

Univerzita Pardubice
Filozofická fakulta

KULTURNÍ ROZMĚR DOBRÉHO STÁRNUTÍ

CULTURAL DIMENSION OF AGING WELL

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Vlasta Svitáková, MBA

SRPEN 2020

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Vlasta Svitáková, MBA**
Osobní číslo: **H18455**
Studijní program: **N6703 Sociologie**
Studijní obor: **Sociální antropologie**
Téma práce: **Kulturní rozměr dobrého stárnutí**
Zadávající katedra: **Katedra sociální a kulturní antropologie**

Zásady pro vypracování

Práce se bude zabývat interkulturní komparací konceptu spokojeného stárnutí. Studentka bude zkoumat, nakolik jsou konkrétní představy o podobě „dobrého“ stárnutí ovlivněny kulturně podmíněnými modely zdraví a nemoci, stárnutí a smrti. Zároveň se zaměří na to, jak se tyto koncepty projevují v chování jednotlivců a jaká jsou jejich očekávání ohledně optimální podoby zdravotní, sociální či jiné péče v závěru života. V práci budou využity dostupné kvantitativní výzkumy, které budou doplněny o vlastní kvalitativní výzkum (rozhovory, zúčastněné pozorování apod.). Teoretická část bude vycházet primárně z poznatku medicínské a psychologické antropologie i antropologie stárnutí.

Rozsah pracovní zprávy:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- Blommaert, J. (2005). Discourse. A Critical Introduction. Cambridge: Cambridge University Press.
Ember, C. R. (2004). Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures. 1, 1. New York, Springer.
Jenkinson, S. (2018). Come of Age: The Case for Elderhood in a Time of Trouble. Berkeley: North Atlantic Books.
Kellehear, A. (2014). The Inner Life of the Dying Person. New York: Columbia University Press.
Lamb, S. (2000). White Saris and Sweet Mangoes: Aging, Gender, and Body in North India. University of California Press.
Leland, J. (2018). Happiness Is a Choice You Make: Lessons from a Year among the Oldest Old. Thorndike Press.
Lynch, C., and Danely, J. (2015). Transitions and transformations: cultural perspectives on aging and the life course. New York: Berghahn Books.
Sokolovsky, J. (2009). The cultural context of aging: worldwide perspectives. Westport: Conn, Praeger.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Adam Horálek, Ph.D.**
Katedra sociální a kulturní antropologie

Datum zadání diplomové práce: **30. března 2019**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. března 2020**



L.S.

doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D.
děkan

PhDr. Adam Horálek, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2019

PROHLÁŠENÍ

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Praze, 15. 8. 2020

Bc. Vlasta Svitáková, MBA

Tato práce se skládá z textové a vizuální části.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce PhDr. Adamovi Horálkovi, Ph.D. za jeho odborné rady i profesionální vedení. Mgr. Milanu Durňakovi, Ph.D. za konzultace k přípravě i zpracování Vizualního projektu.

Tato práce by nevznikla bez respondentů, kteří mi věnovali čas a důvěru, za což jim patří mé poděkování. Specificky bych chtěla poděkovat autorkám fotografií Šárce Klímové, Mgr. Radce Kulhánkové a Ing. Pavle Bajerové za jejich ochotu sdílet se mnou nejen fotografie, ale i příběhy, které se k nim váží. Za spolupráci při přípravě workshopů o seniorském bydlení a cenné vhledy do této problematiky pak děkuji Anežce Příhodové, MSc.

ANOTACE

Práce zkoumá, jak jsou představy o „dobrém stárnutí“ ovlivňovány dominantními diskurzy stárnutí (a v obecnější rovině kulturně podmíněnými modely zdraví a nemoci či stáří a stárnutí) a zaměřuje se na to, jak se tyto koncepty projevují v chování jednotlivců a jakým způsobem ovlivňují jejich pohled a očekávání na podobu péče v závěru života.

Práce vychází z vlastního kvalitativního výzkumu, v teoretické rovině využívá zejména poznatky medicínské antropologie a antropologie stárnutí, čerpá však i z jiných oborů.

KLÍČOVÁ SLOVA: stáří, stárnutí, antropologie stárnutí

ANNOTATION

The thesis examines how ideas about "aging well" are influenced by dominant discourses of aging (and more generally by culturally conditioned models of health and disease & old age and aging). It focuses on how these concepts are reflected in the behavior of individuals and how they affect their views and expectations about the care at the end of life.

The thesis is based on my own qualitative research, in theoretical level it uses mainly the knowledge of medical anthropology and anthropology of aging, but it also draws from other disciplines.

KEY WORDS : age, aging, anthropology of aging

OBSAH

ÚVOD	11
ZAHÁJENÍ VÝZKUMU	12
1 METODOLOGIE	15
1.1 PŮVODNÍ ZÁMĚR & VÝZNAM MEZIKULTURNÍCH SROVNÁNÍ	15
1.2 REDEFINICE VÝZKUMNÉHO ZÁMĚRU & NÁSLEDNÝ VÝZKUM V ČR	17
1.3 MOJE POZICE V TERÉNU / ETICKÉ OTÁZKY	18
1.4 COVID 19	19
1.5 METODY SBĚRU DAT	20
1.5.1 ZÚČASTNĚNÉ POZOROVÁNÍ & ETICKÉ OTÁZKY	20
1.5.2 FOKUSNÍ SKUPINY	21
1.5.3 WORKSHOPY	21
1.5.4 ROZHOVORY A DALŠÍ METODY	22
1.6 „VYKOLÍKOVÁNÍ“ TERÉNU	23
1.7 VIZUÁLNÍ PROJEKT	25
1.7.1 PROCESNÍ PRŮBĚH PROJEKTU	26
2 STÁŘÍ & STÁRNUTÍ	27
2.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ Z POHLEDU ODBORNÍKŮ A MEZINÁRODNÍCH ORGANIZACÍ	27
2.2 ÚSPĚŠNÉ STÁRNUTÍ JAKO SOUČASNÁ OBSESE	29
2.3 ČESKÁ REPUBLIKA A AKTIVNÍ STÁRNUTÍ	31
2.4 STÁŘÍ Z POHLEDU ČESKÉ VEŘEJNOSTI	32
2.4.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM & STÁŘÍ – MLADŠÍ A STŘEDNÍ GENERACE	32
2.4.2 KVALITATIVNÍ VÝZKUM & STÁŘÍ – SENIOŘI	34
2.5 POJETÍ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ – SHRNU TÍ	37
3 ZDRAVÍ, NEMOC A TĚLO VE STÁŘÍ	40
3.1 KULTURY, TĚLA A OSOBNOST	40
3.2 ZDRAVÍ A NEMOC V ANTROPOLOGII	41
3.3 ZDRAVÍ A NEMOC V GLOBALIZOVANÉM SVĚTĚ	42
3.4 STÁŘÍ JAKO NEMOC	43
3.5 JAK SI UDRŽET ZDRAVÍ?	45
3.6 STÁŘÍ A TĚLO	48
3.7 ZDRAVÍ A NEMOC, TĚLO VE STÁŘÍ - SHRNU TÍ	49
4 DOMOV	55
4.1 BYDLENÍ VE STÁŘÍ	55
4.2 DOMOVY PRO SENIORY	55
4.2.1 DOMOV PRO SENIORY JAKO TOTÁLNÍ INSTITUCE	57

