muži a ženami se v tomto ohledu navíc pořád zvyšují. Aktuálně se ovšem místo o snížení významu mezigeneračních vztahů začíná mluvit o nárůstu jejich významu. Je to důsledek podstatné nestability rodiny a celkového rozrůznění životních forem. Významně se na tom podílí i stárnutí populace. Zvyšování počtu seniorů v populaci navíc vybízí k položení otázky, jestli společnost péči o ně zvládne. Diskuse se tak

zaměřují na roli rodiny při naplňování potřeb nesoběstačných jedinců. Je však také otázkou, jestli bude soudobá/budoucí rodina ochotna tuto odpovědnost akceptovat. Snížení porodnosti prezentuje i méně potenciálních pečovatelů. S prodloužením doby soužití více generací došlo i ke snížení příslušníků jedné generace. Mezigenerační solidaritě a podpoře je sice v našem prostředí věnovaná dostatečná pozornost, výzkumníci se ale soustředí na afektivní a materiální dimenzi podpory. Výzkum intenzity mezigeneračního vztahu i obsah a objem praktické pomoci spíše chybí.

#### **4 Pandemická situace**

Na konci roku 2019 se v Číně objevilo jisté procento zápalů plic (pneumonií) neurčitého původu. Oficiálně došlo k nahlášení prvních případů přesně 31. 12. 2019 ve Wu-chanu, které představuje hlavní město čínské provincie Chu-pej. Pacienti popisovali v té době pneumonie, u nichž nebyl znám přesný původce onemocnění ani typ přenosu. Onemocnění se objevovalo u osob, které byly zaměstnány či byly na trhu, na kterém se prodávaly živé ryby, mořské plody, kuřata, netopýři, svišti, ptáci a další živočišné produkty. Docházelo zde i k jejich zpracovávání a konzumaci. Z prvotního ohniska onemocnění ve Wu-chanu se nemoc rychle šířila do dalších míst Číny. Poměrně brzy byly první případy zaznamenány i v několika dalších zemích, nejprve v Asii a Austrálii, časem pak i v Evropě, Africe a Americe (SZÚ, 2021).

Již 30. ledna 2020 vyhlásila Světová zdravotnická organizace (WHO) globální stav zdravotní nouze. Dále pak 11. března 2020 označila WHO šíření COVID-19 jako pandemii (pandemie se definuje jako hromadný výskyt infekčního onemocnění významného rozsahu na několika kontinentech). Za další dva dny, a to 13. března, byla Světovou zdravotnickou organizací za hlavní epicentrum nákazy uvedena Evropa. První případ v České republice byl zaznamenán a ohlášen dne 1. března 2020 (SZÚ, 2021).

Celým světem tak v poslední době hýbal někdy až panický strach z fenoménu nazvaného koronavirus. Tato obava stála především na hrozbě, kterou koronavirus prezentuje medicínsky – jde o živou a zároveň i neživou entitu, která je do značné míry mimo jakoukoliv kontrolu člověka. Panický účinek byl pochopitelně ještě zesílen tím, že současné generace vesměs úplně pozbyly zkušenosti s jakoukoliv pandemickou nákazou. Poslední takovou událostí byla tzv. španělská chřipka, jejíž vrchol byl mezi lety 1918 a 1920, tedy před (více než) 100 lety. Mezitím se přirozeně objevily i jiné nákazy, které ovšem zdaleka

nevyvolaly takovou paniku a nebyly tak rozšířené, eventuálně šlo o lokální či regionální epidemie, především v jihovýchodní Asii (Mertl, 2020, s. 29-35).

Pandemie koronaviru je s námi již přes 2 roky. Vláda během té doby několikrát vyhlásila nouzový stav, který pro společnost znamenal mnoho významných omezení. Nouzový stav se ovšem postupně prodlužoval, v létě 2020 byl poprvé odvolán, ovšem na podzim roku 2020 byl vyhlášen až do dalšího jara roku 2021 znovu. Celosvětová pandemie ovlivnila skoro všechny aspekty každodenního života. Lidé měli zákaz se stýkat kvůli vládním nařízením, protože fyzická blízkost je nutnou podmínkou pro přenos nebezpečného virového onemocnění (Arpino, 2020, s. 177). Mnoho rodinných příslušníků se tak i týdny nemohlo potkat, zejména seniorům bylo doporučováno vůbec nevycházet z domu, zavřely se školy a žáci se museli začít vzdělávat online, což omezilo významně životy mnoha rodin, které musely přeorganizovat celé své dny, zajistit si v zaměstnání home office apod.

Od objevení nemoci a po několika vlnách onemocnění stále existuje mnoho otazníků. Pořád není úplně jasné, kdo je původce nákazy viru SARS-CoV-2, i principy jeho šíření nejsou úplně jasné, stejně jako spektrum projevů u infikovaných pacientů (navíc se to s vývojem mutací vždy poněkud měnilo). Aktuálně se za zdroj nákazy považuje infikovaný jedinec, a to i v presymptomatickém období, při akutních projevech, ale i v rekonvalescenci. Medián inkubační doby onemocnění COVID-19 se pohybuje mezi 5 až 6 dny, v rozsahu od 2 do 14 dní. Během infekce byl virus identifikován 1–3 dny před nástupem příznaků ve vzorcích z dýchacích cest, ve kterých může následně zůstat až 8 dní u středně těžkých případů a až 14 dní u klinicky vážných případů. Ovšem na druhou stranu bylo také zjištěno, že v různých populacích se virus SARS-CoV-2 chová s rozdílnou závažností. Za významné prediktory přijetí na jednotku intenzivní péče se považuje chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), kardiovaskulární onemocnění a arteriální hypertenze (Göpfertová a Fabiánová, 2020, s. 30-36).

Velmi brzy po zjištění možného rozsahu pandemie a rizika pro celou společnost začaly diskuse o vývoji vakcíny proti nemoci COVID-19. V roce 2020 bylo vyvíjeno téměř 180 kandidátních vakcín na infekci COVID-19, pouze 11 se dostalo do fáze 3 (Stejskal, 2020, s. 8–14). Aktuálně již vakcinace obyvatelstva probíhá v masové míře a používá se i několik léků, které by měly pomáhat pacientům při časném nasazení nebo při horším průběhu, ovšem žádné z dosud používaných neprokázaly stoprocentní účinnost. Nejdůležitější tak stále zůstává zejména prevence, která zahrnuje hlavně standardní opatření pro všechny pacienty,

kteřá jsou platná i pro veřejnou prevenci. Jde hlavně o hygienu rukou a dýchacích cest, používání vhodných osobních ochranných prostředků (respirátory FFP 2, roušky), bezpečné injekční postupy, bezpečné zacházení s odpady, čisté prádlo, dostatečné čištění prostředí a sterilizace zařízení pro péči o pacienty (Ciotti et al., 2020, s. 365-388).

#### **4.1 Vliv pandemie na seniory a vztahy v rodinách**

Pandemie koronaviru se celosvětově považuje za nebezpečí, a to jak pro jednotlivce (v různém rozsahu podle závislosti na jejich zdravotním stavu), ale i zdravotníky, nebo pro vývoj zdravotního stavu celé populace (v závislosti na omezování plánované péče při zachování kapacity systému pro COVID-19), včetně celého občanského života a ekonomiky (se všemi eventuálními důsledky na financování zdravotního systému ČR v následujících letech). COVID-19 ovlivnil negativně světový obchod, cestovní ruch, energetiku aj. (Haleem a Javaid, 2020, s. 78–79). Velmi výrazně se pak pandemie dotkla právě seniorů a služeb jim poskytovaných.

Co se týče sociálních služeb, v těch se onemocnění COVID-19 u nás vyskytlo v březnu 2020, kdy Centrum sociální pomoci Litoměřice, p. o., oznámilo prvního nakaženého (30. března 2020). Celkový počet nakažených, tj. těch, u nichž byla nákaza COVID-19 potvrzena a prošli od začátku (od října 2020) evidencí Informačního systému infekční nemoci (ISIN), dosáhl celkem 36 560 osob (k 4. 5. 2021), z toho činilo 22 696 lidí klienty pobytových služeb a 13 864 lidí byli zaměstnanci všech sociálních služeb. V návaznosti na epidemiologickou situaci přistoupila vláda ČR k restriktivním omezením, jedním z nich bylo uzavření zařízení sociálních služeb. Celkem byla tato zařízení uzavřena 136 dnů, což bylo jedno z nejdelších období na světě. Až 16. prosince 2020 vláda klientům domovů pro seniory povolila vycházky. Následně pak došlo i k uvolnění návštěv, ale za přísných hygienických podmínek. Došlo tak k přerušování sociální izolace klientů, která měla neblahý dopad na psychickou pohodu klientů sociálních služeb (Horecký a Švehlová, 2021, s. 7-9).

O negativních dopadech pandemie na psychiku hovořilo mnoho autorů. Například Buchtová a Hrušková Kusnieriková (2021, s. 6–11) zmiňuje, že sekundární psychosociální stresy a rizika, od podvolování se opatřením po finanční ztráty a strach z nejisté budoucnosti mohou mít větší dopad než zdravotní nebezpečí plynoucí z pandemie. V ČR během pandemie vzrostlo množství duševních potíží až o 10 %. Navíc i samotné onemocnění u pacientů způsobuje psychické důsledky jako jsou příznaky úzkosti, deprese, neurokognitivních problémů (potíže s pozorností a pamětí) a poruchy spánku. Byly zaznamenány častější výskyty sebevražd a intoxikací alkoholem. U dětí vzrůstaly obavy o rodiče, vlastní bezmocnost změnit současnou situaci a omezený zdravý přirozený vývoj. Nejvíce strádali lidé v kolektivních zařízeních, včetně seniorů. Nepřítomnost kontaktů, zájmů, progresu znemožňovala využití funkčních zvládacích strategií, jako je rozhovor s někým, pravidelné kolektivní aktivity nebo docházení na kulturní a vzdělávací činnosti, a to až chronicky. Na základě zmiňovaného se tak zvyšovalo riziko rozvoje reakcí na zátěž a poruchy přizpůsobení.

Senioři tvořili ohroženou skupinu kvůli vysokému věku a chronickým onemocněním. Jak již bylo uvedeno, ve snaze ochránit seniory (zejména ty v pobytových sociálních zařízeních) před nakažením, bylo nařízeno mnoho různých opatření, která seniory mnohdy uvrhla do izolace: stále větší izolaci, zákaz návštěv příbuzných, omezení vycházení z pokojů, neexistenci sociálního kontaktu apod. Mnoho seniorů během pandemie nevidělo své příbuzné i několik měsíců a nesli to velmi těžce. Seniory to sice motivovalo naučit se používat moderní technologie, jako mobily a počítače, díky kterým se s rodinami mohli alespoň takto vidět, osobní kontakt to ovšem nahradit nemohlo. Uvedené se mohlo pozitivně odrazit v solidaritě kontaktů, jejich posílením prostřednictvím možnosti více využívat digitální prostředky. Mnoho rodin jako řešení izolace zvolilo online platformy nebo mobilní telefony k udržování kontaktů bez fyzické přítomnosti (Arpino, 2020, s. 176).

Samota má negativní dopady nejen na psychiku, ale nepříznivě ovlivňuje mnoho chronických onemocnění jako jsou kardiovaskulární onemocnění nebo diabetes typu II. Podílí se i na poruchách duševního zdraví (úzkost a deprese), kognitivních poruchách nebo demenci. Snižuje ale i schopnost zotavení po akutních zákrocích. Jako řešení se tak nabídla domácí péče. Ze zdravotního hlediska je pravděpodobnost, že se senior nakazí v rodině, která dodržuje veškerá hygienická doporučení, několikanásobně menší než v sociálních zařízeních pro seniory. Značnou roli hraje rovněž i psychická stránka, jelikož pobyt v domácím prostředí současně s rodinou je pro seniora, kterému hrozí delší izolace od všech blízkých, zajisté příznivější (Telehuz, online). Na druhou stranu je třeba zde zmínit dimenzi solidarity souhlasu (consensual solidarity), která prezentuje jeden z hlavních prediktorů vztahů v rodině. Vychází z toho, že mezigenerační solidaritu může ovlivňovat to, jestli mají členové rodiny stejný názor na pandemickou situaci a sdílejí své hodnoty (Gilligan et al., 2020, s. 434).

Na velkém počtu úmrtí na COVID-19 se podílela právě úmrtí seniorů v rezidenčních sociálních službách. Celkový počet obětí koronaviru dosáhl v České republice k 6. srpnu 2021 na 30 363 osob, z toho v pobytových sociálních službách to bylo 3 418 osob. Od 1. října 2020 do 11. dubna 2021 bylo v pobytových sociálních službách zaznamenáno 760 výskytů nálezů (klastrů) onemocněním COVID-19 a 28 387 nakažených klientů. Postupně se začalo s očkováním a seniori byli první na řadě. K 26. červenci 2021 bylo naočkováno 134 048 klientů pobytových sociálních služeb a zaměstnanců sociálních služeb. Celkem šlo o 92,3 % naočkových seniorů (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem) a 60 až 65 % proočkových zaměstnanců (Horecký a Švehlová, 2021, s. 7-9).

Hasmanová Marhánková (2021, s. 143–163) pak upozorňuje, že během pandemie COVID-19 ve vztahu k seniorům opatření zaváděná ve spojitosti se šířením nemoci COVID-19 a způsob, kterým byla prezentována ve veřejných diskurzích, jasně zviditelnila věk jako vektor vytyčující místo seniora ve společnosti. Ve spojitosti s událostmi souvisejícími s pandemií COVID-19 docházelo k expanzi stereotypního zobrazování věkových skupin, včetně vzplanutí ageismu vůči seniorům. Navíc způsob, kterým byly věk a role seniorů mobilizovány ve veřejných diskurzích o nemoci COVID-19, posílil nejen věkové rozdělení společnosti, nýbrž zasáhl i do mezigeneračních vztahů a solidarity. Ačkoliv na začátku pandemie rostla vlna solidarity namířené k pomoci seniorům, způsob, jakým bylo s věkem v rámci veřejných diskurzů a politik zacházeno, spíše vedl k růstu antagonismu mezi



příslušníky různých generací. Pandemie COVID-19 dále zviditelnila problémy v péči o seniory, kteří pomoc potřebují, a paternalismus přetrvávající ve vztahu k seniorům, který, i když směřován dobrou snahou starat se o „naše babičky a dědečky“, ve výsledku seniory vymezuje jako objekty této péče, a ne jako někoho, kdo by do chodu věcí měl nebo smysluplně mohl zasahovat.

Kvantifikovat rozsah a důsledky pandemie COVID-19 zatím nelze, ovšem lze předpokládat že budou pravděpodobně nebývalé. Z jiného pohledu lze ale také na pandemii COVID-19 nahlížet i jako na příležitost v profesní rovině – pro medicínu, určité okruhy její agendy. Pravidla evoluční biologie se uplatňují také v rámci pandemie – kdo se lépe přizpůsobí nepříznivým podmínkám, získává komparativní výhodu do budoucna. Týká se to jak jednotlivců, systémů, tak v přeneseném významu i medicíny (Černý a Beneš, 2020, s. 3). To se může odrazit i v péči o seniory, neboť ti během pandemie patřili mezi nejohroženější skupinu pacientů. Rozvoj medicíny tak může přijít právě i v oblasti péče o pacienty v seniorském věku, což se nakonec může projevit do budoucna pozitivně i třeba v možnosti déle zůstat v rodině.

1. **Investujte více do výzkumu:** Podpora výzkumných institucí zabývajících se péčí o seniory by mohla přinést inovativní přístupy a léčbu. Vlády by mohly poskytovat finanční prostředky a granty na výzkum péče o seniory s cílem zlepšit diagnostické metody, léčbu a prevenci (Černý a Beneš, 2020, s. 35).
2. **Zlepšení infrastruktury:** Důležitým krokem k posílení péče o seniory je zlepšení infrastruktury. To zahrnuje vytváření a podporu specializovaných zdravotnických zařízení pro seniory, která jsou vybavena potřebnou technikou a personálem. Zlepšená infrastruktura může zajistit lepší přístup ke kvalitní péči a lékařským službám (Smith, 2021, s. 118).
3. **Rozvoj telemedicíny:** Černý a Beneš (2020, s. 38) poukazují na význam a přínosy telemedicíny, které se projevily během pandemie COVID-19. Rozvoj a implementace telemedicíny v péči o seniory by mohly umožnit snazší a pravidelnou komunikaci mezi pacienty a zdravotníky, a to i mezi těmi s omezenou pohyblivostí nebo větší vzdáleností mezi sebou.
4. **Školení zdravotnických pracovníků:** Adekvátní školení v geriatrické péči může zlepšit kvalitu a způsobilost zdravotnických pracovníků (Mughal et al., 2022, s. 63).

To zahrnuje poskytování informací a podpory pečovatelům, kteří pečují o seniory doma.

5. **Větší povědomí veřejnosti:** Informovaná společnost je schopna lépe se přizpůsobit a reagovat na výzvy. Zvyšování povědomí o potřebě kvalitní péče o seniory může vést k veřejné podpoře, která zase může přilákat více zdrojů a pomoci (Brown, 2021, s. 629). Zdravotnické organizace mohou k tomuto procesu přispět prostřednictvím kampaní, veřejných diskusí a veřejných programů.