4.2.2	STRACH Z „DRUHÝCH“	58
4.2.3	DOMOV PRO SENIORY JAKO MÍSTO, ZE KTERÉHO NENÍ NÁVRATU	61
4.3	STÁRNUTÍ V MÍSTĚ	62
4.4	MOŽNOSTI SENIORSKÉHO BYDLENÍ	65
4.5	SENIORŮ A BYDLENÍ – SHRNUÍ	68
5	SOCIÁLNÍ VZTAHY	72
5.1	RODINA, VRSTEVNÍCI A OTÁZKA OSAMĚLOSTI VE STÁŘÍ	73
5.2	POTŘEBA UŽITEČNOSTI	74
5.3	PODOBY PÉČE VE STÁŘÍ	76
5.3.1	PÉČE V DATECH	77
5.3.2	PŘÍPRAVA NA PÉČI O VLASTNÍ OSOBU	78
5.3.3	PŘÍPRAVY NA VLASTNÍ STÁŘÍ – VÝSTUPY Z FOKUSNÍCH SKUPIN	79
5.3.4	PŘEDSTAVY O PODOBĚ PÉČE	80
5.3.5	ZNALOST PŘÁNÍ BLÍZKÝCH OHLEDNĚ MOŽNÉ POTŘEBY PÉČE	81
5.4	SOCIÁLNÍ VZTAHY VE STÁŘÍ – SHRNUÍ	82
6	OBRAZY STÁŘÍ	87
7	DOBŘE STÁRNUTÍ – ZÁVĚR	90
7.1	REFLEXE PRŮBĚHU VÝZKUMU	90
7.2	DOBŘE NEBO AKTIVNÍ?	90
7.3	POSLEDNÍ PŘÁNÍ PANÍ MARIE	93
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	95
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A FOTOGRAFIÍ	96
	SEZNAM OBRÁZKŮ	96
	SEZNAM GRAFŮ	96
	SEZNAM FOTOGRAFIÍ	96
	LITERATURA	97
	SEZNAM PŘÍLOH	103

POZNÁMKY PŘED ÚVODEM

Ve své práci jsem kromě uvedené literatury čerpala z interních dokumentů společnosti Sue Ryder, které mi byly poskytnuty. Detaily o jednotlivých typech dokumentů jsou uvedeny v příslušných kapitolách. V závěrečném seznamu jsou zahrnuty pod kumulativní název „Sue Ryder. 2020. *Interní dokumenty organizace*. Praha“.

Překlady textů citovaných ze zahraniční literatury jsou (pokud není uvedeno jinak) vlastními překlady autorky.

U knih, které jsem měla k dispozici pouze v elektronické podobě (a neobsahovaly čísla stránek) v citacích místo stránky uvádím číslo lokace.

Výroky respondentů výzkumu jsou v textu odděleny barevným označením. U těchto typů výroků již nepoužívám citační uvozovky.

Úvod

„Být smrtelný znamená zápolit s biologickými omezeními, s nastavením genů, buněk, masa a kostí. Lékařská věda dala nám lidem nezměrnou moc tyto hranice rozšiřovat. [...] Jenže jsem opakovaně viděl, jaké škody medicína páchá, nedokáže-li uznat, že i její moc je a vždy bude omezená.

Mýlili jsme se v představě o smyslu medicíny. Mysleli jsme si, že naší prací je zajišťovat zdraví a přežití. Ale naše poslání je mnohem širší. Naší povinností je starat se o dobrý život. A dobrý život vychází z toho, jak si člověk přeje žít.”
(Gawande 2016: 222)

Stárnutí v podobě, v jaké ho v současné době zažíváme, je pro lidstvo zcela novou situací. Tradiční diskurzy typické pro tu kterou kulturu se prolínají s novými koncepty reflektujícími probíhající změny. Děje se tak v době, kdy mnoho tradičních vazeb bylo zpřetrháno a moderní životní styl je s původními modely péče o seniory obtížně slučitelný. A zatímco v USA a Evropě dochází ke stárnutí populace po desetiletích bohatnutí společnosti (a minimálně teoretické možnosti se na tento jev připravit), v některých zemích jižní a jihovýchodní Asie se všechny výše uvedené procesy odehrávají najednou – a to bez komfortu finančních rezerv.

Různé země, regiony i komunity se se stárnutím populace vyrovnávají různým způsobem. Stárnutí zároveň neprobíhá na všech místech planety stejně. Pro moji práci jsou zajímavé zejména tři následující trendy:

1. **Koncepty úspěšného či aktivního stárnutí¹** se v rámci odborné veřejnosti **stávají dominantními diskurz**y a jsou celosvětově propagovány mezinárodními organizacemi typu Světová zdravotní organizace (WHO), Organizace spojených národů (UN) apod., a to bez ohledu na kulturní tradice různých regionů (WHO 2015, UN 2017, Cheng et al. 2015 a další).
2. **V rozvojových zemích rostou počty seniorů nad 85 let** v absolutních číslech ještě **rychleji než v USA, Evropě či Japonsku**. Tyto země proto čelí hned dvojí výzvě – již tak omezené zdroje na zdravotní péči musí dělit mezi boj proti infekčním nemocem

¹ Oba pojmy budou podrobněji vysvětleny v kapitolách Úspěšné stárnutí jako současná obsese a Česká republika a aktivní stárnutí.

(které zde stále představují velkou hrozbu) a mezi péčí o rychle rostoucí populaci seniorů s chronickými chorobami (Kaufman 2017: 114).

3. V zemích prvního světa je stále patrnější **rozpor mezi přáním dále prodlužovat délku života** (které se v medicíně stává „technologickým imperativem“) a potřebami jednotlivců, kteří si ve stále větší míře přejí **kontrolovat podmínky vlastního umírání** vč. možnosti technologické vymoženosti, které proces umírání prodlužují, odmítnout (Kaufman 2017: 116).

V rámci realizovaného výzkumu mě proto zajímalo, nakolik změny probíhajícími na globální i lokální úrovni ovlivňují představy respondentů o „dobrém stárnutí“ a jaké důsledky to má pro jejich očekávání či chování.

Zahájení výzkumu

Do nedávna jsem měla se stářím spojeny primárně pozitivní asociace. Představovala jsem si ho jako prodloužení středního věku vylepšené o dostatek volného času na cestování a koníčky; jako příjemnou životní etapu, která je ukončena nemocí či selháním organismu. Toto vnímání bylo podpořeno zkušeností se seniory v mém bezprostředním okolí, kteří byli v převážné většině fyzicky i duševně fit až do pokročilého věku a / nebo období krátce před smrtí.

Nastíněný obrázek začal dostávat trhliny zejména v době, kdy babička (tehdy ve věku 92 let) začala potřebovat intenzivnější pomoc a péči. Rozlišování mezi „lifespan“ - délkou života a „healthspan“ - zdravou délkou života² (nebo mezi něčím, o čem jsme později zjistila, že geriatři označují jako třetí a čtvrtý věk) pro mě dostalo jiný rozměr. A poprvé jsem začala rozumět tomu, o čem píše Ram Dass: „Když jsem se rozhodl obrátit svou pozornost k workshopům o vědomém stárnutí a napsat tuto knihu, bylo to v reakci na to, že v této kultuře zaměřené na mladé je stárnutí hlubokým zdrojem utrpení“ (2001: 111).