Realizace těchto kroků by mohla postupně zlepšit péči o seniory, což by mělo pozitivní dopad nejen na jejich zdraví a kvalitu života, ale také na jejich schopnost žít déle v rodinném prostředí.

## Metodologická část

### 5 Cíle práce

Pandemie COVID-19 ovlivnila všechny aspekty každodenního života. Vztahy mezi lidmi v rodinách a jejich sdílená mezigenerační solidarita nebyla a není výjimkou. Domnívám se, že téma bude relevantní převážně z hlediska jeho aktuálnosti a možnosti bližšího nahlédnutí k proměně již dlouho probádaného tématu mezigenerační solidarity. Pandemie koronaviru představuje bezprecedentní situaci, a proto otevírá prostor pro nově vznikající témata v současném kontextu. Vybrala jsem si zaměření výzkumu na mezigenerační solidaritu, neboť se týká mé každodenní zkušenosti. Zároveň jsem práci zúžila na neformální pečovatele a opečovávané seniory s podmínkou intenzivní formy péče. Obecně má tento výběr zajímavý rozměr – pečující se dostávají do situace, kdy mohou pomáhat a mohou se svobodně rozhodovat v případech, kdy pomáhají rodičům pouze příležitostně. Potom je věc úplně jiná, kdy pečující osoba má zúženou možnost volby (Jeřábek et al., 2013, s. 88).

#### 5.1 Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumná otázka hraje ústřední roli, jelikož nás vede celým našim výzkumným badáním a určuje směr (Gordon, 2020, s. 12). Z toho důvodu je esenciální se nad zněním otázky pozastavit a věnovat jí dostatek pozornosti. Výzkumná otázka musí být za první zodpověditelná, tzn. že na ni lze nalézt odpověď v datech, a za druhé proveditelná. Realizace výzkumu může být častokrát náročná na čas, dostupnost financí, nebo také vůbec přístupem k informacím, které se snažíme získat (Gordon, 2020, s. 12-13).

V předložené diplomové práci jsem si stanovila dvě výzkumné otázky:

**V1: *Jak se v průběhu pandemie koronaviru proměnila mezigenerační solidarita mezi neformálními pečovateli a opečovávanými seniory?***

**V2: *Jak se v průběhu pandemie koronaviru proměnila podoba poskytované péče mezi neformálními pečovateli a opečovávanými seniory?***

Poté, co vše zvážíme a máme navrženou výzkumnou otázku, přidružíme k ní výzkumné hypotézy. Hypotézy jsou přímo navázány na výzkumnou otázku a představují naše predikce, jež jsou nejpravděpodobnější ve výsledných zjištěních (Malhotra, 2013, s. 327).

K první výzkumné otázce a se váží tyto hypotézy:

**H1:** Shodné stanovisko na pandemickou situaci vyvolává vyšší míru mezigenerační solidarity.

- shodným stanoviskem se rozumí to, že pečovatelé a opečovávané osoby vnímají ohrožení pandemií obdobně, mají obdobnou míru obav, buď o sebe, anebo o opečovávanou osobu

**H2:** Přítomnost izolace nesnížila míru mezigenerační solidarity.

**H3:** Čím je náročnost péče intenzivnější, tím je míra mezigenerační solidarity vyšší.

- pokud je senior (opečovávaná osoba) ve stavu, kdy péči skutečně potřebuje

**H4:** Pandemie koronaviru vedla k narušení strukturní solidarity.

- strukturní solidarita (structural solidarity) je geografická blízkost člena rodiny a jeho schopnost pomáhat (také z hlediska možného rizika nakazit koronavirem opečovávanou osobu)

A k druhé výzkumné otázce náleží tato hypotéza:

**H1:** Přítomnost nemoci COVID-19 zvýšila náročnost poskytované péče.

- výskyt izolace vyvolal nutnost zapojit do péče další osoby, nebo přizpůsobit podobu péče celkově
- náročnost péče nemusela být dána pouze změnou poskytované péče, ale rovněž psychickou zátěží pečovatele z důvodu obavy o zdraví seniora

## 6 Výzkumný design

### 6.1 Kontext

Celosvětová pandemie ovlivnila téměř všechny aspekty každodenního života. Lidé se nesměli stýkat kvůli vládním nařízením, protože fyzická blízkost je nutnou podmínkou pro přenos nebezpečného virového onemocnění (Arpino, 2020, s. 177). V rámci nouzového stavu se mnoho rodin nežijících ve společné domácnosti dle zákona nesmělo mezi sebou navštěvovat. Seniori byli v kontextu pandemie považováni za jednu z nejrizikovějších skupin, jelikož onemocnění je asociováno s věkem (Fletcher, 2021, s. 480; Segel-Karpas, 2021, s. 2). Mohlo dojít k úplné izolaci, která přispívá k narušení duševního zdraví, u některých jedinců může vyvolat až depresivní stavy (Arpino, 2020, s. 177).

Mezigenerační solidarita má v těchto těžkých chvílích schopnost posílit vztahy v rodině, ale může být původcem napětí, a dokonce i konfliktů (Gilligan, 2020, s. 435). V rámci mezigenerační solidarity se objevují nová témata uvnitř vybraných dimenzí. Využití digitálních prostředků v rámci solidarity kontaktu, nebo solidarity souhlasu, kdy je zásadní, zdali mají rozdílné generace v rodině stejný názor na pandemickou situaci a sdílejí své hodnoty (Arpino, 2020, s. 176; Gilligan, 2020, s. 433-434).

Z hlediska pečování o staršího člověka v rodině negativní důsledky izolovanosti nedopadají pouze na seniora, ale i na pečujícího, jelikož přichází o interakce s přáteli a jinými členy rodiny, kteří například zprostředkovaně pomáhali pečujícímu s psychickou stránkou života, anebo se dokonce na péči podíleli. Sociální izolace není jediným stresovým faktorem, protože další vzniká ze strachu z nakažení opečovávané osoby. Podoba péče během pandemie může být zcela odlišná.

### 6.2 Design

Jelikož se COVID-19 v aktuální situaci velice rychle proměňuje, zvolila jsem longitudinální panelový design. Obecně by se dal longitudinální výzkumný design charakterizovat v opozici k průřezovému výzkumnému designu (cross-sectional). V průřezovém designu sbíráme data pouze v jeden daný moment najednou. Oproti tomu se v longitudinálním výzkumu získávají data dvakrát či vícekrát v čase. Pokud se data sbírají tímto způsobem, umožňuje to vytvořit měřítko pro zkoumání změny a dalších možností vysvětlení povahy změny (Menard, 2002, s. 19).

Díky longitudinálnímu výzkumu je možné zachytit dynamiku neustále proměňující se pandemie – jako ji používají i další výzkumníci (Cassinat et al., 2021; Reeskens et al., 2020). Zároveň bych byla schopná analyzovat proměnu situace a vývoj vztahů u cílové skupiny neformálních pečovateli a opečovávaných seniorů (Cassinat et al., 2021, s. 1597).

Konkrétně použiji longitudinální panelový výzkum (longitudinal panel design), při kterém v celém průběhu výzkumu zůstává vzorek respondentů shodný (Menard, 2002, s. 34). Podmínkou panelového designu je minimálně jednou zopakovat sběr dat. Interval opakování jsem si stanovila v horizontu dvou měsíců. První sběr jsem uskutečnila na přelomu května/června, ještě než měli všichni senioři 2. dávku očkování, jelikož to na mě působilo jako nejvíce přelomové období pandemie. Další vlny proběhly: srpen/září; listopad/prosinec; únor/březen. Sledování zvoleného panelu se zdá zajímavé nejen z hlediska vyvozování závěrů o proměně mezigenerační solidarity, ale rovněž vzhledem ke změně podoby péče v podmínkách pandemie. Jsem si vědoma, že proměny mezigenerační solidarity nemusí být dány majoritním působením pandemie COVID-19. Je nutné odfiltrovat vliv kupříkladu toho, že péče přirozeně prochází nějakými vývojovými etapami a změnami v návaznosti na zdravotní stav seniora, nebo rovněž proměnou povahy závislosti seniora před koronavirem. Mnoho změn ve formách podpory, péče z hlediska intenzity, komunikace a jednotlivých úkonů, které se dějí, nijak nemusí s pandemickou situací souviset. Odlišení vlivu pandemie a jiných vlivů působících na mezigenerační solidaritu zamýšlím odfiltrovat realizací kontrolního panelu.

Abych byla schopna realizovat kontrolní skupinu (panel), bylo nutné nalézt srovnatelný počet dvojic neformálních pečujících a opečovávaných seniorů. Ty by si nebyly podobné pouze z hlediska počtu, ale rovněž z pohledu potřeby intenzity péče, počtu sekundárních pečujících, pracovní vytiženosti pečujícího ad.<sup>1</sup>. Následně bych odfiltrovala z připravených rozhovorů zmínky, které se objevily konkrétně při pandemii COVID-19. Zůstanou tedy výlučně změny, které neovlivnil COVID-19.

---

<sup>1</sup> vše, co je uvedeno ve screeningovém dotazníku (viz Příloha č. 2: Screeningový dotazník)

### 6.3 Operacionalizace

Mezigenerační solidarita má v těchto těžkých chvílích jako je pandemie schopnost posílit vztahy v rodině, ale může být původcem napětí, a dokonce i konfliktů (Gilligan, 2020, s. 435). Jak dříve nabízel Bengtson et al. (2002), mezigenerační solidarita může být ambivalentní. V rámci mezigenerační solidarity se objevují nová témata uvnitř vybraných dimenzí. Kupříkladu v solidaritě kontaktů (associational solidarity) je možno více využívat digitální prostředky. Mnoho rodin jako východisko z izolace zvolilo online platformy či mobilní telefony k udržování kontaktů bez fyzické přítomnosti (Arpino, 2020, s. 176; Gilligan, 2020, s. 433). Další dimenzi solidarity je možné zmínit solidaritu souhlasu (consensual solidarity), která je jedním s hlavních prediktorů vztahů v rodině. Je zásadní, zdali mají rozdílné generace v rodině stejný názor na pandemickou situaci a sdílejí své hodnoty (Gilligan, 2020, s. 434).

Vern L. Bengtson a jeho kolegové vytvořili model mezigenerační solidarity, který se užívá již od 80. let minulého století s různými úpravami. Charakterizovali v něm šest dimenzí solidarity: **1) solidarita kontaktů** (associational solidarity) – četnost a vzájemné působení v rodinných aktivitách, **2) citová solidarita** (affectual solidarity) – vyjadřuje míru pozitivních nálad, které člen rodiny projevuje směrem k ostatním členům, **3) solidarita souhlasu** (consensual solidarity) – stupeň shody v názorech, hodnotách a přesvědčeních mezi členy rodiny, **4) solidarita pomoci** (functional solidarity) – vyjadřuje poskytnutou pomoc, podporu a výměnu zdrojů, **5) normativní solidarita** (normative solidarity) – představuje předpoklad plnění rodinných rolí a povinností, **6) strukturní solidarita** (structural solidarity) – geografická blízkost člena rodiny umožňující realizaci pomoci a podpory (Bengtson et al., 1991, s. 857; Jeřábek et al., 2013, s. 164-165). Tento model byl rozšířen dvěma důležitými způsoby. Nejprve byl model upraven tak, aby uznal, že konflikt je normálním aspektem rodinných vztahů. A také model připouští mezigenerační ambivalenci, jež zahrnuje pozitivní i negativní pocity členů rodiny (Bengtson et al., 2002, s. 569).

K následnému kódování a třídění rozhovorů jsem využila Bengtsonovu operacionalizaci 6 dimenzí mezigenerační solidarity a její aplikaci na výzkum v českém prostředí českém prostředí (Hortová a Souralová, 2019):

<i>6 dimenzí solidarity</i>	<i>Definice</i>	<i>kódy</i>
solidarita kontaktů	četnost a vzájemné působení v rodinných aktivitách	<p><b>četnost mezigenerační interakce</b></p> <p><b>aktéři v mezigenerační interakci</b></p> <p><b>formy mezigenerační interakce:</b> péče a hlídání seniorů; návštěva druhé domácnosti, nepravidelná interakce (interakce za účelem konkrétních zážitků, interakce za účelem poskytnutí pomoci); oslavy, svátky</p>
citová solidarita	míra pozitivních nálad, které člen rodiny projevuje směrem k ostatním členům	<p><b>pozitivní pocity z dvougeneračního soužití:</b> senior spokojeně žije v mezigeneračním soužití; nebýt izolovaný/sám; pocit bezpečí</p> <p><b>emocionální blízkost členů domácnosti:</b> intimita mezigeneračních vztahů</p>
solidarita souhlasu	stupeň shody v názorech, hodnotách a přesvědčeních	<p><b>mezigenerační konflikt:</b> generační rozdíly</p> <p><b>konsensus soužití:</b> potřeba autonomní domácnosti</p>
solidarita pomoci	vyjadřuje poskytnutou pomoc, podporu a výměnu zdrojů	<p><b>pomoc, kterou dostávají senioři:</b> fyzická pomoc, materiální pomoc, pomoc v domácnosti, doprovod seniorů</p> <p><b>vzájemná pomoc:</b> sdílení financí domácnosti</p>
normativní solidarita	představuje předpoklad plnění rodinných rolí a povinností	<p><b>pomoc očekávaná seniory:</b> péče o seniory v nouzi; obavy, že v budoucnu o ně nebude možné pečovat; mezigenerační ambivalence</p>



strukturní solidarita	geografická blízkost člena rodiny umožňující realizaci pomoci a podpory	dvojice pečující a opečovávané osoby jsou vždy nablízku
--------------------------	---	--

#### 6.4 Volba cílové skupiny

Respondenty budou tvořit neformální pečovatelé a opečovávaní senioři. Vždy je dotazována hlavní pečující osoba, jež se na péči podílí nejvýznamněji, a opečovávaná osoba komplementárně. Pro výsledný výběr jsem použila screeningový dotazník<sup>2</sup>, kde byla kritéria zahrnuta, a celkově jsem tedy oslovila 23 rodin, podmínku cílové skupiny splnilo 12 z nich. V základním panelu mám aktuálně 12 rodin.

Počet respondentů je dostačující tehdy, když z rozhovorů již nevychází žádné další nové informace (Glaser a Strauss, 2012, s. 161). V průběhu rozhovorů jsem zmapovala tematické okruhy sdělovaných informací, které se již od osmé dotazované rodiny opakovaly. Abych předešla unáhlenosti, uskutečnila jsem následně další rozhovory se čtyřmi rodinami, abych si mapování potvrdila.

Výběr respondentů podléhal přísným kritériím. Znaky jako věk, pohlaví nebo velikost města byly v tomto případě irelevantní, neboť kritéria jsou definovaná právě rolí pečujícího a opečovávaného. Nejpodstatnějším kritériem výběru byla náročnost péče. Kandidát nebyl zahrnut do panelového výzkumu v případě, že se jednalo výhradně o doplňkovou podobu péče (nepravidelné návštěvy, emocionální podpora ve formě povídání, žádná fyzická pomoc), pro vstup do panelu bylo nutné splnit podmínku pečování 12 hodin týdně minimálně. Náročnost péče by měla splňovat podmínku intenzivní péče, anebo významné pomoci (Jeřábek a kol 2013: 88). Péče musela být zajišťována již před nástupem COVID-19 pandemie a nepředstavovat následek pandemické situace.

#### 6.5 Etické souvislosti realizace výzkumu

Jako každý výzkum studující lidské bytosti ve společenských vědách je i moje sociologické bádání spojeno s možnými etickými riziky. V první řadě by mělo být dodrženo minimální riziko pro zúčastněnou osobu, tzn., že osoba, která je součástí výzkumu, by neměla zažívat vyšší riziko, nežli je tomu ve skutečném životě (Nolen-Hoeksema et al., 2012, s. 44).

V dalším kroku musíme *respektovat práva zkoumaných osob na soukromí a důstojnost* (Jeřábek, 1993, s. 147). Důležitost zachování soukromí nespočívá v pouhé anonymizaci. Anonymizace sama o sobě zaručuje základ k bezpečnému zacházení, ale přesto se dají

<sup>2</sup> výběr vhodných respondentů

z určitých údajů (místo, rozložení vztahů v rodině) dohledat spojitosti. Z důvodu maximální opatrnosti je nutné nalezení rovnováhy mezi zárukou bezpečí respondentů participujících na výzkumu a prezentací skutečného poznání, které nebude narušeno těmito opatřeními (Hendl, 2016, s. 157).

Ve spojitosti s plánovanými rozhovory je žádoucí respondenty informovat o základní povaze výzkumu ústní formou, ale zároveň i písemnou (viz Příloha č. 1: Informovaný souhlas), kde bude uvedeno právo na ochranu informací. V této části zaručím *důvěrné zacházení s výzkumnými daty* a budu *chránit zkoumané před osobním poškozením* (Jeřábek, 1993, s. 147). Jinými slovy, bez souhlasu respondenta nesmí být informace (spojované s jeho osobou) získané ve výzkumu šířeny k dalším osobám. Vhodné je oddělení jmen a dalších identifikačních údajů a jejich následné nahrazení kódy, nebo jinými možnými znaky (Nolen-Hoeksema et al., 2012, s. 45).

Je důležité, aby výzkumník zachovával co nejvyšší možnou objektivitu a s tím spojenou *nezkreslenou prezentaci výzkumných výsledků*. Zároveň by neměl své schopnosti a kompetence přeceňovat a nezneužívat svoji roli výzkumníka k dalším účelům (Jeřábek, 1993, s. 147).