Lidé, se kterými jsem se potkala na začátku mého výzkumu, mluvili o nešťastném nastavení západní civilizace ve vztahu ke stáří a o absenci přechodových rituálů:

Narozením vnoučete jsem se stal v podstatě stařešinou. Mnohé kultury mají různé rituály, které pomáhají lidem zpracovat svoji novou roli a připravit se na s ní související úkoly, výzvy. My se tomu vyhýbáme, tváříme se jakoby nic. A pak se divíme, když nás stáří něčím zaskočí. (muž, 55+)

² toto rozlišení používá více autorů (např. Levitin 2020, Chatterjee 2019 a další)

Paliativní péče je nástrojem kultury, která se smrti bojí. [...] Pokud začneme oblasti související se smrtí profesionalizovat, naznačujeme, že máme ze smrti strach [...] Jak jsme přišli na to, že „akceptace“ je předpokladem dobré smrti? Kvalitu života měříme prostřednictvím autonomie a kompetence - mluvíme jazykem kontroly a eliminace rizika - kde je v tom prostor pro moudré stáří? (muž 65+)

Podobná vyjádření můžeme číst i u četných odborníků věnujících se antropologii stárnutí³. Před zahájením výzkumu jsem si tak kladla dvě hlavní výzkumné otázky:

- **Nakolik jsou konkrétní představy o podobě „dobrého stárnutí“ ovlivněny kulturně podmíněnými modely zdraví a nemoci, stárnutí a smrti?**
- **Jak se tyto koncepty projevují v chování jednotlivců a v jejich očekáváních ohledně optimální podoby péče v závěru života?**

Jedny z prvních definic, na které jsem při své rešerši narazila, se týkaly úspěšného stárnutí⁴ a definovaly úspěšné stárnutí jako dosažení dlouhověkosti při zachování kvality života. Na základě zmíněných definic jsem se rozhodla, že odpovědi na výše uvedené výzkumné otázky budu hledat pomocí triangulace metod, které budou zahrnovat mj. kvantitativní průzkum zkoumající kvalitu života ve stáří.

S ohledem na své opakované cesty do Asie jsem chtěla (kromě ČR) výzkum realizovat v některém regionu jižní nebo jihovýchodní Asie. Volba nakonec padla na Yogyakarta (Indonésie). A to zejména proto, že prostřednictvím svých známých jsem získala kontakt na informanta, který mluvil dobře česky (v minulosti žil v ČR cca 30 let a mohl mi nejen tlumočit, ale i pomoci s interpretací získaných dat), i na yogyakartskou organizaci, která se věnovala etnografickému výzkumu a měla rozsáhlý archiv, který by pro mě (kromě konzultací s dalšími výzkumníky) představoval cenný zdroj informací.

Nejrůznější komplikace v průběhu výzkumu mě přiměly k modifikaci výzkumných cílů i metod (detaily budou popsány v sekci věnované metodologii). Následující text tak pracuje téměř výhradně s daty získanými v rámci výzkumu realizovaného v ČR. Redefinice výzkumu mě vedla k tomu, že jsem svoji pozornost zaměřila primárně na tři oblasti:

³ např. Sarah Lamb (2000, 2017), Jay Sokolovsky (2009) a mnozí další

⁴ aniž bych v té době měla tento koncept jakkoli teoreticky ukotven

- **vztah stáří, zdraví, nemoci a těla ve stáří,**
- **podobu a význam sociálních vztahů,**
- **re-konceptualizaci domova ve stáří.**

Výzkumným kapitolám s uvedenými tématy předchází analýza kontextu, ve kterém ke stárnutí v České republice dochází.

1 Metodologie

1.1 Původní záměr & význam mezikulturních srovnání

Miroslav Disman uvádí, že vstupem do kvalitativního výzkumu je sociální problém. Po něm následuje terénní výzkum zahrnující souběžné vytváření vzorku, sběr dat, analýzu i interpretaci. Výstupem jsou pak hypotézy či „grounded theory“ (Disman 2011: 299).

Moje původní vymezení sociálního problému vycházelo z definic úspěšného stárnutí uvedených v předchozí kapitole, které v rozšířenější podobě většinou pracují s následujícími pojmy:

- dlouhověkost,
- kvalita života,
- kritéria vycházející z Rowe-Kahnova modelu⁵.

Provedená rešerše ukázala, že v podobně orientovaných výzkumech bývá časté využití metodické triangulace. Např. v ČR uveřejněný výzkum životního stylu u cílové skupiny chronicky nemocných využívá metodickou triangulaci kvantitativního výzkumu s užitím specifických metod kvalitativního výzkumu:

- metody volného, nestrukturovaného rozhovoru,
- metody životního příběhu (s metodou popisu životní křivky),
- metody Cantrillův žebřík⁶ (Chrastina & Ivanová 2010).

Kombinace mých výzkumných otázek a uvedených základních pojmů mě před zahájením výzkumu vedla k záměru pracovat s triangulací metod, které by zahrnovaly:

⁵ pro detaily viz kapitolu Úspěšné stárnutí jako současná obsese

⁶ Cantrillův žebřík je jednopoložková, subjektivně zakotvená škála následujícího znění: „Představte si, prosím, žebřík s příčkami číslovanými od nuly ve spodní části po deset v horní části. Předpokládejme, že vrchol žebříku představuje pro vás nejlepší možný život a že spodní část žebříku představuje pro vás nejhorší možný život. Je-li horní příčka 10 a dolní příčka je 0, na kterém stupni žebříku se vy osobně nacházíte?“ Zdroj: CR2030.CZ/STRATEGIE/WP-CONTENT/UPLOADS/SITES/2/2018/05/12_OSOBN%C3%AD-POHODA.PDF

- kvantitativní výzkum zaměřený na měření kvality života ve stáří (v mém případě jsem měla v úmyslu vycházet z dotazníku vypracovaného WHO s názvem WHOQOL-100⁷),
- sérii biografických rozhovorů,
- fokusní skupiny,
- redukovanou podobu diskurzivní analýzy,
- analýzu vizuálních artefaktů z oblasti reprezentace stárnutí.

Mezikulturní srovnání

Jako nejproblematictější se na začátku jevila výsledná komparace získaných dat a poznatků z různých typů společností tak, aby nedocházelo k neopodstatněným zobecněním a zjednodušením. Nicméně tento typ srovnání mi přišel důležitý minimálně ze tří důvodů, které ve svém textu zmiňuje např. Sokolovsky (2009):

1. Díky mezikulturním srovnáním lze **navrhovat obecné hypotézy** o zkušenostech se stárnutím, které mohou být testovány použitím větších vzorků nebo provedením dlouhodobých studií. I při použití relativně malého počtu případů je možné **vytvořit si obraz o kvalitativní povaze sociokulturních proměnných** a díky tomu se (snad) vyhnout příliš zjednodušeným teoretickým modelům.
2. Mezikulturní srovnání nám může pomoci podrobně porozumět tomu, jak se reakce na stárnutí na různých místech liší. Tento typ analýz může být **zdrojem alternativních strategií** rozvoje různých prostředí, ve kterých ke stárnutí dochází. Přínos aplikace těchto srovnání lze demonstrovat např. v oblasti integrovaného systému domácích a komunitních služeb v USA, který byl vytvořen na základě výstupů zkoumání inovativního dánského systému dlouhodobé péče.
3. Využití globálních informací vede **k vytvoření interaktivní „kulturní laboratoře“**. Při přechodu do různých společenských prostředí jsou inovace absorbovány, transformovány a někdy vylepšovány. Sokolovsky jako příklad uvádí japonský národní systém pojištění dlouhodobé péče, který byl zaveden v roce 2002, a který byl založen na německých a britských modelech (Jenike & Traphagan 2009 in Sokolovsky 2009).