Vzhledem k citlivému tématu jako je pečování o svého rodiče, anebo rodiče manžela/manželky ve stáří, musí být zaručeno emoční bezpečí. Přestože se účastník výzkumu bude věnovat spíše svému emočnímu prožívání nežli objektivním skutečnostem, je na místě dát na tuto oblast v rozhovoru prostor. V ideálním případě být připraven na různé podoby scénářů, a hlavně před položením citlivé otázky pracovat s přechodem od jednoho tématu k dalšímu, aby konverzace plynula přirozeněji. Většinou jsme si vědomi, že výzkum nesmí ohrozit respondentovo tělesné zdraví, ale nesmíme opomenout i to psychické (Hendl, 2016, s. 158-159).

Jelikož je realizace výzkumu v době pandemie COVID-19 ještě citlivější, bylo nutné etickou stránku výzkumu doplnit o další poznatky. Lidé jsou převážně ve velkém stresu z možnosti virového přenosu, vystresovaní z neustálých změn v jejich každodenním životě, a tak se očekávala větší ohleduplnost i z mé strany (Chenneville a Schwartz-Mette, 2020, s. 644). Snažila jsem se tedy co nejohleduplněji požádat potencionální respondenty o rozhovor s nabídnutím opatření k předcházení nákazy – dodržení dostatečné vzdálenosti, respirátor vždy na ústech a nosu, nabízela jsem možnost uskutečnit rozhovor venku, kde by se opět minimalizovala možnost přenosu.

Když došlo k setkání za účelem rozhovoru, poděkovala jsem spolupracujícím osobám za čas věnovaný mému výzkumu a spíše laicky vysvětlila, o čem bude téma naší konverzace. Hned poté jsem dala respondentům (nebo respondentovi) k podpisu informovaný souhlas, kde je detailněji uveden důraz na anonymitu, mlčenlivost – tzn. vše, co během rozhovoru zazní, nebude nikde šířeno a jména, ani další kontaktní údaje (krom screeningového dotazníku) rovněž ne. S informacemi zprostředkovanými dotazovanou osobou budu pracovat výhradně já. Dále v informovaném souhlasu byla zahrnuta možnost autorizace přepsaného rozhovoru a právo dotazovaného kdykoli odstoupit od naší dohody. Zároveň jsem požádala o svolení k nahrávání celého průběhu rozhovoru. Pokud byla spolupracující osoba proti audiozáznamu našeho rozhovoru, vyhověla jsem jí a nenahrávala. Jestliže se vyskytly otázky ohledně některých bodů v informovaném souhlasu, bezodkladně jsem je vyjasnila. Způsob provedení sběru dat

#### *6.5.1 Sběr dat v podmínkách pandemie*

Už je tomu téměř dva roky, co vláda vyhlásila nouzový stav, který byl zapříčiněn rozšiřující se světovou pandemií způsobenou virem SARS-CoV-2. Nouzový stav se však postupně prodlužoval, v létě 2020 byl zcela odvolán a na podzim byl opět vyhlášen až do dalšího jara roku 2021. Celosvětová pandemie ovlivnila téměř všechny aspekty každodenního života. Lidé se nesměli stýkat kvůli vládním nařízením, protože fyzická blízkost je nutnou podmínkou pro přenos nebezpečného virového onemocnění (Arpino, 2020, s. 177). V rámci nouzového stavu se mnoho rodin nežijících ve společné domácnosti dle zákona nesmělo mezi sebou navštěvovat. Senioři byli v kontextu pandemie považováni za jednu z nejrizikovějších skupin, jelikož onemocnění je asociováno s věkem (Fletcher, 2021, s. 480; Segel-Karpas, 2021, s. 2). Mohlo dojít k úplné izolaci, která přispívá k narušení duševního zdraví, u některých jedinců může vyvolat až depresivní stavy (Arpino, 2020, s. 177; McKinlay et al., 2021, s. 1).

Z hlediska pečování o staršího člověka v rodině negativní důsledky izolovanosti nedopadají pouze na seniora, ale i na pečujícího, jelikož přichází o interakce s přáteli a jinými členy rodiny, kteří například zprostředkovaně pomáhali pečujícímu s psychickou stránkou života, anebo se dokonce na péči podíleli (Gilligan, 2020, s. 438; McKinlay et al., 2021, s. 2). Sociální izolace není jediným stresovým faktorem, protože další vzniká ze strachu z nakažení opečovávané osoby (Segel-Karpas, 2021, s. 6). Podoba péče během pandemie může být zcela odlišná.

Sběr dat proto musí být přizpůsoben všem těmto okolnostem pandemie. Nejprve je důležité vzít v potaz, že komunikační partneři jsou častokrát velice zaneprázdnění lidé, třebaže by nebylo pandemické situace. Je velice obtížné získat kontakt, a proto bylo nemyslitelné použít náhodný výběr. Nejvhodněji se nabízela možnost volby účelového vzorkování, jelikož je jasně definované, proč tvoří cílovou skupinu zrovna neformální pečující a opečovávaní senioři (Hendl, 2016, s. 155-156).

K tomu, abych zjistila, zdali je péče poskytovaná opečovávanému skutečně intenzivní, vytvořila jsem screeningový dotazník<sup>3</sup>. Ve screeningovém dotazníku jsem se neptala pouze na intenzitu péče, ale zároveň na další údaje, o které jsem se následně opírala v rozhovorech, a nebylo již nutné se zdržovat základními údaji.

Jak již bylo zmíněno výše, sběr dat probíhal ve čtyřech vlnách a každá byla opakována po intervalu dvou měsíců. Časový harmonogram vypadal následovně:

<i>vlna</i>	<i>Měsíc</i>	<i>rok</i>
1.	květen, červen	2021
2.	srpen, září	2021
3.	listopad, prosinec	2021
4.	únor, březen	2022

### 6.5.2 *Rozhovory*

Screeningový dotazník dostalo k vyplnění 23 neformálních pečovatelů a s nimi jejich opečovávaní senioři. Po použití screeningového dotazníku splnilo kritérium intenzivní péče 12 dvojic z 23. Potom, co jsem měla vybrané komunikační partnery, použila jsem k získání dat metodu dotazování. Realizovala jsem na vybraném vzorku respondentů (pečující a opečovávaní) hloubkové rozhovory.

Hloubkové polostrukturované rozhovory představují jeden z nejlepších způsobů, jak se co nejvíce vcítit do perspektivy druhé osoby. K perspektivám dotazovaných osob vytvořím husté popisy vnímání sociálního světa, které následně převedu na kulturní témata a vzorce (Mahat-Shamir et al., 2021, s. 83). Hloubkové rozhovory jsou preferované ve výzkumech, kde je zkoumané téma citlivého charakteru (Mahat-Shamir et al., 2021, s. 84).

Rozhovory byly sestaveny polostrukturovaně, nebo také s jiným označením „rozhovory s použitím návodu“. Byla předem připravena základní struktura otázek a témat, které je potřebné v rámci rozhovoru probrat. Další vznikly v návaznosti na konkrétní rozhovor, a tím je dána i volnost a lehkost do celého průběhu. Tento způsob vytváření témat pro nás

<sup>3</sup> viz Příloha č. 2: Screeningový dotazník

zajišťuje, že se skutečně dostaneme ke všem tématům (Hendl, 2016, s. 178).

Při vedení kvalitativního rozhovoru je dobré se držet několika zásad. Úplným základem je, že bychom neměli zapomínat na začátek a konec rozhovoru. Na začátku je úkolem zkušeného výzkumníka tzv. „prolomit ledy“ a získat důvěru ze strany dotazovaného. Na konci rozhovoru je potřeba nabídnout prostor pro dodatečné informace, jelikož si může respondent připomenout něco, až když je rozhovor u konce. Právě kvůli tomuto doporučení jsem zahrнула na konec rozhovoru otázku „Je ještě něco, o čem bychom měli spolu mluvit, ale nedostala se na to řeč?“ (Hendl, 2016, s. 171).

Další zásada se týká pořadí pokládání otázek. Nehodí se začínat rozhovor otázkami na demografické údaje (Hendl, 2016, s. 172). V tomto bodě mám zjištěné demografické údaje již ze screeningového dotazníku, a tak se s nimi v rozhovoru nemusím dále zabývat. Pro začátek rozhovoru jsou ideální otázky zaměřené na přítomnost, které nejsou nějakým způsobem jakkoliv problémové. Respondentova reakce na ně obvykle bude klidná, jelikož se dostane pouze do roviny popisné. Až budeme mít od dotazovaného nastíněny základní popisy, lze k nim přidat otázky zabývající se jejich pocity, chováním, názory, interpretacemi a dalším (Hendl, 2016, s. 173).

Respondenti byli dotazováni v každé vlně na sadu stejných otázek<sup>4</sup>, které se týkaly několika segmentů: finanční situace, inovace v poskytování péče, změna rolí pečovatелů, izolace (řešení), dopady na opečovávanou/pečující osobu (emocionální, finanční), forma bydlení, využívání profesionálních služeb, kooperace rodiny. V první vlně byli dotazováni na kompletní sadu otázek, v následujících vlnách byly sběry dat doplňkové. Toto je zcela v souladu s charakterem panelového výzkumu, který se vyznačuje opakovaným sběrem dat od stejného vzorku respondentů. Segmenty byly poté doplněny aktuálními otázkami dle situace pandemie COVID-19, jak je pravidlem v panelovém výzkumu. (Jandourek, 2007, s. 247).

Při podepisování informovaného souhlasu bylo jednou dvojicí odmítnuto nahrávání na audio-záznamník. Samozřejmě jsem respondentům vyhověla a během našeho rozhovoru psala detailní zápisky. Ty byly po ukončení rozhovoru doplněny ještě tentýž den. Poznámky psané během rozhovoru s následným doplněním jsou srovnatelné s přepisy audiozáznamů rozhovorů (Rutakumwa a Mugisha, 2020, s. 567).

---

<sup>4</sup> viz Příloha č. 3: Scénář pro cílovou skupinu

### 6.5.3 Sekundární analýza

Jakožto komplementární sběr dat využiji metody sekundární analýzy dokumentů, popřípadě dat. Sekundární analýza spočívá v tom, že jsou opětovně použita primární data. Tzn. výzkumný materiál, data, nebo dokumenty, které byly již aplikovány, jsou opětovně využity k dalším interpretacím (Buriánek, 1988, s. 78). Jelikož se v původním výzkumu, z kterého čerpáme, používaly materiály k odlišným výzkumným cílům, je pravděpodobné, že v materiálech lze využít další informace, jež hrály pouze marginální roli. Odpovíme si na zcela nové otázky, nebo pouze částečně přeformulované (Hendl, 2016, s. 375).

Sekundární analýzu dokumentů demonstruji již v teoretické části diplomové práce, jelikož dávám do souvislosti situaci neformálního pečovatele a opečovávaného seniora v konkrétním časovém úseku pandemie. Je nutné odlišit jednotlivé časové úseky, protože situace týkající se kovidové nemoci byla zcela odlišná v 1., 2. a dokonce i ve 3. vlně.

## 7 Diskuse použitých metod

V metodologické kapitole diplomové práce jsem popsala metody, s kterými následně budu realizovat výzkum. Přestože se mi jevily tyto metody jako nejvhodnější pro nalezení odpovědi na výzkumné otázky: *Jak se v průběhu pandemie koronaviru proměnila mezigenerační solidarita mezi neformálními pečovateli a opečovávanými seniory?* a *Jak se v průběhu pandemie koronaviru proměnila podoba poskytované péče mezi neformálními pečovateli a opečovávanými seniory?*, nejsou ve všech případech pouze výhodné.

Jasnou nevýhodu shledávám ve výběru cílové skupiny respondentů. Ideálním typem vzorkování by byl zajisté náhodný výběr, protože ve větší míře dobře reprezentuje populaci (Hendl, 2016, s. 156). Ale jak jsem již uvedla výše, bylo nezbytné použít metodu účelového vzorkování, jelikož je velice obtížné získat kontakt ke dvojici neformálního pečovatele a opečovávané osoby zároveň s podmínkou intenzivní formy péče. Nejvhodněji se nabízela možnost volby účelového vzorkování, jelikož je jasně definované, proč tvoří cílovou skupinu zrovna neformální pečující a opečovávaní senioři.

Přestože je panelový výzkum přizpůsoben, aby nejlépe odhalil skutečnou změnu a zachytil informace, které se retrospektivně nedají bez chyb získat, má i svá úskalí. Je potřeba mít na mysli tzv. panelový efekt. Panelový efekt vzniká v průběhu výzkumu, kdy se opakovaně dotazujeme respondentů. Ti na naše opakované dotazování reagují a mění tím své chování (Kozel et al., 2011, s. 156). Kdybych měla demonstrovat tento efekt na své práci, znamenalo

by to, že dvojice neformálních pečujících a opečovávaných seniorů na základě našich rozhovorů upraví své jednání. Kdybych se ptala v prvních dvou vlnách na přítomné konflikty v průběhu poskytování péče, a od třetí a čtvrté by náhle vymizely, znamenalo by to, že si je dvojice uvědomila a rozhodla se na ně reagovat. S panelovým šetřením se ruku v ruce pojí nevýhody longitudinálního výzkumného designu. Čas, jenž dáme do realizace longitudinálního bádání, je skutečně nesmírný (Featherman, 2003, s. 780).

Za další je nevýhodou a zároveň i choulostivou záležitostí úmrtnost panelu. V práci s komunikačními partnery, kteří jsou již v seniorském věku, je nutné připustit si i takovou eventualitu. Pokud dojde k úmrtí v rámci panelu, může to dát prostor ke vzniku nereprezentativního vzorku respondentů (Piemonte a Hermer, 2013, s. 20). Samozřejmostí je jednat citlivě a nepokračovat ve spolupráci s lidmi, kde došlo k oné události.

Vedení kvalitativních rozhovorů častokrát nepostačuje jako jediný zdroj informací použitých ve výzkumu. Tato problematika je zajištěna tím, že práce bude kontextualizovaná do COVID-19 doby a doplněna o sekundární data. Potíže mohou nastat při zobecňování poznatků, protože se nejprve musí zajistit, že kategorie (kódy) obsažené v rozhovorech jsou vzájemně srovnatelné. Typ rozhovoru byl zvolen polostrukturovaně a současně hloubkově. Hloubkové rozhovory byly jasnou volbou, jelikož nejlépe korespondují s tématy, která jsou citlivá a osobní. Rozhovory s polostrukturovanou povahou byly taktéž jasně zvoleny. Pokud by byl použit strukturovaný rozhovor, neumožnilo by to respondentům rozvíjet své myšlenky během konverzace. Tím bych se mohla připravit o skutečně cenné informace. Na druhé straně je ještě nestrukturovaný rozhovor, který by můj výzkumný záměr v žádném případě nepodložil (Hendl, 2016, s. 177-179). Nebylo by možné řídit se operacionalizací šesti dimenzí mezigenerační solidarity.

S každou metodou užívanou ve výzkumu se pojí jistá úskalí. Výzkumník musí být obezřetný při volbě metod vhodných a společně korespondujících s výzkumným záměrem a výzkumnou otázkou. Někdy výběrem jedné metody upřednostníme vlastnosti, na které chceme brát ve výzkumu zřetel a uvědomujeme si, že jsou na úkor metod jiných.

## Analytická část

Rozhovory jsou přepsány v programu Transcriber, jenž nabízí nejen vhodné prostředí pro přepis, ale také podporuje *více hierarchických vrstev segmentace, anotace pojmenovaných entit, seznamy mluvčích, seznamy témat a překrývající se mluvčí* (Boudahmane 2008). Takto přepsané rozhovory jsou vloženy do programu Atlas.ti. Atlas.ti je software specializující se na QDA (Qualitative Data Analysis). Zde jsou kódovány jednotlivé operacionalizované dimenze. Software umožňuje kódovat řádek po řádku, psát poznámky během kódování a kombinovat kódy do širších abstraktnějších kódů (Deterding et al., 2018, s. 715).<sup>5</sup>

## 8 Analýza rozhovorů

V rámci analýzy odpovědí různých respondentů bylo provedeno důkladné zkoumání vzorců, témat a konceptů souvisejících s mezigenerační solidaritou a péčí v době pandemie koronaviru opakujících se u různých pečujících rodin. Tato analýza umožnila porovnat a interpretovat vzorce ve vztahu k výzkumným otázkám a s nimi spojeným hypotézám, což nám poskytuje hlubší vhled do toho, jaké vzorce mezigenerační solidarity a péče se prosazovaly během náročného pandemického období.

V rámci analytické části vaší diplomové práce jste provedli důkladné zkoumání vzorců, témat a konceptů souvisejících s mezigenerační solidaritou a péčí v době pandemie koronaviru. Tato analýza byla provedena na základě přepisů rozhovorů, které byly následně kódovány v programu Atlas.ti.

Z analýzy kódování vyplynulo několik klíčových témat a podtémat, které se opakovaly u různých pečujících rodin. Tato témata a podtémata zahrnovala:

- A. **Balancování výzev:** způsoby, jak rodiny reagovaly a přizpůsobovaly se různým výzvám během pandemie koronaviru, včetně změn v zdraví a dynamice rodiny.
- B. **Dopad na péči:** to, jak pandemie koronaviru ovlivnila různé aspekty péče, včetně péče o rodinu, mezigenerační péče a celkového poskytování péče.
- C. **Podpůrné systémy:** různé zdroje a strategie, které rodiny využily k podpoře péče během pandemie koronaviru, včetně navigace zdrojů, podpory seniorů a prevence viru.