⁷ Dotazník je dostupný z: WHO.INT/HEALTHINFO/SURVEY/WHOQOL-QUALITYOFLIFE/EN/INDEX1.HTML. Na jeho základě proběhlo několik srovnávacích studií realizovaných v různých zemích vč. ČR.

Dalším příkladem mezikulturní výměny je skandinávský model bydlení a komunitního designu, tzv. „co-housing“, který našel v různých modifikacích uplatnění na nejrůznějších místech světa, a který je pro mnohé země zdrojem inspirace pro bydlení seniorů i v současnosti.

Terénní výzkum skutečně probíhal na dvou místech. Po dobu cca dvou let v Praze (zejména pak mezi pracovníky, klienty či příznivci organizace Domov Sue Ryder, v okruhu našich rodinných známých a mezi respondenty, kteří mi byli někým z předchozích skupin doporučení). Od října do listopadu 2019 rovněž v Indonésii – konkrétně pak v Yogyakartě a krátkodobě i na Bali.

Bohužel po příletu do Yogyakarty jsem zjistila, že organizace, na kterou jsem spoléhala s pomocí při výzkumu, během šesti měsíců mezi podáním žádosti o výjezd a jeho realizací nejen změnila svůj název, ale došlo i ke změně jejího hlavního zaměření. Mohla jsem tak sice využít její archiv, možnost odborných konzultací byla ale značně omezená (o pomoci s organizací výzkumu ani nemluvě). Komplikovaná se ukázala i situace s mým tlumočnickem, který kvůli zdravotním potížím nebyl schopen opouštět domov. Mohl mi tak pomoci s interpretací dat (což jsem ráda využila), ale nikoli se samotným tlumočením. Realizované rozhovory tak musely probíhat převážně v angličtině, což byl zejména u starších respondentů velmi limitující faktor. S ohledem na uvedené překážky mi nakonec rozsah i podoba nasbíraných dat z Indonésie nepřišla natolik komplexní, abych na ní mohla postavit smysluplné mezikulturní srovnání. Výstupy z rozhovorů realizovaných v zahraničí proto v některých případech v rámci této práce používám pouze pro dokreslení situace či pro naznačení možných alternativ.

1.2 Redefinice výzkumného záměru & následný výzkum v ČR

Po návratu z Indonésie jsem potřebovala předefinovat svůj výzkum tak, aby mohl být realizován pouze v České republice. Zároveň jsem ale chtěla zachovat i kulturní rozměr výzkumu, který v původní definici hrál stěžejní roli.

Současná Česká republika je pluralitní společností, která kromě dominantního odborného diskurzu a norem v podobě zákonů či jednotlivých politik umožňuje (do jisté míry, jak bude ukázáno v následujícím výzkumu) i alternativní přístupy ke stáří a stárnutí. Rozhodla jsem se proto zachovat původní výzkumné otázky; místo komparace různých kultur jsem se

ale zaměřila na zjišťování, jak habitus jednotlivých respondentů ovlivňuje jejich postoje ke stáří i k oficiálním politikám a diskurzům; případně vytváření alternativních strategií pro vlastní stárnutí. S tímto rozhodnutím souvisela i modifikace používaných metod.

V první řadě jsem upustila od realizace kvantitativního výzkumu. Ten pro mě byl zajímavý zejména při studiu „cizí“ kultury, kdy jsem následným kvalitativním průzkumem chtěla ověřovat porozumění některým (dle WHO univerzálním) termínům a dalším předpokladům (např. o důležitosti zachování nezávislosti do vysokého věku či existence příležitostí pro růst a osobní rozvoj). Místo toho jsem se zaměřila čistě na kvalitativní výzkum s využitím některých dat z kvantitativních výzkumů, která jsem měla k dispozici. Mezi skutečně využitými metodami tak patří:

- **zúčastněné i nezúčastněné pozorování,**
- **fokální skupiny,**
- **polostrukturované i nestrukturované rozhovory** (zde mi v některých případech posloužily otázky z dotazníku WHOQOL-100 jako výchozí bod pro zahájení polostrukturovaných rozhovorů),
- **analýza dokumentů i artefaktů vizuální povahy** (fotografie vybrané některými mými respondenty - společně s jejich komentáři - tvoří vizuální část mé práce – pro detaily viz kapitolu 1.7 Vizuální projekt).

Použité metody budou podrobněji rozebrány kapitole Metody sběru dat.

1.3 Moje pozice v terénu / etické otázky

„[...] líčit dějiny domovů pro seniory z pohledu seniorů „je jako líčit dějiny amerického Západu z pohledu mezků; mezci se zde nepochybně vyskytovali a dějinné události pro ně měly nějaký význam, ale na mezky samotné tehdy nikdo nebral zřetel“
(Vladeck 1980 in Gawande 2016: 66).

Jedním z významných motivů pro realizaci výzkumu pro mě byla situace, která by se dala popsat výše uvedeným citátem. V roli neformálního pečujícího jsem zažila bezpočet situací, kdy bylo rozhodováno ve „ prospěch seniora“, aniž by kdokoli z odborníků projevil zájem zjistit jeho skutečné potřeby či představy o řešení dané situace (a to vč. případů, kdy byl senior fyzicky přítomen).

V době zahájení výzkumu jsem rovněž již několik měsíců pracovala na částečný úvazek pro společnost Sue Ryder. I když obsah mojí práce s předmětem výzkumu souvisel velmi volně, z titulu své pozice jsem měla přístup k různým datům kvantitativní i kvalitativní povahy (ta - po předchozím souhlasu zástupců organizace - ve své práci rovněž využívám).

Díky oběma popsaným skutečnostem jsem se občas ocitla v pozici, kdy zažívané situace byly zajímavé a důležité pro můj výzkum, další aktéři o výzkumu ale nebyli informováni (uvedené situace jsem zažívala primárně v roli „vnučky” nebo „zaměstnanec určité organizace” a jejich analýza proběhla až následně). Z tohoto důvodu nemohli ani dát se zpracováním dat souhlas. V některých případech jsem si ho vyžádala dodatečně, někdy to nebylo možné. Tyto eticky sporné otázky se snažím reflektovat v kapitole Metody sběru dat i v relevantních sekcích v dalším textu.

1.4 COVID 19

Bez komplikací nakonec nebyl ani výzkum realizovaný v ČR, a to zejména s ohledem na karanténu, která byla vyhlášena v době, kdy jsem měla domluvenou realizaci hloubkových rozhovorů se seniory. V některých případech se mi podařilo realizovat rozhovory pomocí alternativních způsobů (např. online - prostřednictvím aplikací jako Zoom či Skype), v některých případech jsem musela realizaci rozhovorů odložit. Ve všech případech rozhovorů realizovaných po vyhlášení karantény mohlo ale dojít k několika možným typům zkreslení:

- sama **existence nezvyklé situace** mohla **ovlivnit vyznění výpovědí seniorů** (nejvíce patrné to bylo zejména v době po ukončení karantény, kdy několikaměsíční izolace začala ovlivňovat psychický stav i náladu seniorů),
- **rozhovory realizované prostřednictvím online nástrojů** u seniorů v některých případech **zvyšovaly úroveň stresu** (nutnost soustředění se na ovládnutí techniky, nepříjemné pocity spojené s neznámým prostředím apod.), což rovněž mohlo mít vliv na obsah jejich sdělení,
- **chyběl kontext pozorování prostředí** (který pro mě v předchozích případech při pořizování terénních poznámek byl rovněž důležitý),
- s ohledem na **nucenou prodlevu**, která v mém výzkumu nastala, jsem se začala věnovat zpracování některých kapitol (vč. teoretického ukotvení) před dokončením výzkumu. Vystavení těmto vlivům mohlo **ovlivnit i způsob vedení rozhovorů**, které proběhly po ukončení karantény.