---

<sup>5</sup> ukázky přepisů rozhovorů jsou zahrnuty v příloze č. 4



- D. **Pohoda pečovatele:** emoční a fyzický stav pečovatelů během pandemie koronaviru, včetně úzkosti, stresu a dopadu péče na jejich zdraví a pohodu.
- E. **Rodinná dynamika:** změny v interakcích a vztazích mezi členy rodiny během pandemie koronaviru, včetně zvýšeného uvědomění, preventivní péče, virtuálních interakcí a prioritizace pohody a zdraví.
- F. **Změny mezigenerační solidarity:** proměny v solidaritě a vztazích mezi různými generacemi během pandemie koronaviru, včetně posílení vazeb mezi členy rodiny, změn v péči a výzvách, kterým pečovatelé čelili.
- G. **Změny v poskytované péči:** různé aspekty a výzvy spojené s péčí během pandemie koronaviru, včetně změn ve formě péče, náborem pracovníků, koordinaci úkolů a zvýšených zodpovědností.

Celkově bylo identifikováno 7 hlavních témat a 63 podtémat. Tyto kódy a témata poskytují hluboký vhled do toho, jak se mezigenerační solidarita a péče měnily během pandemie koronaviru. Tato analýza umožňuje porovnat a interpretovat vzorce ve vztahu k výzkumným otázkám a s nimi spojeným hypotézám, což nám poskytuje vhled do toho, jaké vzorce mezigenerační solidarity a péče se prosazovaly během náročného pandemického období.<sup>6</sup>

## 8.1 Proměna mezigenerační solidarity (V1)

### 8.1.1 Hypotéza č. 1

Výzkum provedený s respondenty 001 až 012<sup>7</sup> potvrdil významnou existenci mezigenerační solidarity a péče mezi neformálními pečovateli a opečovávanými seniory v průběhu pandemie, což je v souladu s literárními zdroji jako Boudahmane et al. (2008), Arpino et al. (2020), Bengtson et al. (2002, 1991), Boudahmane et al. (2008) a Buchtová, Hrušková Kusnieriková (2021). Tento výzkum podpořil hypotézu o *vyšší míře mezigenerační solidarity při shodném vnímání pandemické situace* (H1), jak naznačují studie Bengtson et al. (2002) a Jeřábek (2019). Respondenti vyjádřili důležitost kontaktu a interakce mezi generacemi, emocionální blízkost a spokojenost s mezigeneračním soužitím, což je v souladu s výzkumem Buchtové (2021) a dalšími autory zabývajícími se tímto tématem. Tato shoda mezi respondenty, kteří vyjádřili důležitost kontaktu a interakce mezi generacemi,

<sup>6</sup> soubor Zápis kódů

<sup>7</sup> respondenti jsou kvůli anonymizaci označeni kategoriemi 001 až 012

emocionální blízkost a spokojenost s mezigeneračním soužitím, posiluje význam mezigenerační solidarity a péče, jak již zdůraznili Bengtson et al. (2002) a Jeřábek (2019), a to i v době pandemie koronaviru. To přispívá k hlubšímu pochopení dynamiky vztahů mezi neformálními pečovateli a opečovávanými seniory, jak upozornil Jeřábek (2019) ve své studii.

### 8.1.2 Hypotéza č. 2

Hypotéza, že *přítomnost izolace nesnížila míru mezigenerační solidarity* (H2), se ukázala být podložena výzkumnými zjištěními. I přes omezení kontaktů a návštěv z důvodu ochrany před nákazou docházelo ke změnám ve vzorcích mezigenerační interakce, jak naznačuje studie respondentů.

V rámci výzkumu se ukázalo, že izolace a omezení rodinných aktivit měly vliv na snížení četnosti setkávání mezi generacemi. Respondent 003 například zmínil, že došlo k výraznému omezení rodinných aktivit a setkávání:

*Jako změnil se tím, že já jsem utnula návštěvy. Což jako všichni včetně teda těch rodičů, včetně manžela, včetně švagrovejch. [...] Takže to tam bylo takový občas napjatý, ale ve výsledku jako nikdo nic moc neříkal.*

*Babi to nesla hůř než děda, protože je hodně komunikativní, jako je ten sociální člověk a potřebuje mít ty kamarádky a furt měla tendenci jako, že by někam jako ... ne šla, ona nemůže nikam chodit, ale že by ty kamarádky třeba přišly, nebo jsme jí někam popovezli ... říkám ne babi, nikam chodit nebudete. (Respondent 003)*

Nicméně i přes tato omezení rodiny stále usilovaly o udržení péče a podpory mezi generacemi. To naznačuje, že i v době izolace byla mezigenerační solidarita považována za důležitý aspekt rodinného života.

Další studie a literární zdroje podporují tuto hypotézu. Antoine et al. (2008, s. 78-85) ve svém výzkumu ukázali, že i v době krizových situací a omezených kontaktů dochází k projevům mezigenerační solidarity. Bengtson et al. (1991) se zabývali vlivem stárnutí populace na dynamiku mezigeneračních vztahů a zjistili, že i přes fyzické vzdálení může existovat emocionální blízkost a péče mezi generacemi. Tato studie posiluje předpoklad, že přítomnost izolace nemusí automaticky snižovat míru mezigenerační solidarity.

Zjištění respondentů, kteří vyjadřovali důležitost kontaktu a interakce mezi generacemi, emocionální blízkost a spokojenost s mezigeneračním soužitím (Buchtová a Hrušková Kusnieriková, 2021, s. 45-52), dále podporuje hypotézu o nedostatečném snížení míry

mezigenerační solidarity v době izolace. Tato shoda mezi respondenty, kteří přesto projevovali důležitost mezigeneračních vztahů, ukazuje na silnou přítomnost solidarity mezi generacemi i přes omezení spojená s izolací.

Výsledky výzkumu a podložení literaturou tedy naznačují, že přítomnost izolace nevedla ke snížení míry mezigenerační solidarity. I v době omezených kontaktů rodiny projevovaly péči a podporu mezi generacemi, což posiluje důležitost mezigeneračních vztahů i v obtížných časech pandemie. Tato zjištění přispívají k hlubšímu pochopení dynamiky mezigeneračních vztahů a zdůrazňují odolnost mezigenerační solidarity i přes náročné okolnosti.

### 8.1.3 Hypotéza č. 3

Dále bylo zjištěno, že *čím je náročnost péče intenzivnější, tím vyšší je míra mezigenerační solidarity*. Respondenti, kteří poskytovali intenzivní péči o své opečovávané osoby, vyjadřovali vyšší míru solidarity a angažovanosti. Toto zjištění podporuje hypotézu, že náročnost péče přispívá ke zvýšení mezigenerační solidarity, neboť když starší člen rodiny skutečně potřebuje intenzivní péči, mladší generace se aktivně zapojí a poskytuje nezbytnou podporu.

Respondenti 002 a 008 jsou příkladem tohoto jevu, protože se oba starají o matku trpící kognitivními poruchami (Stařecká demence, Alzheimerova nemoc), což je velice náročná péče:

*No jako víte, ono to není rozhodnutí, to je prostě povinnost no. Jako tam je ... hlavně nesmíte bejt sobec, si myslim, a i když jsem v jeden čas myslel, že ji dám už do nějakýho ústavu, nebo do nějakýho důchodáku, ale když vám máma zrovna včera, když jsme přijeli, jsem byl s mámou u psychiatricky a máma Vám řekne: "Já jsem tak ráda, že jsi mi nikam nedal, že jsme doma." (Respondent 002)*

*(...) jak se ten stav toho nemocného člověka mění, tak maminka dřív třeba chodila jo, ale ona se zvedla dejme tomu z postele, stoupla si a někam šla a tam si třeba sedla na zadek. Takže tam bylo zapotřebí u ní bejt ... opravdu to může bejt mžik, jako malý dítě, který ti uteče, a pak někde prostě zavravorá a upadne. Takže tam bylo důležitý, aby tam s ní opravdu jako někdo byl neustále, a dejme tomu, že se s ní procházel, ale teďka ta situace je taková, že maminka už se sama nezvedne a ona už mi neuteče, takže v podstatě je to jako strašný, ale mám míň starostí, protože neuteče. (Respondent 008)*

Z odpovědí respondentů 002 a 008 vyplývá, že poskytují jak fyzickou, tak emocionální podporu svým matkám. Zároveň využívali v době před pandemií profesionální služby, které jim pomáhaly zvládnout náročnost péče. Nyní již profesionální péče nevyužívají, jelikož by tím zvýšili riziko přenosu nemoci COVID-19. I přes vysokou míru zátěže respondenti a jejich rodiny stále projevují snahu poskytovat péči o své opečovávané.

Takové příklady ukazují, že náročnost péče nemusí snižovat míru mezigenerační solidarity, ale naopak ji může posilovat. V situacích, kdy je péče skutečně nezbytná a intenzivní, se rodinní příslušníci často sjednotí a spolupracují, aby zajistili nezbytnou podporu a péči pro opečovávanou osobu. Tato forma solidarity je důležitá pro udržení rodinných vazeb a zajištění kvalitní péče v obtížných situacích.

#### *8.1.4 Hypotéza č. 4*

Zároveň byl identifikován značný vliv na strukturní solidaritu v některých rodinách. Příklady zahrnovaly respondenty (001, 005, 006 a 007), kteří přestěhovali opečovávané osoby do svého domu, čímž zajišťovali snadnou dostupnost péče a podpory. Toto zjištění naznačuje, že strukturní solidarita, která zahrnuje geografickou blízkost a schopnost pomáhat, může být i během pandemie udržována, podporována a někdy i posílena.

Celkově lze tedy konstatovat, že analýza odpovědí respondentů ukázala, že mezigenerační solidarita a péče převládají i v době pandemie koronaviru a že přítomnost izolace a omezení kontaktů nemá výrazný negativní vliv na tuto solidaritu. Vyšší míra mezigenerační solidarity je spojena se shodným vnímáním pandemické situace, intenzivnější náročností péče a zachováním strukturní solidarity. Tato zjištění mají důležité implikace pro další výzkum a praxi v oblasti mezigenerační solidarity a péče.

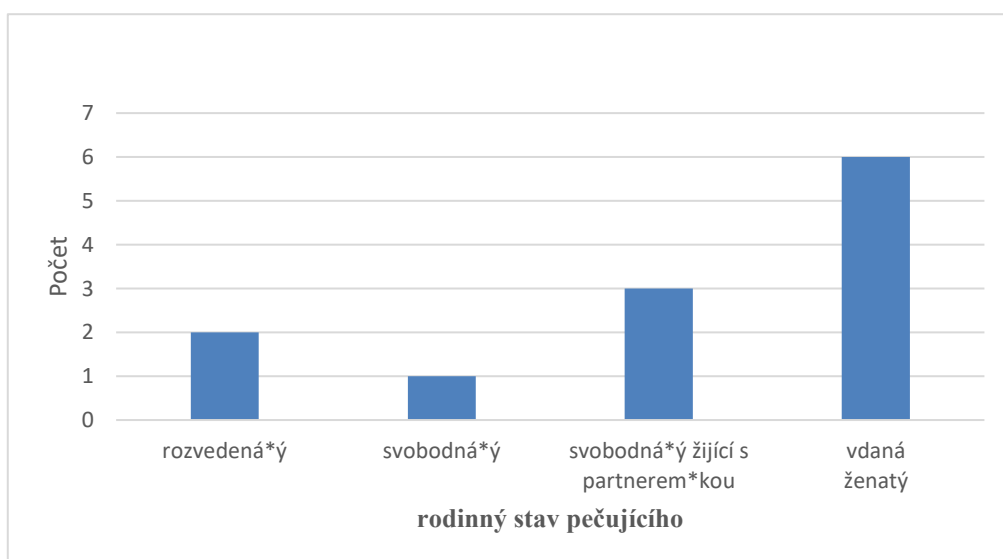
## 8.2 Proměna podoby poskytované péče (V2)

Během pandemie koronaviru se projevíly změny v mezigenerační solidaritě a péči o opečovávané seniory v rodinách. S omezením sociálního kontaktu a přítomnosti izolace bylo nutné hledat nové způsoby péče, které by zajistily bezpečnost a zdraví seniorů. Mnoho rodin se obrátilo k technologickým prostředkům, jako je telefonní a online komunikace, aby udržovaly kontakt s opečovávanými a poskytovaly jim potřebnou podporu. Některé rodiny se rozhodly přizpůsobit svůj životní prostor, aby minimalizovaly riziko infekce a zajistily pokračování péče o opečovávané seniory s maximální opatrností.

### 8.2.1 Hypotéza č. 1

Při analýze odpovědí respondentů lze pozorovat, že hypotéza o *změně mezigenerační solidarity a péče v rodinách během pandemie koronaviru* je potvrzena. Rodiny se snažily udržet častý kontakt, poskytovat emocionální podporu a pomoc opečovávaným seniorům. Zároveň se však objevují i napětí a výzvy spojené s novými omezeními a nejistotami.

Z těchto informací lze vyvodit, že rodiny věnují péči svým blízkým a snaží se udržovat a posilovat mezigenerační vztahy. Pandemická situace ovlivnila některé aspekty péče a interakcí, ale rodiny se snaží adaptovat a využívat dostupnou podporu. Hypotéza o náročnosti poskytované péče v souvislosti s přítomností nemoci COVID-19 zůstává nejednoznačná na základě těchto informací, ale naznačuje se, že rodiny projevují solidaritu a snaží se překonat výzvy spojené s pandemií.



Metoda WordCloudu byla použita k analýze změn v přístupu k opečovávaným osobám po nástupu pandemie koronaviru. Tento vizuální nástroj umožňuje zobrazit klíčová slova a témata, která se opakují v odpovědích respondentů na danou otázku.

Metoda WordCloudu byla použita k analýze změn v přístupu k opečovávaným osobám po nástupu pandemie koronaviru. Tento vizuální nástroj umožňuje zobrazit klíčová slova a témata, která se opakují v odpovědích respondentů na danou otázku.

Z vytvořeného WordCloudu vyplývá, že klíčová slova a témata spojená s nástupem pandemie a změnou přístupu k opečovávaným zahrnují omezení, ochranu, čas, opatrnost, očkování, podporu, náročnost, riziko, strach a vztahy. Tyto klíčové pojmy a témata odhalují komplexnost změn v přístupu k opečovávaným osobám v době pandemie koronaviru a ukazují na důležitost adaptace péče a podpory v této náročné situaci (Hecker a Kalpokas, 2024).

Pro zkoumání těchto změn byla použita metoda kombinovaného přístupu kvantitativní a kvalitativní analýzy, která umožňuje lepší porozumění výzkumným problémům a složitým jevům než každý přístup samostatně. Důkladná analýza dat byla prováděna podle postupů popsanych v práci Young et al. (2024), která zahrnuje i inovativní metodu využití WordCloudu k vizualizaci klíčových slov a témat z odpovědí respondentů.

**Obrázek 1: Textová analýza obsahu otevřené otázky „Jakým způsobem se změnil Váš přístup k opečovávanému po nástupu pandemie?“**



Zdroj: přepisy kvalitativních rozhovorů

## 9 Typologie rodin

V této části práce se zaměřím na analýzu typologie rodin, která poskytne vhled do struktury a charakteristik rodin, jež se zapojily do mého výzkumu. Prvním krokem bylo v analýze je definování kontinua, které nejlépe zachycuje různé úrovně mezigenerační solidarity v době pandemie. V našem případě jsme zvolili kontinuum od “silné mezigenerační solidarity” po “slabou mezigenerační solidaritu”. Toto kontinuum nám umožní kvantifikovat a porovnat úroveň solidarity mezi různými rodinami (Lazarsfeld a Robinson 1940, s.820-821; Taylor a Bogdan 2015, s. 183).

Dalším krokem byla identifikace indikátorů, které jsem určila následovně:

- **Zdroje podpory v době pandemie:** Jaké zdroje podpory jsou k dispozici pečujícím rodinám v době pandemie? To může zahrnovat online komunitní skupiny, virtuální podporu od zdravotnických pracovníků a možnosti distančního sociálního kontaktu s rodinou a přáteli.
- **Pandemický stres a zátěž:** Jak pandemie ovlivňuje subjektivní zátěž a stres pečujících rodin? Zvažte, zda pandemie způsobuje zvýšenou úzkost, obavy o zdraví opečovávané osoby nebo finanční tlak v důsledku změn v pracovní situaci.
- **Dostupnost péče v době pandemie:** Jak pandemie ovlivňuje dostupnost profesionální péče pro opečovávané osoby? Zohledněte změny v provozu domovů seniorů, ambulantní péče a dalších služeb péče o zdraví.
- **Technologická podpora a digitální dovednosti:** Jak pečující rodiny využívají technologii pro komunikaci, získávání informací a koordinaci péče v době pandemie? Posuďte jejich schopnost využívat technologii a případné potřeby ohledně digitálních dovedností.
- **Adaptabilita a flexibilita v mezigenerační solidaritě:** Jak pandemie ovlivňuje schopnost různých generací v rodině poskytovat a přijímat péči a podporu? Posuďte, jak se role a dynamika v mezigenerační solidaritě mění v reakci na pandemické podmínky.

Ke každému indikátoru je přiřazena numerická hodnota. Skóre všech indikátorů je poté sečteno pro každou rodinu, čímž vznikne celkové skóre reprezentující úroveň mezigenerační solidarity. Na základě těchto skóre jsou rodiny klasifikovány do různých typologií:

**1. Solidární rodiny s rozsáhlou podporou:**

- Tyto rodiny se vyznačují vysokou mírou mezigenerační solidarity a mají širokou síť podpory, která jim umožňuje úspěšně zvládat péči o své členy.

**2. Intenzivní rodiny s omezenou podporou:**

- Tato skupina rodin poskytuje péči s vysokou frekvencí a intenzitou, avšak čelí omezením v přístupu k externí podpoře, což může vést k vyšší zátěži pečujících.

**3. Adaptabilní rodiny s technologickou podporou:**

- Tyto rodiny jsou schopny flexibilně reagovat na změny a využívají moderní technologie k usnadnění organizace péče a komunikace v době pandemie.

**4. Izolované rodiny s komunikačními výzvami:**

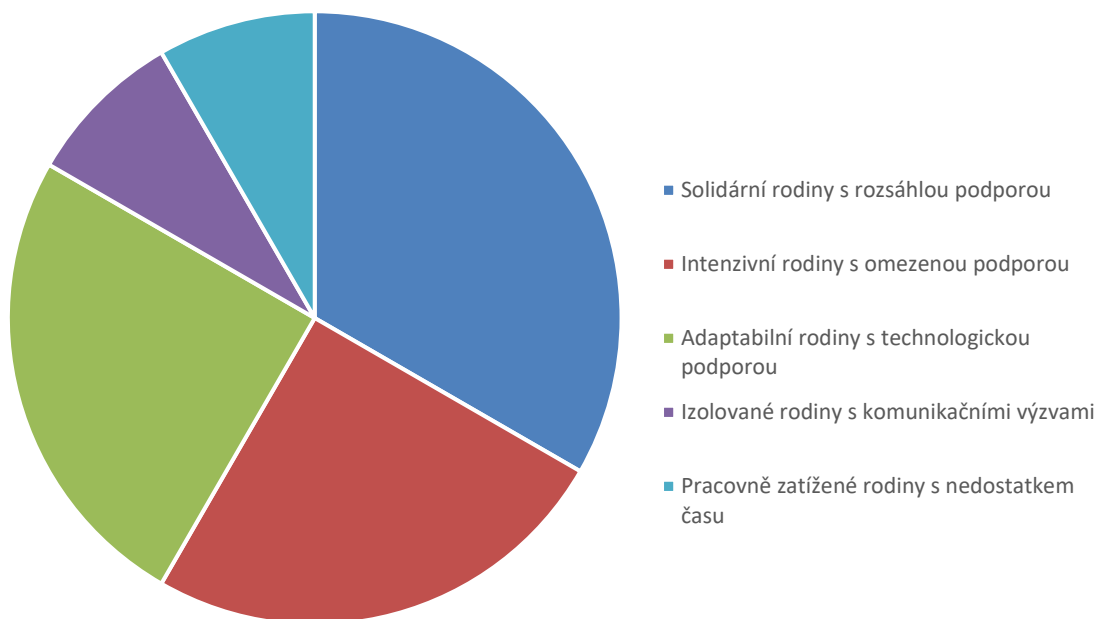
- Tato skupina rodin má problémy s komunikací a má omezený přístup k externím zdrojům podpory, což může vést k jejich sociální izolaci a zvýšenému zatížení.

**5. Pracovně zatížené rodiny s nedostatkem času:**

- Tyto rodiny mají vysokou pracovní zátěž a nedostatek času na péči o své členy, což může vést k potřebě vyvažovat pracovní a rodinné povinnosti.



**Graf č. 1**



Tato metodologie nám umožňuje lépe pochopit, jak se rodiny přizpůsobují a reagují na výzvy spojené s pandemií, a jak tyto reakce ovlivňují jejich schopnost poskytovat péči a podporu svým členům (Lazarsfeld a Robinson 1940, s.821).

## 9.1 Altruismus

Altruismus je klíčovým tématem ve výpovědích respondentů 001 až 012, jelikož se v něm promítají jak hodnotové přesvědčení, tak i normativní solidarita. V průběhu rozhovorů se potvrdilo, že rozhodování o péči o starší členy rodiny je založeno na hodnotovém a normativním zázemí, a zahrnuje jak emocionální, tak racionální faktory. Respondenti vyjádřili silné pocity zodpovědnosti a osobní povinnosti, které jsou spojeny s rodinnými vazbami. Pro ně byla péče o seniory v rodině samozřejmostí a pocíťovali, že jsou odpovědní za veškerou péči. Feldman (1985, s. 237) definuje altruismus jako: „chování, při kterém jednotlivec pomáhá, a toto chování je prospěšné ostatním, ale vyžaduje sebeobětování na straně pomáhajícího“. Naše případy potvrzovaly, že se jedná o takový přístup pečovatелů.

Domácí péče o seniory byla vnímána jako nejcennější možnost, která umožňovala zachování rodinného prostředí a péči o člena rodiny až do jeho smrti. Respondenti měli obavy související s péčí, ale zároveň vnímali její přínos a novou hodnotu, kterou přináší do jejich života.

Péče o seniory u respondentů se postupně přizpůsobovala jejich stavu a potřebám. Domácí péče byla vnímána jako výhodná díky emocionální podpoře ze strany příbuzných a schopnosti přizpůsobit se potřebám seniora. Respondenti neodsuzovali ty, kteří se rozhodli pro institucionální péči, protože si uvědomovali náročnost domácí péče a že ne každý je schopen ji poskytovat. Odsuzovali však ty, kteří se neujali své zodpovědnosti za péči vůbec.

Hlubkové rozhovory ukázaly, že pečující rodiny projevují osobní angažovanost a organizační vlohu při překonávání překážek spojených s péčí. Pečující rodiny vykazovaly sounáležitost a schopnost dát přednost společným hodnotám a zájmům rodiny před individuálními potřebami. Tyto výsledky jsou v souladu s literaturou o altruismu a hodnotovým zázemím rodin pečujících o seniory:

*Takže já už prostě od té doby, co ještě byl můj tatínek nemocnej 2014, tak já pracuju z domova. Abych se mohla starat o ty rodiče. (Respondent 001)*

Ve výpovědi lze najít několik příkladů altruistického chování. Jedním z těchto příkladů je péče o matku s Alzheimerovou chorobou, kterou společně s bratrem poskytuje. Tato péče je velmi časově náročná, ale i fyzicky a psychicky. Respondent 001 s bratrem se rozhodli věnovat značnou část svého času a energie péči o matku, i když to může mít negativní dopad na jejich osobní životy a kariéru.

*(...) opravdu si to neberu do hlavy. Nechodím vlastně nikam, jen nakoupím abysme se najedly ... prostě na nejnütnější. A jinak nikam jinam nechodím, abych se co nejmiň s lidma potkala a nepřinesla to domu mamí. (Respondent 004)*

V této výpovědi se Respondent 004 vyjadřuje k situaci týkající se pandemie COVID-19 a svého přístupu k tomu, jak se chová a jakými opatřeními se řídí. Vyjadřuje zde ohleduplnost vůči druhým a snahu minimalizovat riziko přenosu nemoci tím, že se snaží omezit své kontakty s lidmi a dodržovat nezbytná opatření. Tímto postojem projevuje altruistický přístup k situaci a ohleduplnost k ostatním lidem, což je charakteristika altruismu.

Výsledky hlubkových rozhovorů potvrzují, že péče o starší členy rodiny je zakořeněna v hodnotách, emocích a zodpovědnosti pečujících rodin. Respondenti prokazují osobní angažovanost, ochotu obětovat se pro rodinu a schopnost přizpůsobit se potřebám seniora. Tyto výsledky podporují význam altruismu a hodnotového zázemí v rámci mezigenerační solidarity v době pandemie koronaviru.

## Diskuse

Výsledky studie potvrzují existenci mezigenerační solidarity v péči mezi neformálními pečovateli a opečovávanými seniory během pandemie, což je v souladu s existující literaturou (Arpino et al., 2020; Bengston et al., 2002; Cassinat et al., 2021; Jeřábek et al., 2013). Výsledky ukazují, že kontakt a emocionální blízkost mezi generacemi sehrávají klíčovou roli v udržování mezigenerační solidarity. Dále potvrzují, že i v době pandemie a izolace dochází ke změnám ve způsobech komunikace a interakce mezi generacemi, ale nemusí to nutně vést ke snížení mezigenerační solidarity, ba právě naopak. Místo toho se rodiny adaptují a hledají nové způsoby, jak si navzájem pomoci a podporovat se (Arpino et al., 2020).

Důležité je však brát v úvahu i omezení studie, která mohou ovlivnit interpretaci výsledků. Mezi možná omezení patří výběrový bias nebo omezení spojená s použitými metodami sběru dat. Kritické zhodnocení těchto limitací by přispělo k lepšímu pochopení vnitřní validity studie (Pettigrew a Roberts, 2006). Kupříkladu byla studie omezena na určitou populaci a geografickou oblast, což ovlivnilo zobecnitelnost výsledků na jiné populace nebo kontexty. Dalším aspektem je možnost zkreslení výsledků v důsledku různých faktorů, jako jsou sociální očekávání nebo neúplné informace od respondentů.

Dalším možným směrem budoucího výzkumu je zkoumání dlouhodobých dopadů pandemie na mezigenerační vztahy a péči, což by umožnilo lépe porozumět adaptaci rodin na změny v kontextu pandemie. Rozšíření perspektivy by mohlo přinést srovnání s výsledky jiných studií z různých kontextů. Porovnání s mezinárodními výzkumy by poskytlo ucelenější a globálnější pohled na mezigenerační solidaritu a pomohlo určit univerzální a specifické aspekty tohoto fenoménu. Srovnání by také mohlo odhalit, jak se různé společnosti adaptují a reagují na výzvy pandemie.

Diskuse by měla rovněž zohlednit roli dalších aktérů péče, jako jsou formální pečovatelé, zdravotnický personál nebo státní instituce. Zahrnutí jejich perspektivy by umožnilo pochopit komplexní dynamiku mezigenerační solidarity a vyjasnit, jakým způsobem různí aktéři spolupracují na podpoře rodin v době pandemie. Některé rodiny mohou spoléhat na kombinaci formální a neformální péče, což by mohlo ovlivnit míru mezigenerační solidarity. Dalším relevantním tématem je zkoumání vlivu zdravotnických politik a dostupnosti podpůrných služeb na péči a mezigenerační vztahy.

Pochopení mezigenerační solidarity v době pandemie je důležité pro navrhování efektivních podpůrných programů a politik, které by mohly pomoci rodinám čelícím náročnostem pandemického období (Kroenke a Spitzer, 2002). Cílené intervence by mohly výrazně posílit mezigenerační podporu a spolupráci v rodinách, čímž by se vytvořily odolnější a podpůrnější společnosti pro všechny její členy. Získané poznatky z výzkumu mezigenerační solidarity a péče mohou sloužit jako významný základ pro rozvoj a implementaci těchto programů.

V neposlední řadě je důležité uvést, že výzkum mezigenerační solidarity by neměl být izolován pouze na období pandemie. Bylo by užitečné sledovat vývoj mezigeneračních vztahů a podpory i v době, kdy se společnost vrací k normálnímu fungování. Může dojít ke změnám ve vnímání mezigenerační solidarity a jejího významu v průběhu času, což by mohlo ovlivnit způsob, jakým rodiny spolupracují a navzájem se podporují.

Všeobecně lze tedy konstatovat, že poznatky získané z výzkumu mezigenerační solidarity a péče v době pandemie koronaviru mají důležité implikace pro rodinnou politiku, sociální podporu a strategie péče. Porozumění vztahům mezi generacemi v náročných časech může pomoci utvářet odolnější a podpůrnější společnosti pro všechny její členy. Vědomí omezení studie lépe umožňuje interpretovat výsledky a vnáší do výzkumu jistou míru kritičnosti. Budoucí výzkum by měl směřovat k rozšíření poznatků o mezigenerační solidaritě v různých souvislostech a za různých podmínek, aby bylo možné vypracovat komplexnější a aplikovatelnější strategie podpory rodin v náročných obdobích.

## Závěr

V předložené diplomové práci jsem se zaměřila na zkoumání proměn mezigenerační solidarity v péči mezi neformálními pečovateli a opečovávanými seniory v průběhu pandemie COVID-19. Cílem práce bylo porozumět, jak pandemie ovlivnila vztahy a vzorce péče mezi generacemi, a zjistit, zda se v této náročné situaci posílila nebo oslabila mezigenerační solidarita.

Výzkumné otázky a hypotézy určily směr celého bádání. První výzkumná otázka (V1) se týkala proměn mezigenerační solidarity, zatímco druhá výzkumná otázka (V2) se zaměřovala na změny v podobě poskytované péče během pandemie. Na základě těchto výzkumných otázek byly formulovány hypotézy, které předpokládaly, že shodné vnímání pandemické situace mezi pečovateli a opečovávanými seniory posílí míru mezigenerační solidarity. Dále jsem předpokládala, že izolace nemusí snížit míru solidarity, ale naopak může vést k novým formám vzájemné podpory. Také jsem se domnívala, že náročnost péče může zvýšit angažovanost a míru solidarity mezi generacemi.

Metodologie diplomové práce byla založena na longitudinálním panelovém výzkumu, který umožňoval sledovat proměny v čase. Pro výzkum jsem zvolila 12 rodin neformálních pečovateli a opečovávaných seniorů, kteří poskytovali intenzivní péči již před pandemií COVID-19. Sběr dat probíhal v průběhu čtyř vln rozhovorů každé dva měsíce.

Z analýzy výzkumných dat vyplynulo, že pandemie COVID-19 skutečně ovlivnila mezigenerační solidaritu mezi pečujícími a opečovávanými seniory. Respondenti, kteří vnímali pandemickou situaci podobně a měli shodné obavy, vykazovali vyšší míru mezigenerační solidarity. Zároveň se ukázalo, že izolace nemusí negativně ovlivnit mezigenerační vztahy; mnohé rodiny využily digitálních technologií a inovativních forem komunikace ke zlepšení kontaktů a podpory. Dále jsem zjistila, že náročnost péče přispěla ke zvýšení míry mezigenerační solidarity. Pečující, kteří poskytovali intenzivní péči, vyjadřovali vyšší míru angažovanosti a solidarity.

V rámci práce byl uplatněn model mezigenerační solidarity od Bengtsona et al. (1991), který byl upraven tak, aby zohledňoval ambivalentní povahu mezigeneračních vztahů. Analýza dat dala nahlédnout do různých dimenzí solidarity, jako je solidarita kontaktů, citová solidarita, solidarita souhlasu, solidarita pomoci, normativní solidarita a strukturní solidarita. Tyto dimenze nabízely podrobnější pohled na proměny v mezigenerační solidaritě v době pandemie.

Pandemie COVID-19 přinesla změny a výzvy, ale zároveň ukázala, jak rodiny mohou využít svou sílu a angažovanost pro podporu svých členů napříč generacemi. Výsledky ukazují, že mezigenerační solidarita a péče převládají i v náročném období pandemie. Respondenti prokazují altruismus v podobě ochoty poskytnout péči svým blízkým, i když to může být náročné vzhledem k omezením a rizikům spojeným s pandemií. Tato zjištění jsou důležitá pro pochopení, jak se mezigenerační vztahy projevují a vyvíjejí v krizových situacích. Přítomnost izolace nemusí automaticky snižovat míru mezigenerační solidarity. Pečující rodiny se snaží najít nové způsoby péče a podpory, a i přes omezení zachovávají solidární vztahy. Dále výsledky ukazují, že čím je náročnost péče intenzivnější, tím vyšší je míra mezigenerační solidarity. Pečující rodiny, které se starají o závislé starší členy, vykazují vyšší míru solidarity a angažovanosti.

Analýza typologie rodin umožňuje identifikovat různé vzorce a charakteristiky rodin, které se liší v míře péče a solidarity. To má důležité implikace pro vytváření podpůrných programů a strategií pro rodiny poskytující péči. Identifikované typy rodin mohou sloužit jako základ pro rozvoj cílených intervencí, které budou podporovat a posilovat mezigenerační vztahy.

Omezení představují klíčový aspekt každého výzkumu a má práce není výjimkou. Mezi hlavní omezení výzkumu patří omezený počet respondentů a specifická demografická skupina, s níž jsem pracovala. Tato omezení ovlivňují zobecnitelnost mých výsledků na širší populaci nebo jiné kontexty. Je důležité si uvědomit, že zjištění by mohla být specifická pro konkrétní region či socioekonomický status respondentů. Dalším omezením může být omezená doba sběru dat, která mohla ovlivnit dlouhodobý pohled na vztahy mezi generacemi v průběhu pandemie. Rovněž je třeba brát v úvahu, že výzkum mezigenerační solidarity a péče je komplexní téma a může zahrnovat další proměnné, které nebyly zahrnuty v mém výzkumu.