Celý mnou realizovaný výzkum poskytuje samozřejmě pouze ilustrativní obrázek. Respondenti, se kterými jsem pracovala, v žádném případě netvoří reprezentativní vzorek populace. To platí i o situaci před pandemií. Přesto považuji za nutné akcentovat, že vyznění rozhovorů realizovaných bezprostředně po karanténních opatřeních vykazovalo i u seniorů, se kterými jsem v rámci výzkumu mluvila opakovaně, známky posunu ve vnímání některých situací. S rozvolňováním opatření a návratem situace „k normálu“ byly u některých seniorů opět patrné změny postojů. Některé prezentované názory tak mohou představovat spíše reakci na aktuální situaci než dlouhodobý postoj dotazového jedince.

1.5 Metody sběru dat

1.5.1 Zúčastněné pozorování & etické otázky

Podle Dismana je zúčastněné pozorování takový styl výzkumu, ve kterém výzkumník participuje na každodenním životě lidí, které studuje. Stupeň, jak dalece se výzkumník ztotožní se studovaným prostředím, Disman rozděluje do kategorií:

- úplný pozorovatel,
- pozorovatel jako participant
- participant jako pozorovatel
- úplný participant (Disman 2011: 305).

V rámci výzkumu jsem si vyzkoušela všechny uvedené polohy. Občas jsem vedla rozhovory s lidmi, které jsem neznala (byli mi někým doporučeni) a pozorovala je v prostředí, které mi bylo cizí. Moje práce pro společnost Sue Ryder (dále SR) s výzkumem souvisí pouze okrajově. Nicméně většině blízkých spolupracovníků bylo zároveň téma mého výzkumu známo a docházelo i k situacím, kdy se hranice mezi výzkumem a mou prací stíraly. Role pozorovatele jako participanta či participanta jako pozorovatele se tak situačně měnily.

Péče o babičku (která můj zájem o otázky stárnutí v ČR ve větší míře iniciovala) mi umožňovala pocítit důsledky různých nastavení sociálně-zdravotního systému ve vlastní rodině. Např. v rozhovoru s lékaři či sociálními pracovníky jsem vystupovala pouze v roli vnučky. Zpracování záznamů, které reflektovaly moje zážitky i pocity v určitých situacích pro mě bylo až sekundární. Role plného participanta mi však umožnila jiný typ vhledu, bez kterého by můj postoj k určitým situacím byl odlišný.

1.5.2 Fokusní skupiny

Pro lepší porozumění představám o stáří a stárnutí a očekáváním ohledně péče v rámci rodiny jsem na jaře 2019 realizovala dvě fokusní skupiny⁸ (FS). Ve FS byly zastoupeny dvě věkové kategorie - mladí dospělí a sendvičová generace⁹ (SG). Celkový počet účastníků byl osmnáct s rovnoměrným rozložením věkových skupin (polovina = SG). Každá FS trvala 90 min.

Fokusní skupiny probíhaly tak, že účastníci nejdříve dostali krátký dotazník, který se jich ptal (po vyplnění sociodemografických charakteristik) na asociace související se stářím, jejich zkušenost s péčí o blízkou osobu či na témata, o kterých se jim v souvislosti se stářím nejobtížněji hovoří. Následně probíhala diskuse, která se snažila nalézt odpovědi na dva hlavní okruhy otázek:

- **Příprava na vlastní stáří** (vč. situace, kdy by se dotyčný mohl stát bezmocným). Zajímalo mě, jakým způsobem účastníci FS přistupovali k této možnosti (počítali s ní, nebo ji vytěšňovali?) Pokud ji připouštěli, hledala jsem odpovědi na otázky, jakým způsobem se dotazovaní na tuto možnost připravují a jak si představují, že by měla vypadat případná péče o ně.
- **Představy / postoje k péči v rámci rodiny.** Zde mě zajímalo zejména to, zda účastníci FS se svými blízkými v souvislosti se stářím o alternativě, že by se někdo z rodiny o sebe nedokázal postarat (fyzicky i mentálně) hovoří. Jaký postoj mají k těmto rozhovorům? Znájí blízcí jejich přání? (tj. vědí, jak si oni sami přejí zestárnout?) Co je pro ně důležité? Jakou péči by si představovali?

1.5.3 Workshopy

Jako alternativu k fokusním skupinám jsem využila i výstupy ze dvou workshopů k seniorské problematice. První byl realizován v roce 2019, druhý začátkem března 2020. Oba jsme připravovaly společně s architektkou Anežkou Příhodovou a jejich hlavním tématem bylo

⁸ při přípravě i vyhodnocení FS jsem vycházela mj. z dat interního průzkumu realizovaného v ČSOB v roce 2017 a ze zprávy FDV: „Podpora neformálních pečujících II“

⁹ Pojem „Sendvičová generace“ nemá jednoznačnou definici – podle Wikipedie se jedná o označení pro generaci lidí středního věku, kteří se současně starají o své nesamostatné děti a o své staré rodiče (zdroj: cs.wikipedia.org/wiki/Sendvičová_generace). Jako věková hranice bývá často uváděn věk 35 – 59 let, což je i rozmezí, které jsem pro kategorizaci svých respondentů používala já. Respondenti ve věku 60 let a více byli v rámci mé práce zařazeni do kategorie seniorů.

seniorské bydlení. Průběh workshopů a výstupy z nich budou popsány v kapitole Možnosti seniorského bydlení.

Vzhledem k tomu, že pracovat s výstupy workshopů jsem původně neplánovala a zařadila je do výzkumu až dodatečně, vyžádala jsem si od organizace, která workshopy zaštiťovala (i arch. Prokopové) souhlas s použitím takto získaných dat.

1.5.4 Rozhovory a další metody

Mezi další metody sběru dat, které jsem použila, patří nestandardizované i polostrukturované rozhovory. Nestandardizovaná interview jsem používala zejména při individuálních rozhovorech se seniory či příslušníky sendvičové generace. Polostrukturované rozhovory jsem použila mj. při realizaci fokusních skupin či v rámci workshopů.