Na základě výsledků diplomové práce bych ráda navrhla několik doporučení pro praxi a budoucí výzkum. Prvním doporučením může být rozšíření vzorku respondentů, aby byla zvýšena reprezentativnost a zobecnitelnost nabytých zjištění. To umožní získat komplexnější obraz o mezigenerační solidaritě v péči v rámci různých regionů a SES. Kromě toho bych navrhla doporučení pro budoucí výzkum, který by se zaměřil na dlouhodobější sledování proměn mezigeneračních vztahů po ukončení pandemie. Takový longitudinální výzkum by mohl odhalit dlouhodobé dopady pandemie na mezigenerační solidaritu a péči. Dále by bylo vhodné provést hloubkové rozhovory, popřípadě dotazníková šetření s různými demografickými skupinami, aby došlo k porozumění faktorů ovlivňujících mezigenerační solidaritu v různých kontextech. To může vést k úplnějšímu chápání mezigeneračních vztahů a pomoci identifikovat strategie podpory pro různé rodiny.

V souvislosti s provedením mé diplomové práce je důležité zdůraznit, že jsem nesplnila plánovanou longitudinální analýzu, jak byla původně zamýšlena. Důvodem byla omezená dostupnost a sběr dat během pandemie COVID-19. Vzhledem k nečekané povaze pandemie, omezením pohybu a kontaktním opatřením, která byla nutná k zachování bezpečnosti respondentů, se nepodařilo provést sledování rodin a výzkum v původně zamýšleném rozsahu. Pandemie přinesla mnoho výzev pro provedení kvalitního longitudinálního výzkumu, ačkoliv byl původně plánován s cílem zachytit proměny v čase a sledovat dlouhodobé trendy mezigenerační solidarity a péče. Rozsáhlá omezení a závazná opatření ovlivnily možnost setkávat se s rodinami pravidelně a v průběhu času.

Přestože nesplnění plánované longitudinální analýzy představuje omezení této práce, byly získané výsledky stále hodnotné a poskytly užitečný vhled do mezigenerační solidarity a péče během pandemie. Kvalitativní analýza dat ze stávajícího vzorku rodin nabídla podrobný a hloubkový vhled do reakcí a adaptace rodin na nové podmínky v průběhu pandemie.

Navzdory omezením bylo dosaženo hlavních cílů diplomové práce a zodpovězení výzkumných otázek, které přispěly k pochopení mezigeneračních vztahů a péče v náročných podmínkách pandemie COVID-19. Věřím, že má zjištění mohou posloužit jako cenný základ pro další výzkum a snahy podporující vztahy a solidarity mezi generacemi, ať už v období krize nebo v standardních podmínkách.



Přestože provedení longitudinální analýzy by bylo výhodné pro získání dlouhodobého a komplexního pohledu na dynamiku mezigenerační solidarity a péče, je třeba si uvědomit, že výzkum v období pandemie představuje specifickou výzvu a může vyžadovat flexibilitu a adaptabilitu v plánování a provádění studií. Celkově jsem přispěla k pochopení mezigeneračních vztahů a péče v době pandemie a doufám, že moje práce přispěje k vytváření odolnějších a podpůrnějších společností pro všechny generace.

## Resumé

Diplomová práce *Mezigenerační solidarita v době pandemie koronaviru* zkoumala vliv pandemie na vztahy a péči mezi neformálními pečovateli a opečovávanými seniory. Cílem studie bylo porozumět proměnám mezigenerační solidarity a zjistit, zda pandemie posílila nebo oslabila tuto solidaritu. Data z analýzy z longitudinálního panelového výzkumu s 12 rodinami poskytla cenné poznatky.

Zjištění ukázala, že pandemie ovlivnila mezigenerační solidaritu mezi pečujícími a opečovávanými seniory. Shodné vnímání a sdílené obavy vedly k vyšší míře solidarity. Izolace nemusela automaticky oslabit vztahy; mnohé rodiny využívaly digitální technologie k udržení spojení a podpory. Navíc, intenzivní péče přispěla k vyšší mezigenerační solidaritě a angažovanosti.

Celkově závěry zdůrazňují, že mezigenerační solidarita a péče přetrvávaly i v náročných dobách pandemie. Respondenti projevili altruismus poskytováním péče svým blízkým navzdory omezením a rizikům spojeným s pandemií. Upravený model mezigenerační solidarity poskytl komplexní pochopení tohoto jevu.

## Summary

The diploma thesis *Intergenerational solidarity in the time of coronavirus pandemic* investigated the impact of the pandemic on relationships and caregiving among informal caregivers and elderly recipients of care. The study aimed to understand changes in intergenerational solidarity and whether the pandemic strengthened or weakened this solidarity. Data analysis from a longitudinal panel study with 12 families provided valuable insights.

The findings indicated that the pandemic influenced intergenerational solidarity between caregivers and elderly recipients. Similar perceptions and shared concerns led to higher levels of solidarity. Isolation did not necessarily weaken relationships; many families used digital technologies to maintain connections and support. Moreover, intensive caregiving contributed to increased intergenerational solidarity and commitment.

Overall, the conclusions highlight the persistence of intergenerational solidarity and caregiving during the challenging times of the pandemic. Respondents demonstrated altruism by providing care to their loved ones despite the restrictions and risks associated with the pandemic. The adapted model of intergenerational solidarity offered a comprehensive understanding of this phenomenon.

## Použitá literatura

ARPINO, Bruno; PASQUALINI, Marta; BORDONE, Valeria a SOLÉ-AURÓ, Aïda. Older People's Nonphysical Contacts and Depression During the COVID-19 Lockdown. *The Gerontologist* [online]. 2021, roč. 61, č. 2, s. 176–186 [cit. 2023-07-31]. ISSN 1758-5341. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa144>.

BENGTSON, Vern L. a ROBERTS, Robert E. L. Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction. *Journal of Marriage and Family* [online]. 1991, roč. 53, č. 4, s. 856-870 [cit. 2023-07-31]. ISSN 0022-2445. Dostupné z: <https://doi.org/10.2307/352993>.

BENGTSON, Vern L. Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds. *Journal of Marriage and Family* [online]. 2001, roč. 63, č. 1, s. 1–16 [cit. 2023-07-31]. ISSN 0022-2445. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x>.

BENGTSON, Vern; GIARRUSSO Roseann; MABRY J. Beth a SILVERSTEIN Merrill. Solidarity, Conflict, and Ambivalence: Complementary or Competing Perspectives on Intergenerational Relationships? *Journal of Marriage and Family* [online]. 2002, roč. 64, č. 3, s. 568-576 [cit. 2023-07-31]. ISSN 0022-2445. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00568.x>.

BOGATAJ, Dušan; BOGATAJ Marija a KAVŠEK Meta. Development Dynamics of Health and Social Infrastructure for the Long-term Care – the Case of the Posavje Region. *Zdravstveno Varstvo* [online]. 2021, roč. 60, č. 4, s. 269-277 [cit. 2023-07-31]. ISSN 1854-2476. Dostupné z: <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0036>.

BOUDAHMANE, Karim; MANTA Mathieu, ANTOINE Fabien et al. Transcriber: a tool for segmenting, labeling and transcribing speech. *Trans.sourceforge* [online]. 2008 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: <http://trans.sourceforge.net/en/presentation.php>.

BUCHTOVÁ, Veronika a HRUŠKOVÁ KUSNIERIKOVÁ, Anna. Doba covidová – stresová – doporučení, jak si s ní poradit. Psychické stavy provázející SARS CoV-2. *Psychiatr. praxi* [online]. 2021, roč. 22, č. 1, s. 6–11 [cit. 2022-01-26]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/psy.2021.001>.

BURIÁNEK, Jiří. K pojetí sekundární analýzy. *Sociologický Časopis* [online]. 1988, roč. 24, č. 1, s. 74-92 [cit. 2023-07-31]. ISSN 2336-128X. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/41130339>.

CASSINAT, Jenna R.; WHITEMAN Shawn D.; SERANG Sarfaraz et al. Changes in family chaos and family relationships during the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Psychology* [online]. 2021, 35(3), 261-271 [cit. 2021-6-12]. ISSN 1939-1293. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/fam0000812>.

CIOTTI, Marco; CICCOZZI Massimo; TERRINONI Alessandro et al. The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences* [online]. 2020, roč. 57, č. 6, s. 365-388 [cit. 2021-6-12]. ISSN 1549-781X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978–80–247–3213–8.

ČERNÝ, Vladimír a Jan BENEŠ. Pandemie COVID-19 – jenom rizika a negativní dopady nebo i příležitosti? *Anest. intenziv. Med.* [online]. 2020, roč. 31, č. 1-2, s. 3 [cit. 2023-07-31]. Dostupné z: <https://aimjournal.cz/artkey/aim-202001-0014.php>.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *Sbírka zákonů ČR* [online]. 2006, částka 37 [cit. 2023-07-31]. Dostupné z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_108\\_2006](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006).

ČEVELA, Rostislav, et al. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2938-4.

DIMITROVÁ, Michaela. Demografické souvislosti stárnutí. *Naše společnost*. 2007, č. 1, s. 24-30. ISSN 2336-1646 [cit. 2022-10-05]. Dostupné z: <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/cvvm/casopis-nase-spolecnost/prehled-clanku/57-2007-1/1133-demograficke-souvislosti-starnuti>.

FELDMAN, Robert S. *Social Psychology: Theories, Research, and Applications*. New York: McGraw-Hill, 1985. ISBN 978-01-383-0514-7.

- FLETCHER, James Rupert. Chronological quarantine and ageism: COVID-19 and gerontology's relationship with age categorisation. *Ageing & Society*. 2021, 41, s. 479-492. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001324>
- GILLIGAN, Megan, SUITOR, J. Jill, RURKA, Marissa a SILVERSTEIN, Merril. Multigenerational social support in the face of the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Theory & Review*. 2020, roč. 12, s. 431-447. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jftr.12397>
- GLASER, Barney G. a Anselm L. STRAUSS. Les transitions statutaires et leurs propriétés. *SociologieS*, 2012.
- GÖPFERTO VÁ, D. a FABIÁNOVÁ, K. Epidemiologická charakteristika onemocnění covid-19: úvaha nad současnými poznatky o onemocnění. *Farmakoterapeutická revue*. 2020, roč. 5, č. 1, s. 30-36.
- GORDON, Liahna E. *Real Research: Research Methods Sociology Students Can Use*. Chico: SAGE, 2020. ISBN 978-15-4433-968-9.
- HALEEM, A. a JAVAID, M. Effects of COVID-19 pandemic in daily life. *Current Medical Research and Practice*. 2020, roč. 10, č. 2, s. 78-79.
- HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, J. Ageismus, věkové rozdělení a zkušenost stáří v době krize: Zamyšlení nad společenskými dopady pandemie COVID-19. *Sociologický časopis*. 2021, roč. 57, č. 2, s. 143-163.
- HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava a ŠTÍPKOVÁ, Martina. Typologie prarodičovství v české společnosti – faktory ovlivňující zapojení prarodičů do péče o vnoučata. *Naše společnost* [online]. 2014, 12(1), s. 15-26 [cit. 2022-10-05]. ISSN 1214-438X. Dostupné z: <https://doi.org/10.13060/1214438X.2014.1.12.92>.
- HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál. (Původní dílo publikováno pod názvem "Principles of social psychology"). 2003. ISBN 80-7178-763-9.
- HECKER, J., & KALPOKAS, N. (2024). The Ultimate Guide to Qualitative Research - Part 2: Handling Qualitative Data [Online Guide]. ATLAS.ti. Retrieved from <https://atlasti.com/guides/qualitative-research-guide-part-2/handling-qualitative-data>
- HORECKÝ, J. a ŠVEHLOVÁ, A. Pandemie Covidu-19 a sociální služby 2020–2021. Jaký byl dopad covidu-19 na sociální služby v České republice? *Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR*, 2021. roč. 34.

HORNÁK, M., KOŽUCHOVÁ, J. a JAVORKA, M. Perceived Parent-Adolescent Relationships and Adolescents' Behavioral and Emotional Problems in the Context of COVID-19 Pandemic. *Journal of Child and Family Studies*. 2022, 31(2), s. 400-411.

HORTOVÁ, Simona a Adéla SOURALOVÁ. "I am not alone": Intergenerational solidarity in three-generation households from the perspective of the older generation. *Slovenský národopis*. 2019, 67(2), s. 144-164. Dostupné z: <https://doi.org/10.2478/se-2019-0008>.

CHANG, Li-chun. The intergenerational solidarity model revisited: older adults' support patterns to family members. *Journal of Gerontology*. 1998, 53B(2), s. S74-S82. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronb/53B.2.S74> [cit. 2021-06-12].

CHENG, Sheung-Tak, LIAO, Keith M. P. a CHI, Iris. The Quality of Parent-Child Relationship and Self-Identity in Chinese Adolescents. *Canadian Journal of Behavioral Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2013, 45(3), s. 161-170. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/a0033427> [cit. 2021-06-12].

CHENNEVILLE, Tiffany a SCHWARTZ-METTE, Rebecca. Ethical Considerations for Psychologists in the Time of COVID-19. *American Psychologist*. 2020, 75(5).

IVANOVÁ, Kateřina, ŠPATENKOVÁ, Naděžda a BUŽGOVÁ, Radka. Rizikové seniři – sociální fenomén demografického stárnutí populace (Ochrana zájmů křehkých a nekompetentních seniorů). *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Facultas philosophica. Sociologica-andragogica*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, s. 67-78. ISBN 978-80-244-2483-5.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.

JANOUCHEK, Viktor. *Internetový marketing: prosad'te se na webu a sociálních sítích*. Brno: Computer Press, 2010. ISBN 978-80-251-2795-7.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-2472-150-7.

JEŘÁBEK, Hynek, et al. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. ISBN 978-80-7419-117-6.

JEŘÁBEK, Hynek. Úvod do sociologického výzkumu. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-662-5.

KIM, B. S. K., ATES, K. H., HAZELTON, S. S. a YANG, S. The Asian American Family Conflicts Scale: Development, factor analysis, validation, and reliability. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2009, 15(3), s. 311-327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/a0014945> [cit. 2021-06-12].

KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, Jana. Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob. *Data a výzkum – SDA Info* [online]. 2013, roč. 7, č. 2, s. 107-123. Dostupné z: <https://doi.org/10.13060/23362391.2013.127.2.39> [cit. 2021-06-12].

KOZEL, Roman, et al. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Grada Publishing, 2011.

KOZLOWSKI, Austin S., JOYNER, Kara A. a USHER, J. Richard. Family complexity, siblings, and children's aggressive behavior at school entry. *Social Science Research*. 2018, 72, s. 95-108. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2018.02.004> [cit. 2021-06-12].

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání, Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LAZARSELD, Paul F.; ROBINSON, William S. *The quantification of case studies*. *Journal of Applied Psychology*, 1940, 24.6: 817.

MAHAT-SHAMIR, Michal, NEIMEYER, Robert A. a PITCHO-PRELORENTZOS, Shani. Designing in-depth semi-structured interviews for revealing meaning reconstruction after loss. *Death Studies*. 2021, 45(2).

MALHOTRA, Sumit. Framing a research question and generating a research hypothesis. *Indian Journal of Medical Specialities. Symposium*, 2013, 4(2).

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 80-247-3148-7.

MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ. *Kvalita péče o seniory: Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.



MCKINLAY, Alison, FANCOURT, Daisy a BURTON, Alexandra. A qualitative study about the mental health and wellbeing of older adults in the UK during the COVID-19 pandemic. *BMC Geriatrics* [online]. 2021, roč. 21, č. 439, s. 1-10 [cit. 2023-07-31]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02367-8>.

MENARD, Scott. *Longitudinal Research*. 2. vyd. Quantitative Applications in the Social Sciences. London: SAGE, 2002. ISBN 0-7619-2209-1.

MERHAUTOVÁ, Iva a Blanka MISCONIOVÁ. Zdravotní a sociální péče v České republice. *Bulletin Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky* [online]. Praha: Mladá fronta, 2002, č. 11 [cit. 2023-07-31]. ISSN 2464-8132. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/link/MED00010969>

MERTL, Jiří. Pozitivní společenský dopad koronaviru? Impuls k úvahám o solidaritě, empatii, důstojnosti a základním nepodmíněném příjmu. *FÓRUM Sociální politiky* [online]. 2020, č. 5, s. 29-35 [cit. 2023-07-31]. ISSN 1802-5854. Dostupné z: <https://www.rilsa.cz/clanek/pozitivni-spolecensky-dopad-koronaviru-impuls-k-uvaham-o-solidarite-empatii-dustojnosti-a-zakladnim-nepodminenem-prijmu/>

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MUGHAL, Rabya et al. Rapid evidence review of community engagement and resources in the UK during the COVID-19 Pandemic: How can community assets redress health inequities? *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2022, roč. 19, č. 7, s. 4086, ISSN 1735-6865 [cit. 2023-07-31]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph19074086>.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3. vyd., přeprac. Přeložila Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.

PACÁKOVÁ, Hana a Romana TRUSINOVÁ. Citová solidarita při péči o seniory. *Kontakt* [online]. 2012, roč. 14, č. 4, s. 464–474 [cit. 2023-07-31]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.32725/kont.2012.046>

PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela. Mezigenerační solidarita ve stárnoucí společnosti. *Sociální studia* [online]. 2010, roč. 7, č. 4, s. 63–84 [cit. 2023-07-31]. ISSN 1803-6104. Dostupné z: <https://doi.org/10.5817/SOC2010-4-63>

PHELPS, Erin, FURSTENBERG, Frank F. a COLBY, Anne, eds. Looking at Lives: American Longitudinal Studies of the Twentieth Century. New York: Russell Sage Foundation, 2002. EISBN 978-1-61044-450-7.