V neposlední řadě jsem využívala i pozorování, rozhovory s informanty, analýzu poskytnutých (mj. osobních) dokumentů, ale i vlastní sebereflexi. Některé rozhovory byly nahrány s použitím audio či video techniky. Kde to nebylo možné, snažila jsem se o co nejpresnější záznam proběhlého rozhovoru co nejdříve po jeho skončení. Mnou využitě dokumenty zahrnovaly mimo jiné i výstupy kvantitativních výzkumů. Ty však nesloužily k testování hypotéz, ale jako materiál pro analýzu existujících struktur.¹⁰

S ohledem na již zmíněná karanténní opatření jsem v některých oblastech využila i výroky seniorů či pečujících publikované v sociálních médiích či získané z nahrávek rozhovorů, jichž jsem nebyla osobně přítomna. S použitím takto získaných dat jsem se opět snažila získat souhlas. Ne vždy to však bylo možné; občas aktéři souhlasili za předpokladu, že data budou plně anonymizována. Z toho důvodu jsem se (navzdory souhlasu některých respondentů s publikací jejich jména i vybraných sociodemografických charakteristik) rozhodla pro anonymizaci všech citací, pouze s uvedením pohlaví a přibližného věku. Tento způsob anonymizace používám napříč celou prací s výjimkou autorek fotografií, kde u citací uvádím jejich plné jméno. V kapitole 4 využívám přepis rozhovoru a tři citace z filmu Stopa

¹⁰ Dle Dismana (2011: 309) je tento způsob použití kvantitativních dat v kvalitativním výzkumu přípustný.

v hlavě¹¹, s jejichž využitím mi poskytla souhlas režisérka filmu. Přestože se seniorky ve filmu oslovují jménem, data opět anonymizují v souladu s konvencí použitou u ostatních výroků respondentů. U výroků získaných prostřednictvím sociálních médií neuvádím ani přibližný věk autora výroku (tento typ výroků používám zejména pro větší názorovou pestrost; většina těchto výroků je součástí kapitoly 2.4.2 Kvalitativní výzkum & stáří – senioři). Věk rovněž neuvádím u výroků zaznamenaných v rámci workshopů, kde jsem jej nezjišťovala.

Celkem jsem realizovala rozhovory se 43 respondenty. V některých případech se jednalo o kratší rozhovory na konkrétní téma, jindy o dlouhé (někdy opakované) hloubkové rozhovory. Do tohoto počtu nejsou zahrnuti respondenti fokusních skupin, účastníci workshopů a analýza záznamů rozhovorů, jichž jsem nebyla osobně přítomna. Se započtením těchto participantů bylo do výzkumu zapojeno 84 respondentů v ČR a 18 v Indonésii (do tohoto počtu nejsou zahrnuty výroky získané prostřednictvím sociálních médií).

1.6 „Vykolíkování“ terénu

„Zdravotní problémy, které mi připadaly zničující, pro ně byly součástí života po pětadesátce [...] Vnímali sebe sama ne jako součet limitujících zdravotních omezení, ale strategií, jak se s omezeními vyrovnat“
(Leland 2019: 102-3).

Po pár provedených rozhovorech s respondenty bylo zřejmé, že otázka „dobrého stárnutí“ je natolik široká, že potřebuji zúžit okruh zkoumaných témat a tomu přizpůsobit i způsob vedení rozhovorů. Po prostudování různých studií, které se věnují tématu kvality života ve stáří, jsem na jejich základě upravila svoje pracovní výzkumné otázky.

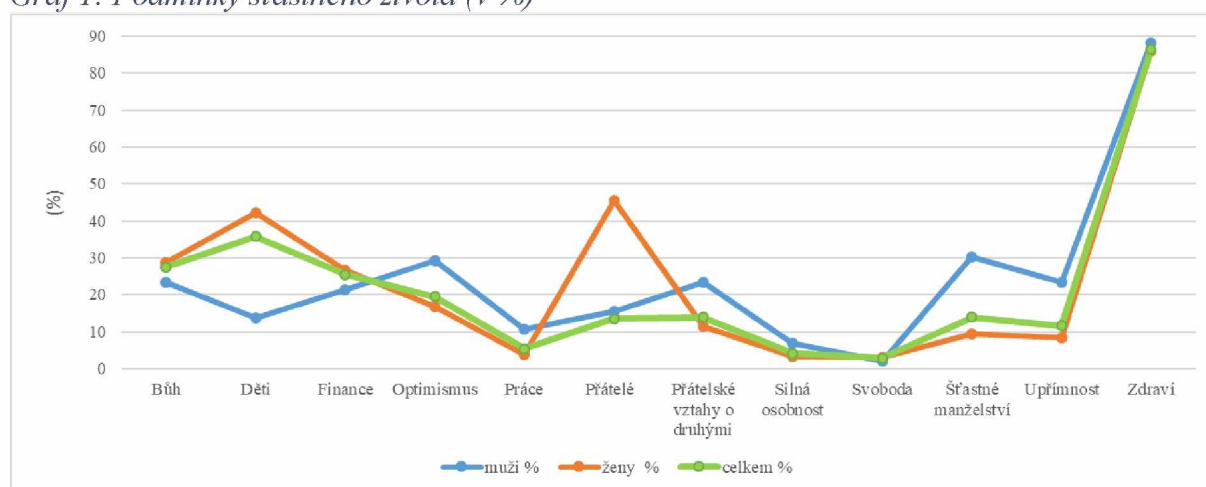
Jednou z analyzovaných studií byla i kvantitativní multifaktoriální analýza vzniklá na základě výzkumu realizovaného v roce 2010 v polské Łódži. Výzkum probíhal mezi 466 příjemci sociálních služeb ve věku nad 65 let. Respondenti byli prostřednictvím dotazníkového šetření požádáni o zodpovězení otázek, které se týkaly jejich sociodemografické situace, kvality života či podmínek důležitých pro šťastný život. Zároveň byli dotazováni i na to, zda

¹¹ jedná se o „dokumentární film, ve kterém seniorské filmařky se svými ručními kamerami přemýšlejí o tom, jak se život starého člověka promění, když začne být závislý na druhých“ - citace pochází z textu k traileru filmu, dostupném na: [YOUTUBE.COM/WATCH?V=BBXOLLOEZFC](https://www.youtube.com/watch?v=BBXOLLOEZFC). Film jsem měla k dispozici před jeho oficiální premiérou, která je plánovaná na 1. 10. 2020.

svůj život považovali za lepší před nebo po roce 1989 (tj. po změně režimu, ke které v Polsku došlo).

Graf 1 zobrazuje dvanáct faktorů, které respondenti označili pro šťastný život ve stáří za nejdůležitější. Nejvyšší skóre získalo zdraví, které bylo téměř stejně důležité pro muže (88 %) i ženy (86 %). U některých oblastí se však odpovědi významně lišily. Pro muže bylo např. velmi důležité šťastné manželství (30 %), u žen se „umístilo“ až na 8. místě s 9 %. Ženy naopak výrazně častěji mezi faktory ovlivňujícími štěstí uváděly děti (36 %), u mužů stejné kritérium považovalo za velmi důležité jen 14 % dotazovaných. Další významné rozdíly byly i v pohledu na důležitost přátel (důležitější pro ženy) nebo význam práce (11 % u mužů vs. 4 % u žen).

Graf 1: Podmínky šťastného života (v %)



Muži: n=103, ženy: n=363, celkem n=466; multifaktoriální výběr

Zdroj: zpracováno autorkou na základě dat ze studie Burzyńska & kol. 2019: 45 – 68.

Protože dotazník WHOQOL byl jedním ze zdrojů, ze kterých uvedené dotazníkové šetření čerpalo¹², pokusila jsem se agregovat 12 nejvýznamnějších faktorů do kategorií dle metodiky WHOQOL-100.¹³ Agregované výsledky potvrzují vnímanou **důležitost zdraví** (celkem 87 %) a **sociálních vztahů** (77 %). Jako důležité se ukazují i **faktory vnějšího prostředí** (40 %; největší váhu z celkového součtu zde měla pro respondenty finanční situace).