PIEMONTE, Nicole M. a Linda HERMER. Avoiding a "death panel" redux. *Hastings Center Report* [online]. 2013, č. 4, s. 20-28 [cit. 2023-07-31]. ISSN 0093-0334. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/hast.190>

PŘIDALOVÁ, Marie. Mezi solidaritou a konfliktem: Zkušenost pečujících dcer a synů. *Sociální studia* [online]. 2007, roč. 4, č. 1–2, s. 217–234 [cit. 2022-10-05]. ISSN 1803-6104. Dostupné z: <https://doi.org/10.5817/SOC2007-1-2-219>

PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. (Psyché). Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-0876-3.

REESKENS, Tim, MUIS, Quita, SIEBEN, Inge et al. Stability or Change of Public Opinion and Values During the Coronavirus Crisis? Exploring Dutch Longitudinal Panel Data. *European Societies* [online]. 2021, roč. 23, s. S153-S171 [cit. 2021-05-09]. ISSN 1461-6696. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1821075>

RUTAKUMWA, Rwamahe, MUGISHA, Joseph Okello, BERNAYS, Sarah et al. Conducting in-depth interviews with and without voice recorders: a comparative analysis. *Qualitative Research* [online]. 2020, roč. 20, č. 5, s. 565-581. ISSN 1448-0980. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1468794119884806>

SEGEL-KARPAS, Dikla a Liat AYALON. Adult daughters' emotional response to COVID-19: the role of worry, solidarity, conflict, and ambivalence in the relationship with the mother. *Aging & Mental Health* [online]. 2021, s. 1-8 [cit. 2021-05-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1910795>.

STEJSKAL, František. Covid19 – devět měsíců zkušeností. Jsou přístupy ke kontrole této infekce racionální?. *Farmakoterapeutická revue Supplementum* [online]. 2020, č. 1, s. 8–14 [cit. 2022-10-05]. ISSN 2533-6878. Dostupné z: [https://farmakoterapeutickarevue.cz/Resources/Upload/farmakoterapie/casopisy/supplementum01-2020/fr\\_2020\\_suppl1\\_covid-19.pdf](https://farmakoterapeutickarevue.cz/Resources/Upload/farmakoterapie/casopisy/supplementum01-2020/fr_2020_suppl1_covid-19.pdf).

SZÚ. COVID-19: úvod, inkubační doba, původce a sezónnost onemocnění [online]. 2021 [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/447-covid-19-zakladni-informace>.

TAYLOR, Steven J.; BOGDAN, Robert; DEVAULT, Marjorie L. *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource*. John Wiley & Sons, 2015.

WEINFELD, Nancy S., Mark J. SNEEZY a J. Lawrence ABER. Continuity and change in maternal sensitivity in the second year: The mediating role of attachment security. *Developmental Psychology* [online]. 2000, roč. 36, č. 5, s. 590-601, ISSN 1939-0599 [cit. 2021-6-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.5.590>.

WOLFE, David A. a Eric M. VERDUCI. Attachment and caregiver behavioral and emotional responses to infants' signals. *Merrill-Palmer Quarterly* [online]. 2014, roč. 60, č. 3, s. 297-327, ISSN 1535-0266 [cit. 2021-06-12].

Dostupné z: <https://doi.org/10.13110/merrpalmquar1982.60.3.0297>

YOUNG, K.J., YOUNG, H.C. & FIELD, J. (2024). A qualitative analysis of free-text patient satisfaction responses in Care Response, a database of patient-reported outcome and experience measures. *Chiropr Man Therap*, 32(2). doi: <https://doi.org/10.1186/s12998-023-00528-7>

ZACHRY, Mark W.; WEBBER Raymond E. a WRIGHT Betty A. Parental separation anxiety: attachment and marital concerns. *Journal of Divorce & Remarriage* [online]. 2009, roč. 50, č. 5, s. 277-293 [cit. 2021-06-12].

Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10502550902839364>

## **Teze diplomové práce**

Jméno a příjmení studujícího: Vanesa Vondrová

Studijní program: Sociologie (N6703)

Předpokládaný název práce: Mezigenerační solidarita v době pandemie koronaviru

Klíčová slova: mezigenerační solidarita, péče, COVID-19, rodina, krize

Vedoucí práce: prof. PhDr. Hynek Jeřábek, CSc.

Jméno vedoucí/ho diplomového semináře, do kterého se chce studující hlásit:

Mgr. Jiří Remr, Ph.D.

## **Předběžná náplň práce**

Takřka každý z nás si přeje prožít dlouhý a spokojený život. V posledních desetiletích se idea dlouhého života podařila naplnit vyššímu procentu osob, než tomu bylo v minulosti. Počátek 21. století nám přinesl nespočet proměn odehrávajících se v uspořádání populace a jeho nedílnou součástí je populační stárnutí. Nejpočetněji se na populačním stárnutí podílí silné poválečné generace od 40. let až do 70. let 20. století, tzv. Husákovy děti, které postupně vstupují do seniorského období života (Dragomirecká et al., 2020, s. 10, 12). Dle predikcí Českého statistického úřadu by měl v následujících desetiletích trend pokračovat. V roce 2001 bylo zastoupení seniorské populace přibližně 13,9 %, postupně se v roce 2007 zvýšilo na 19,2 % a do roku 2050 by se měl podíl seniorů zvýšit na 28,6 % (ČSÚ 2019). Je to dáno právě vyšším procentem seniorů, kteří tuto fázi života prožívají málokdy celou ve zdraví. Do popředí se dostává zájem o seniory a jejich potřeby všeobecně, jelikož s jejich potřebami se objevují otázky týkající se péče, jež je častokrát nedílnou součástí stárnutí (Kuchařová et al., 2019, s. 12).

Jak již bylo zmíněno, narůstá podíl osob vyššího věku a tím se současně zvyšuje zájem o péči. Výsledky dotazníkového šetření Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí a fondu dalšího vzdělávání poskytují shodná data o situaci seniorů, kdy se s narůstajícím věkem snižuje soběstačnost, a tím potřeba vnější pomoci roste. Přibližně čtvrtina osob starších 60 let není zcela nezávislá a až polovina osob starších 80 let potřebuje oporu (Dragomirecká et al., 2020, s. 18).

Nabízí se otázka, kdo bude péči zajišťovat. Jsou zde možnosti volby formální/institucionální, nebo neformální/rodinné péče. Ti, kteří nemohou z různých důvodů pečovat o své blízké, jsou nuceni zvolit první variantu v podobě domovů s pečovatelskou službou či komerčních agentur péče o seniory (Souralová et al., 2017, s. 100). V České republice panuje ale stále silné přesvědčení o tom, že péči o starého člověka má zajišťovat především rodina (Dudová, 2015, s. 33). Až 80 % Čechů zastává názor, že děti mají povinnost se postarat o své rodiče a 30 % aktuálně o ně také pečují (Jeřábek et al., 2013, s. 59).

Potencionální a soudobí pečovatelé rozhodnutí o péči staví na kombinaci hodnot a norem, které se projevují emocionálními a racionálními rozhodnutími. Současné pečovatele spojuje pocit zodpovědnosti, osobní povinnosti nebo i negativní přístup k umístění svého seniora do formální péče (Jeřábek et al., 2013, s. 123). Nejčastěji se neformální neboli rodinné péče zhošťují ženy, na které připadá nelehká otázka sjednocení pracovního a soukromého života. Tato úloha pro ně není vůbec jednoduchá, jelikož zajišťování chodu domácnosti, péče o nesoběstačného a plnění pracovních povinností může být původcem stresu a přetížení (Kuchařová et al., 2019, s. 202; Souralová et al., 2017, s. 100).

Nedílnou součástí rodinou zajišťované péče je solidarita mezi generacemi. Mezigenerační solidarita neobsahuje pouze míru souhlasu mezi členy rodiny, ale rovněž přítomnost konfliktů. Je typická svou provázaností citových i praktických vazeb, tzn. odpovědností, osobní povinností a častou ambivalencí (Bengtson a kol. 2002: 569, Dragomirecká et al., 2020, s. 66).

Vern L. Bengtson a jeho kolegové vytvořili model mezigenerační solidarity, který se užívá již od 80. let minulého století s různými úpravami. Charakterizovali v něm šest dimenzí solidarity: **1) solidarita kontaktů** (associational solidarity) – četnost a vzájemné působení v rodinných aktivitách, **2) citová solidarita** (affectual solidarity) – vyjadřuje míru pozitivních nálad, které člen rodiny projevuje směrem k ostatním členům, **3) solidarita**

**souhlasu** (consensual solidarity) – stupeň shody v názorech, hodnotách a přesvědčeních mezi členy rodiny, **4) solidarita pomoci** (functional solidarity) – vyjadřuje poskytnutou pomoc, podporu a výměnu zdrojů, **5) normativní solidarita** (normative solidarity) – představuje předpoklad plnění rodinných rolí a povinností, **6) strukturní solidarita** (structural solidarity) – geografická blízkost člena rodiny umožňující realizaci pomoci a podpory (Bengtson et al., 1991, s. 857; Jeřábek et al., 2013, s. 164-165). Tento model byl rozšířen dvěma důležitými způsoby. Nejprve byl model upraven tak, aby uznal, že konflikt je normálním aspektem rodinných vztahů. A také model připouští mezigenerační ambivalenci, jež zahrnuje pozitivní i negativní pocity členů rodiny (Bengtson et al., 2002, s. 569).

Už je tomu více než rok, co vláda vyhlásila nouzový stav, který byl zapříčiněn rozšiřující se světovou pandemií způsobenou virem SARS-CoV-2. Nouzový stav se však postupně prodlužoval, v létě byl zcela odvolán a na podzim byl opět vyhlášen až do dalšího jara roku 2021. Celosvětová pandemie ovlivnila téměř všechny aspekty každodenního života. Lidé se nesměli stýkat kvůli vládním nařízením, protože fyzická blízkost je nutnou podmínkou pro přenos nebezpečného virového onemocnění (Arpino 2020: 177). V rámci nouzového stavu se mnoho rodin nežijících ve společné domácnosti dle zákona nesmělo mezi sebou navštěvovat. Senioři byli v kontextu pandemie považováni za jednu z nejrizikovějších skupin, jelikož onemocnění je asociováno s věkem (Fletcher, 2021, s. 480; Segel-Karpas, 2021, s. 2). Mohlo dojít k úplné izolaci, která přispívá k narušení duševního zdraví, u některých jedinců může vyvolat až depresivní stavy (Arpino, 2020, s. 177).

Mezigenerační solidarita má v těchto těžkých chvílích schopnost posílit vztahy v rodině, ale může být původcem napětí, a dokonce i konfliktů (Gilligan, 2020, s. 435). Jak dříve nabízel Bengtson et al. (2002), mezigenerační solidarita může být ambivalentní. V rámci mezigenerační solidarity se objevují nová témata uvnitř vybraných dimenzí. Kupříkladu v solidaritě kontaktů (associational solidarity) je možno více využívat digitální prostředky. Mnoho rodin jako východisko z izolace zvolilo online platformy či mobilní telefony k udržování kontaktů bez fyzické přítomnosti (Arpino, 2020, s. 176; Gilligan, 2020, s. 433). Jako další dimenzi solidarity je možné zmínit solidaritu souhlasu (consensual solidarity), která je jedním s hlavních prediktorů vztahů v rodině. Je zásadní, zdali mají rozdílné generace v rodině stejný názor na pandemickou situaci a sdílejí své hodnoty (Gilligan, 2020, s. 434).

Z hlediska pečování o staršího člověka v rodině negativní důsledky izolovanosti nedopadají pouze na seniora, ale i na pečujícího, jelikož přichází o interakce s přáteli a jinými členy rodiny, kteří například zprostředkovaně pomáhali pečujícímu s psychickou stránkou života, anebo se dokonce na péči podíleli (Gilligan, 2020, s. 438). Sociální izolace není jediným stresovým faktorem, protože další vzniká ze strachu z nakažení opečovávané osoby (Segel-Karpas, 2021, s. 6). Podoba péče během pandemie může být zcela odlišná.

Diplomová práce bude věnována tematice mezigenerační solidarity v době pandemie koronaviru. Domnívám se, že téma bude relevantní převážně z hlediska jeho aktuálnosti a možnosti bližšího nahlédnutí k proměně již dlouho probádaného tématu mezigenerační solidarity. Pandemie koronaviru představuje bezprecedentní situaci, a proto otevírá prostor pro nově vznikající témata v současném kontextu. Co se s příchodem pandemie koronaviru mění pro pečující rodiny, co se tím mění pro mezigenerační solidaritu?

### **Předpokládané metody zpracování**

Jelikož se COVID-19 v aktuální situaci velice rychle proměňuje, zvolila bych longitudinální panelový design, neboť by byl schopen zachytit tuto dynamiku. Panelový výzkum volím z toho důvodu, abych byla schopná analyzovat vývoj situace u potencionálních respondentů.

V předloženém tématu bych chtěla využít k získání dat metodu dotazování. Realizovala bych na vybraném vzorku respondentů (pečující a opečovávaní) hloubkové rozhovory. Ty budou sestaveny polostrukturovaně, tzn. že bude předem připravena základní struktura otázek a další vzniknou v návaznosti na konkrétní rozhovor. Následná analýza bude vyplývat z povahy získaných dat. Data kvalitativního charakteru vyplývající z rozhovorů budou analyzována pomocí obsahové analýzy.

Jak již bylo naznačeno výše, respondenty budou tvořit osoby pečující a opečovávané. Vždy bude dotazována hlavní pečující osoba, jež se na péči podílí nejvýznamněji, a opečovávaná osoba komplementárně. Osloveno bude přibližně 6 až 8 rodin. Nejpodstatnějším kritériem výběru bude náročnost péče, kdy pečující nebude zahrnut, pokud se bude jednat výhradně o doplňkovou podobu péče (nepravidelné návštěvy, emocionální podpora ve formě povídání, žádná fyzická pomoc). Náročnost péče by měla splňovat podmínku intenzivní péče, anebo významné pomoci.

## Etické souvislosti zvažovaného projektu

Jako každý výzkum studující lidské bytosti ve společenských vědách, je i moje sociologické bádání spojeno s možnými etickými riziky. V první řadě by mělo být dodrženo minimální riziko pro osobu zúčastňující se výzkumu, tzn., že osoba, která je součástí výzkumu, by neměla zažívat vyšší riziko, nežli je tomu ve skutečném životě (Nolen-Hoeksema et al., 2012, s. 44).

V dalším kroku musíme *respektovat práva zkoumaných osob na soukromí a důstojnost* (Jeřábek, 1993, s. 147). Ve spojitosti s plánovanými rozhovory je žádoucí respondenty informovat o základní povaze výzkumu ústní formou, ale zároveň i písemnou, kde bude uvedeno právo na ochranu informací. V této části zaručím *důvěrné zacházení s výzkumnými daty* a budu *chránit zkoumané před osobním poškozením* (Jeřábek, 1993, s. 147). Jinými slovy, bez souhlasu respondenta nesmí být informace (spojované s jeho osobou) získané ve výzkumu šířeny mezi dalšími osobami. Vhodné je oddělení jmen a dalších identifikačních údajů a jejich následné nahrazení kódy, nebo jinými možnými znaky (Nolen-Hoeksema et al., 2012, s. 45).

Je důležité, aby výzkumník zachovával co nejvyšší možnou objektivitu a s tím spojenou *nezkreslenou prezentaci výzkumných výsledků*. Zároveň by neměl své schopnosti a kompetence přeceňovat a nezneužívat svoji roli výzkumníka k dalším účelům (Jeřábek, 1993, s. 147).

## Předběžný seznam literatury

ARPINO, Bruno, Marta PASQUALINI, Valeria BORDONE a Aïda SOLÉ-AURÓ. Older People's Nonphysical Contacts and Depression During the COVID-19 Lockdown. *The Gerontologist*. 2020, 61(2), 176–186.

BENGTSON, Vern L. a Robert E. L. ROBERTS. Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction. *Journal of Marriage and Family* [online]. 1991, 53(4), 856-870 [cit. 2021-6-12]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/352993>

BENGTSON, Vern, Roseann GIARRUSSO, J. Beth MABRY a Merrill SILVERSTEIN. Solidarity, Conflict, and Ambivalence: Complementary or Competing Perspectives on Intergenerational Relationships? *Journal of Marriage and Family* [online]. 2002, 64(3), 568-576 [cit. 2021-6-12]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/3599924>



ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Věková struktura populace se výrazně mění. [článek]. In: *Český statistický úřad* [online]. [Praha]: Český statistický úřad. [cit. 2021-6-5]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekova-struktura-populace-se-vyrazne-meni>

DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4598-8.

DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, 2015. Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-182-4.

FLETCHER, James Rupert. Chronological quarantine and ageism: COVID-19 and gerontology's relationship with age categorisation. *Ageing & Society*. 2021, 41, 479–492. Dostupné z: doi:10.1017/S0144686X20001324

GILLIGAN, Megan, J. Jill SUITOR, Marissa RURKA a Merrill SILVERSTEIN. Multigenerational social support in the face of the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Theory & Review*. 2020, (12), 431–447. Dostupné z: doi:10.1111/jftr.12397

JEŘÁBEK, Hynek. a kol. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-117-6.

JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-662-5.

KUCHAŘOVÁ, Věra, Jana BARVÍKOVÁ, Sylva HÖHNE, Kristýna JANUROVÁ, Olga NEŠPOROVÁ, Jana PALONCYOVÁ, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Česká rodina na počátku 21. století: životní podmínky, vztahy a potřeby*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí, 2019. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7416-333-3.

LUPTON, Deborah a Karen WILLIS. *The COVID-19 Crisis: Social Perspectives*. Abingdon: Routledge, 2021. ISBN 9780367628987.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.

ROBERTS, Robert E. L. a Vern L. BENGTSON. Is Intergenerational Solidarity a Unidimensional Construct? A Second Test of a Formal Model. *Journal of Gerontology*. 1990, 45(1), 12–20. Dostupné z: doi:org/10.1093/geronj/45.1.S12

SEGEL-KARPAS, Dikla a Liat AYALON. Adult daughters' emotional response to COVID-19: the role of worry, solidarity, conflict, and ambivalence in the relationship with the mother. *Ageing & Mental Health*. 2021, 1-8. Dostupné z: doi:10.1080/13607863.2021.1910795

SOURALOVÁ, Adéla. *Péče na prodej: jak se práce z lásky stává placenou službou*. Ilustroval Vendulka CHALÁNKOVÁ. Brno: Masarykova univerzita, 2017. ISBN 978-80-210-8651-7.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Screeningový dotazník

Příloha č. 3: Scénář pro cílovou skupinu

## Příloha č. 1: Informovaný souhlas



FAKULTA  
SOCIÁLNÍCH VĚD  
Univerzita Karlova

ISS  
FSV UK

### IFORMOVANÝ SOUHLAS S ROZHOVOREM

Byl/a jste požádán/a o rozhovor za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k diplomové práci Vanesy Vondrové. Výzkum probíhá v rámci magisterského studia Katedry sociologie na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy. Název práce je „*Mezigenerační solidarita v době pandemie koronaviru*“. Tato práce se zaměřuje na výzkum týkající se změn mezigenerační solidarity mezi pečujícími a opečovávanými během probíhající pandemie koronaviru.

Vaše spolupráce na výzkumu je dobrovolná. Účast na projektu spočívá v nahrávaném rozhovoru, který potrvá přibližně 30-60 minut. Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění Vašeho bezpečí. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu dotazovaných – v prepisech rozhovorů budou odstraněny identifikující údaje.**
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem bude pracovat výhradně V. Vondrová).**
- (3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – tzn., že budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je, pokud o to budete mít zájem.**
- (4) Jako dotazovaný máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity, a to i v průběhu rozhovoru.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu. V případě dotazů týkajících se tohoto projektu se můžete obrátit na hlavní řešitelku, Vanesu Vondrovou ([83472804@fsv.cuni.cz](mailto:83472804@fsv.cuni.cz)).

Svým podpisem zde souhlasíte se svou účastí na tomto projektu.

Tento formulář je ve dvou výtiscích, z toho jeden výtisk náleží Vám.

Jméno dotazované/ho:

Jméno řešitelky projektu:

Město

Datum

## Příloha č. 2: Screeningový dotazník

1. pohlaví pečujícího

*Označte jen jednu elipsu.*

žena

muž

2. pohlaví opečovávaného

*Označte jen jednu elipsu.*

žena

muž

3. opečovávaná osoba je Váš/Vaše:

*Označte jen jednu elipsu.*

babička dědeček

matka otec

tchýně tchán

vzdálená příbuzná vzdálený příbuzný

4. věk pečující osoby

---

5. věk opečovávané osoby

---

6. nutnost péče

*Označte jen jednu elipsu.*

- nutná/každodenní
- občasná, ale nezbytná
- potřebná, ale ne nezbytná

7. počet hodin věnovaných péči týdně

*Označte jen jednu elipsu.*

- celodenně (24/7)
- denně s přestávkami
- více než 20 hodin týdně
- méně než 20 hodin týdně

8. rodinný stav pečujícího

*Označte jen jednu elipsu.*

- vdaná ženatý
- svobodná svobodný
- svobodná žijící s partnerem svobodný žijící s partnerkou
- vdova vdovec
- vdova žijící s partnerem vdovec žijící s partnerkou
- rozvedená rozvedený
- rozvedená žijící s partnerem rozvedený žijící s partnerkou

9. rodinný stav opečovávaného

*Označte jen jednu elipsu.*

- vdaná ženatý
- svobodná svobodný
- svobodná žijící s partnerem svobodný žijící s partnerkou
- vdova vdovec
- vdova žijící s partnerem vdovec žijící s partnerkou
- rozvedená rozvedený
- rozvedená žijící s partnerem rozvedený žijící s partnerkou

10. pracovní zatížení

*Označte jen jednu elipsu.*

- hlavní pracovní poměr
- vedlejší pracovní poměr
- několik pracovních poměrů
- práce doma
- OSVČ
- mateřská dovolená
- dlouhodobě nemocná/ý (event. částečný invalidní důchod)
- invalidní důchod (plný)
- starobní důchod
- jiné

11. počet hodin věnovaných pracovním povinnostem týdně

\_\_\_\_\_

12. další pečující osoba

\_\_\_\_\_

13. podíl na péči další pečující osoby

*Označte jen jednu elipsu.*

- podílí se téměř tolik jako hlavní pečující osoba
- dělá polovinu toho, co hlavní pečující osoba
- podílí se na doplňkové péči

14. opečovávaná osoba je její/jeho:

\_\_\_\_\_

15. věk dalšího pečujícího

\_\_\_\_\_

16. Jakou péči potřebuje opečovávaný?

\_\_\_\_\_

17. Kdo pravidelně vykonává péči?

\_\_\_\_\_

18. bydliště hlavní/ho pečující/ho

*Označte jen jednu elipsu.*

- vesnice, městečko (301 - 5 000 obyvatel)
- malé město (5 001 - 30 000 obyvatel)
- velké město (30 001 - 100 000 obyvatel)
- velkoměsto - metropole (100 001 - a více obyvatel)

19. sdílení společné domácnosti s opečovávanou osobou

*Označte jen jednu elipsu.*

- ano *Přeskočte na otázku 23*  
 ne *Přeskočte na otázku 20*  
 bydlí v těsné blízkosti *Přeskočte na otázku 23*

20. bydliště opečovávaného

*Označte jen jednu elipsu.*

- vesnice, městečko (301 - 5 000 obyvatel)  
 malé město (5 001 - 30 000 obyvatel)  
 velké město (30 001 - 100 000 obyvatel)  
 velkoměsto - metropole (100 001 - a více obyvatel)

21. doba jedné cesty za opečovávanou osobou

\_\_\_\_\_

22. Bydlí opečovávaný sám?

*Označte jen jednu elipsu.*

- ano  
 ne

23. S kým sdílí pečující osoba domácnost?

\_\_\_\_\_

24. pečující považujete příjmy rodiny

*Označte jen jednu elipsu.*

- za dostatečné  
 spíše dostatečné  
 spíše nedostatečné  
 za nedostatečné



### **Příloha č. 3: Scénář pro cílovou skupinu**

#### ***počátky pečování***

Rozehřívací otázka: *Co si myslíte o rodinné domácí péči o seniory?*

Mohly byste mi prosím vyprávět o počátcích Vašeho pečování...

- *Proč jste se rozhodl/a pečovat doma (samozřejmost, reciprocita, morálka, výčitky svědomí...)?*
- *V čem je podle Vás domácí péče lepší oproti péči institucionální?*
- *Sdílejí ostatní členové rodiny stejné názory/postoje ohledně péče jako Vy?*
- *Co Vám činilo největší potíže z počátku?*
- *Zkuste zhodnotit Vaše rozhodnutí pro péči doma – když se na začátku Vašeho pečování podíváte nyní, s odstupem času, rozhodl/a byste se dnes stejně? (Proč ano? Proč ne?)*
- *Jaký máte z tohoto rozhodnutí pocit?*
- *Jak vypadala péče před nástupem koronaviru?*
- *Jakou roli hráli při rozhodování ostatní členové rodiny? Shodli jste se na tomto řešení všichni?*
- *Co bylo hlavním impulsem pro toto rozhodnutí?*
- *Zkoušeli jste ještě jiné odlehčovací (respitní) péče v DD, denní stacionář apod.?*

#### ***kooperace rodiny***

- *Jak tato změna ovlivnila vztahy mezi členy domácnosti?*
- *Jak se k těmto změnám postavil zbytek rodiny?*
- *Jak to ovlivnilo vztahy s širší rodinou (která s nimi nebydlí)?*
- *Jak se změnil Váš vztah k opečovávanému?*

### ***pečování v době pandemie koronaviru***

- *Jakým způsobem se změnil Váš přístup k opečovávanému po nástupu pandemie?*
  - o zvyšování imunity pomocí vitamínů, vyšší ochrana, později očkování (kolikátá dávka), více hodin pečování
  - o strach – izolace opečovávaného, více testování, využití sociálních služeb
  - o absence strachu – lhostejnost, žádná opatření
- *Co bylo pro Vás nejvíce obtížné na počátku příchodu pandemie? (jaké bariéry museli překonávat?) Změnila se podoba poskytované péče?*
- *Zapojili se do péče i další členové rodiny?*
- *Jaký mají postoj v situaci nástupu koronaviru?*
- *Pokud došlo k izolaci seniora, jak situaci prožíval? (stres, deprese), Měli jste nějaké strategie k odbourání nutné izolace? (telefonáty, volání přes zoom apod.)*
- *Jaká byla situace s bydlením v pandemické situaci? (Došlo například k sestěhování? Nebo bydlel opečovávaný u svého pečovatele odjakživa?)*
- *Máte pocit, že jste začali opečovávané osobě poskytovat vyšší míru emocionální podpory? (v souvislosti s tím, že senioři byli a jsou považováni za rizikovou skupinu, dochází k vyšší úmrtnost s kovidem apod.)*
- *Jaká jsou rizika spojená s Vaším zaměstnáním? (Měl/a jste možnost homeoffice? Pokud ne, musel/a jste dávat větší pozor, abyste nenakazil/a seniora?)*
- *Došlo v důsledku pandemie ke změně rolí pečujících? Změnil se poměr hodin hlavní pečující osoby a dalších pečujících osob v důsledku pandemie?*
- *Dostali jste se kvůli koronavirové situace do horší finanční situace? (+ informace ze screeningového dotazníku)*
- *Vzhledem k pandemickým opatřením se snížila možnost realizace koníčků - zvýšil se čas strávený péčí?*
- *V době pandemie koronaviru jsou lidé ještě více ve stresu než běžně, vytváří to pravděpodobně více konfliktů v rodině. (když žijí v panelových bytech, tak hodnotí své vztahy jako konfliktní ve větší míře) Všiml/a jste si vyšší míry konfliktů řešených v rodinném prostředí?*
- *Jak se cítíte v současné situaci (s ohledem na péči)?*

- *Zvládáte péči psychicky i fyzicky dobře?*
- *Dokázal/a byste nějak popsat/zhodnotit Váš vztah k opečovávané/mu před obdobím pandemie? Jaký byl váš vzájemný vztah? Změnilo se něco oproti dřívějšímu, než nastoupila pandemie?*
- *Jaké byly vztahy v rodině a k opečovávané/mu před zahájením péče v době pandemie? Dokázal/a byste nějak popsat/zhodnotit Vaše vztahy v rámci příbuzenstva – širší rodiny?*

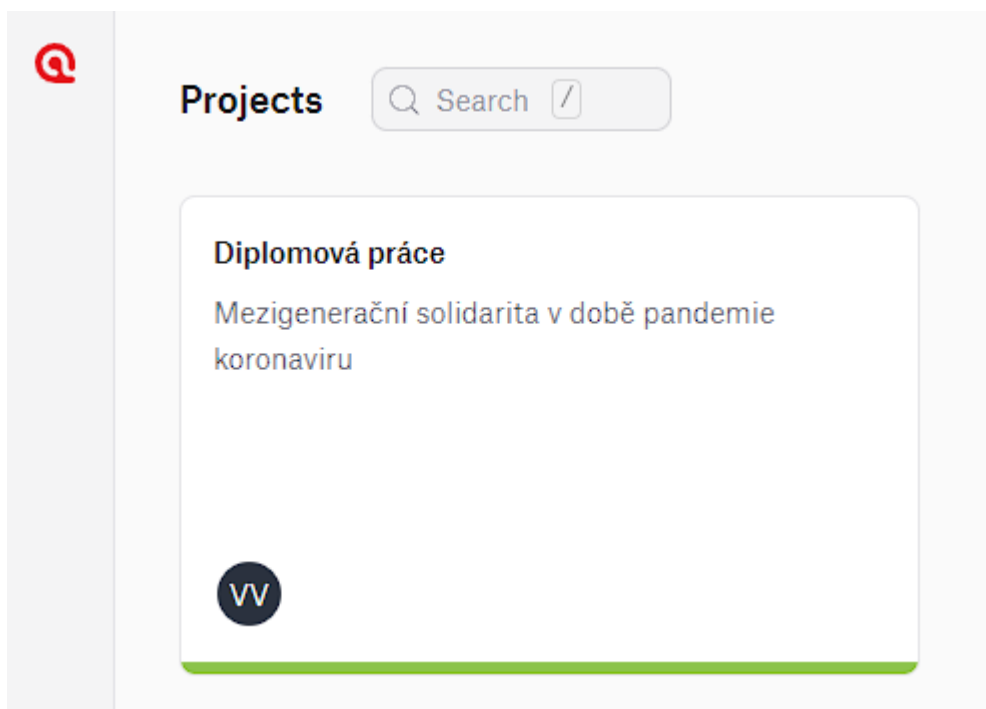
### ***zkušenosti s profesionálními službami***

- *Máte zkušenosti s profesionálními pečujícími, kteří dochází do rodin? Pokud ano, jaký je Váš názor na profesionální pečovatele/ky?*
- *Kdo by podle Vás měl nést hlavní zodpovědnost za péči o seniory? (rodina, stát, společnost) Kdo by měl zajistit jaký druh péče?*
- *Je něco, co instituce opečovávanému poskytnout nedokáže?*
- *Jak taková spolupráce vypadá?*
- *Jaké jsou podle Vás výhody domácí péče/institucionální péče v kovidové době? Jaké její nevýhody?*

### ***hodnoty***

- *Jsou nějaké předpoklady, které by měl člověk mít, aby mohl pečovat o rodiče (či jiné příbuzné) doma?*
- *Jaké vlastnosti pečovatelů považujete za důležité?*
- *Máte třeba Vy osobně nějaká pravidla, kterými se řídíte? Rodinná pravidla ve vztahu k opečovávanému?*
- *Co je pro pečující/ho v životě nejdůležitější?*

## Příloha č. 4: Ukázky prepisů rozhovorů v programu Atlas.ti



The screenshot shows the 'Document Manager' interface. It features a search bar at the top with the text 'Search'. Below the search bar is a table with the following columns: Name, Groups, Codes, Quotations, Bibliographical referen..., and Comment. The table contains 14 rows of data, each representing a document. Each row has a checkbox on the left, a name, a 'Manage Groups +' button, and numerical values for 'Codes' and 'Quotations'. The 'Bibliographical referen...' and 'Comment' columns are currently empty.

<input type="checkbox"/>	Name	Groups	Codes	Quotations	Bibliographical referen...	Comment
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 001 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	21	14		
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 002 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	24	11		
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 003 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	44	19		
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 004 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	5	2		
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 006 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	34	12		
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 009 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	2	1		
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 008 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	33	22		
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 010 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	60	47		
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 005 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	21	3		
<input type="checkbox"/>	WordCloud ☰ - změna k opečovávanému v covidu.docx	Manage Groups +	23	61		
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 007 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	33	12		
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 011 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	142	73		
<input type="checkbox"/>	Rozhovor s Respondentem 012 <input checked="" type="checkbox"/>	Manage Groups +	55	13		

**Code Manager**

<input type="checkbox"/> Name		Color	Groups	Quotations	Comment
> <input type="checkbox"/> Balancování výzev	44		<input type="checkbox"/> Solidarita souhlasu <input type="checkbox"/> Solidarita pomoci	<input type="checkbox"/> 0	
> <input type="checkbox"/> Dopad na péči	41		<input type="checkbox"/> Solidarita pomoci <input type="checkbox"/> Solidarita kontaktů	<input type="checkbox"/> 0	
> <input type="checkbox"/> Podpůrný systém	39		<input type="checkbox"/> Solidarita pomoci	<input type="checkbox"/> 0	
> <input type="checkbox"/> Pohoda (W-B) pečovatele	30		<input type="checkbox"/> Solidarita pomoci <input type="checkbox"/> Normativní solidarita	<input type="checkbox"/> 0	
> <input type="checkbox"/> Rodinná dynamika	31		<input type="checkbox"/> Solidarita kontaktů	<input type="checkbox"/> 0	
> <input type="checkbox"/> WordCloud	23			<input type="checkbox"/> 0	
> <input type="checkbox"/> Změny mezigenerační solidarity	97		<input type="checkbox"/> Normativní solidarita <input type="checkbox"/> Citová solidarita	<input type="checkbox"/> 0	
> <input type="checkbox"/> Změny v poskytované péči	139		<input type="checkbox"/> Solidarita pomoci	<input type="checkbox"/> 0	