¹² Výsledný dotazník obsahoval celkem 77 otázek; dalšími zdroji byli např. ADL Scale (Škála aktivity každodenního života - the Activities of Daily Living Scale), GDS (Stupnice geriatrické deprese - The Geriatric Depression Scale) i dotazník k subjektivně pocíťované kvalitě života a zdraví.

¹³ Vzhledem k tomu, že pracuji už pouze s výběrem položek, dochází k částečnému zkrácení celkových výsledků (např. zdraví je ve výběru zahrnuto pouze jako jednofaktoriální položka, zatímco u sociálních vztahů jsou v součtu zastoupeny 4 položky). Na druhou stranu další faktory, které zde neuvádím (kromě vzdělání, které u mužů získalo 2%, u žen 1%), představovaly již jen desetiny procenta. Celkové zkrácení tudíž není nikterak významné.

Ze studie není patrné, zda dotazník nějakým způsobem pracoval s **vlivem způsobu bydlení na kvalitu života** ve stáří (bydlení v místě, v domově pro seniory či v jiném typu institucionalizované péče). Z ostatních dostupných materiálů se tento faktor vnějšího prostředí jevil jako další významné kritérium. Proto jsem ho v rámci výzkumu přidala ke třem výše uvedeným. Další kapitoly tak budou věnovány zejména tomu, **jakou roli zdraví, sociální vztahy a některé faktory vnějšího prostředí** hrají v tom, co si mí respondenti představují pod pojmem „dobré stárnutí“.

Subjektivně vnímané hodnocení kvality života zredukované do dotazníkových položek přináší samozřejmě jen jeden z možných pohledů. Např. Chatterjee (2019) uvádí, že vyváženost klíčových faktorů zdraví je z dlouhodobého pohledu přínosnější než skvělé výsledky v jedné a velmi podprůměrné v jiné. U faktorů „dobrého života“ to může být podobné.

Věkový medián respondentů zmiňované studie byl 80 let, modus 82. U mladších seniorů by důležitost faktorů mohla vypadat jinak. Uvedené výsledky pro mě tudíž netvoří žádnou „hypotézu“, kterou bych chtěla výzkumem ověřovat. Představovaly pro mě spíše jakýsi nástroj pro „vykolíkování hřiště“ mého vlastního výzkumu a takto k nim bylo i přistupováno.

1.7 Vizualní projekt

Modifikace výzkumného záměru zmíněná v kapitole 1.2 mě vedla k nutnosti přehodnotit i původní koncept vizuálního projektu. Po předběžné analýze vizuálního diskurzu stáří a stárnutí jsem se rozhodla nahlédnout na obrazy stáří prostřednictvím perspektivy autorek, které se na vytváření obrazů stárnutí v nějaké podobě podílejí.

V první fázi projektu jsem oslovila dvě zaměstnankyně organizace Sue Ryder (SR) se žádostí o rozhovor a poskytnutí fotografií, které pro zobrazování stáří ve své práci používají. Na základě jejich doporučení jsme kontaktovala ještě další (externí) spolupracovníci Domova pro seniory, která pro SR vytvořila sérii fotografií.

Organizace Sue Ryder provozuje v Praze Domov pro seniory, poskytuje služby osobní asistence i poradenské služby. Mj. si klade za cíl přispívat k tomu, aby každý v České republice mohl důstojně zestárnout. Podle vyjádření zástupců organizace to zahrnuje i snahu přinášet téma stárnutí do veřejného prostoru a nabourávat stereotypy a mýty, které se se stářím v ČR pojí. V Domově Sue Ryder žijí převážně velmi staří senioři, kteří z velkého procenta trpí

demencí a / nebo jsou upoutáni na vozíček. Obrazy produkované SR tak přináší zobrazení tzv. čtvrtého věku, který bývá mainstreamovými médii buď opomíjen nebo spojován převážně s alarmistickými sděleními.

1.7.1 Procesní průběh projektu

Se všemi autorkami jsem se osobně sešla a představila jim téma své diplomové práce. Požádala jsem je o výběr a poskytnutí fotografií, které v tomto kontextu považují samy za důležité nebo k nim mají nějaký osobní vztah. Vzhledem k tomu, že s Pavlou i Radkou spolupracuji v rámci jiného projektu, naše diskuse probíhala více neformálně. Např. s Pavlou jsme o některých fotografiích mluvily opakovaně a přibližovala mi i příběhy, které se s nimi pojí. Vzhledem k tomu, že v SR pracuje více než 20 let, dokumentovala na nich i některé změny přístupu ke klientům, ke kterým v SR během této doby došlo.

S Radkou jsme měly možnost mluvit o jejím výběru fotografií pouze krátce (odjížděla na třítydenní dovolenou). V rozhovoru předcházejícímu samotnému výběru jsem jí přibližovala hlavní tři okruhy mé práce (zdraví, vztahy a domov). Radka ale nakonec vybrané fotografie rozdělila do pěti okruhů, které jí přišly klíčové, a opatřila je doplňujícími komentáři. Tři z nich jsem zařadila do Přílohy 1B. Přestože jsem si vyslechla několik příběhů, které se k fotografiím váží, u některých jsme se s autorkami fotografií dohodly, že je nebudu zveřejňovat. Vzhledem k tomu, že příběh spojený s jednou z Radčiných fotografií byl ale uveřejněn i na webových stránkách SR, zařadila jsem ho (spolu s fotografií) do textové části diplomové práce.

Šárku mi pro provedení rozhovoru doporučily právě Radka s Pavlou. Souhlasila se schůzkou i zveřejněním fotografií. Během rozhovoru jsme hodně mluvily o tom, jak spolupráce se SR změnila její pohled na stárnutí, o jejím obdivu k zaměstnancům Domova i klientům. Šárka zmiňovala i sílu, která z mnohých klientů vyzařuje, mluvila o klientkách, které o sebe nepřestaly dbát ani ve vysokém věku (ani na vozíčku) a způsobu, jak třeba z návštěvy kadeřnice, která do SR dochází, dokázaly udělat společenskou událost. Po našem rozhovoru mě Šárka požádala, zda kromě poznámek, které jsem si v průběhu rozhovoru pořizovala, by si mohla ještě celé téma nechat projít hlavou a poslat mi k němu i své komentáře. Jejich ukázka je opět obsažena v Příloze 1(A).

Celkově mi tři oslovené autorky poskytly 38 fotografií, z nichž většina je zobrazena v Příloze 1.

2 Stáří & stárnutí

Před zahájením výzkumu jsem se snažila porozumět tomu, jaké charakteristiky a kulturní obsahy se v ČR s pojmem „stáří“ pojí a zmapovat si, zda v odborné literatuře i médiích převažují spíše pozitivní či negativní obrazy stáří a stárnutí. Než přistoupím k výstupům vlastního výzkumu, přináším proto krátký přehled, jak je stáří a stárnutí pojímáno v odborné literatuře i médiích.

2.1 Stáří a stárnutí z pohledu odborníků a mezinárodních organizací

Sociologická encyklopedie definuje stáří jako:

- čas, který uplynul od vzniku, zrodu objektu, v němž není automaticky zahrnuto hodnocení;
- závěrečnou etapu života, u člověka často chápanou jako doba od skončení ekonomické aktivity do smrti (nazývaná též třetím věkem) (Sociologická encyklopedie 2018).

Tentýž zdroj uvádí, že biologický věk není jako ukazatel stáří spolehlivý, protože interindividuální rozdíly fyzického a psychického stavu u vrstevníků jsou značné. Raději tak stáří definuje jako „období, kdy u lidí probíhají (různou rychlostí) postupné změny na úrovni molekulární až orgánové, v důsledku čehož ubývá schopností realizovat jednotlivé funkce organismu [...]“ (Sociologická encyklopedie 2018).

Podle demografů nikde na světě není oficiálně definován věk, od kterého bychom mohli říct, že jsme staří.¹⁴ Švýcaři se údajně za staré považují kolem osmdesátky, podle studie japonské gerontologické a geriatrické společnosti se termín „starý“ vztahuje na osoby ve věku 75 až 89 let. Někteří lidé považují za hranici stáří odchod do důchodu (Vavroň 2019).

Většina autorů, kteří se tématu stáří věnují, pracuje s „multifaktoriálností stárnutí“. Např. Baltes (1993) při analýze stáří rozlišuje následující kritéria: chronologický věk,

¹⁴ Chybí rovněž definice pojmu senior, který není právní ani statistickou kategorií. Proto statistika pracuje (v souladu s kategoriemi Eurostatu či OSN) s věkovými skupinami 0–14, 15–64 a 65 let a více. Světová zdravotnická organizace (WHO) rozlišuje tzv. období raného stáří (60–74 let), období vlastního stáří (75–89 let) a období dlouhověkosti (nad 90 let).

biologický stav organismu, mentální zdraví, kognitivní výkonnost, sociální kompetence a produktivita, kvalita sebeřízení, vlastní spokojenost se životem.

Obdobně multifaktoriální je i přístup Světové zdravotnické organizace (WHO). Ve své zprávě z roku 2015 (WHO 2015) uvádí, že naše představy o stárnutí jsou zastaralé a představy o seniorech jsou založeny na stereotypech. Podle WHO neexistuje žádný typický senior a nástup nemocí nebo snížení soběstačnosti (typicky spojované se stárnutím) s chronologickým věkem souvisí pouze volně. Zmíněná zpráva proto apeluje na nutnost akcentovat „celoživotní přístup“ ke zdraví (*life-course approach*). Samotná WHO pak pro měření kvality života ve stáří používá následující kategorie:

- **Fyzické zdraví** (energie a únava, bolest a diskomfort, spánek a odpočinek)
- **Psychologické faktory** (obraz těla a vzhled, negativní vs. pozitivní pocity, sebevědomí, myšlení, učení, paměť a koncentrace)
- **Stupeň nezávislosti** (mobilita, každodenní aktivity, závislost na lékařské pomoci a lécích, schopnost pracovat)
- **Sociální vztahy** (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita)
- **Prostředí** (finanční zdroje, svoboda, fyzické bezpečí, přístup a kvalita zdravotní a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových informací a dovedností, fyzické prostředí (hluk, znečištění, provoz, klima, doprava), účast a příležitosti pro volnočasové aktivity)
- **Spiritualita, náboženství, osobní přesvědčení** (WHO 2020).

Přes všechno výše uvedené, a vyjádřením odborníků navzdory, se v každodenní realitě setkáváme spíše s tendencí stáří a chronologický věk nějakým způsobem spojovat. Vidovičová k tomu uvádí, že v naší společnosti - zaměřené na kvantitativní ukazatele - není překvapivé, že stárnutí je primárně vnímáno jako plynutí času měřené v jednotkách a sociální definice stáří je často vyjadřována jako dosažení určitého věku a/nebo období za určitou věkovou hranicí. Podle autorky tento kvantitativní údaj představuje i zásadní prizma, skrze které obvykle sledujeme změnu pohledu na stáří a stárnutí (a stárnoucí lidi) a jejich role v sociálních systémech (Vidovičová 2013).

2.2 Úspěšné stárnutí jako současná obsese

„Když mi krátce po mých padesátých prvních narozeninách – a jen pár dní poté, co jsem uběhla Bostonský maraton – byla diagnostikována vážná forma rakoviny, uvědomila jsem si na osobní úrovni, jak předpoklad dobrého zdraví a vitality¹⁵ nepředstavuje pro všechny realistické očekávání. [...] Nepřekvapily mě pocity smutku – bez ohledu na to, jak intenzivní.

Co mě ale zaskočilo, bylo, že jsem byla společností vytrénována přemýšlet o své situaci ne jen jako o smutné, ale jako o velmi zahanbující [...] Z nějakého důvodu jsem selhala v péči o vlastní zdraví – v tom, být zdravou, dobrou, úspěšnou osobou i osobností [...]“
(Lamb 2017: xiii).

V textu už jsem několikrát zmínila termín „úspěšné stárnutí“. Paradigma úspěšného stárnutí je původně odvozeno z biomedicínského modelu stárnutí a je přičítáno Roweovi a Kahnovi, kteří ho definovali jako tripartitu cílů:

- nízká pravděpodobnost nemoci a postižení souvisejících s nemocí,
- vysoká kognitivní a fyzická funkční kapacita a
- aktivní zapojení do života (Rowe & Kahn 1998).

V době svého vzniku mělo toto paradigma v gerontologii své opodstatnění. Představovalo posun od rozlišování pouze dvou skupin starších lidí - jedinců s onemocněním a zdravotním postižením a těch bez nich. V posledních dvou desetiletích se koncept úspěšného stárnutí, který zdůrazňuje důležitost osobní odpovědnosti ve stáří, rozšířil z lékařského kontextu do podoby populárního severoamerického narativu (McKinney 2016). Podle McKinney i dalších autorů zůstává převládajícím modelem procesu stárnutí dostupného starším Američanům.

V posledních letech byl tento model často kritizován za to, že odráží širší ideologii neoliberalismu. Např. Rubenstein a de Medeiros (Rubenstein & de Medeiros 2014 in McKinney 2016: 87) tvrdí, že úspěšné stárnutí:

1. nejprve **přeceňuje agency jednotlivce** v procesu „úspěšného“ stárnutí bez ohledu na to, jakým způsobem je proces stárnutí ovlivněn životními okolnostmi a

¹⁵ Z kontextu odstavce vyplývá, že autorka mluví o zdraví jako „důsledku“ konkrétního chování.

2. **neposkytuje alternativní možnosti stárnutí** pro ty starší dospělé, kteří nestárnou „úspěšně“. Tím je vytvářena dvouúrovňová hierarchie - na ty, kteří stárnou dobře, a ty, kteří ne.

Jde tedy o normativní model, který je spojen se specifickými představami individualistické osobnosti, které jsou v Severní Americe oceňovány - ať už se jedná o důraz na nezávislost, produktivitu, sebeobsluhu či „individuální já jako projekt“.

Kulturní antropoložka Sarah Lambová, jejímž osobním příběhem jsem tuto kapitolu zahájila, k tomu uvádí: „už několik let jsem chtěla prostřednictvím pohledu kulturní antropologie kriticky prozkoumat projekt úspěšného stárnutí; moje vlastní zkušenost s rakovinou mi poskytla jinou perspektivu a vhled. Začala jsem s terénním výzkumem mezi seniory v USA a zjistila, že pocit zahanbení rozhodně nepředstavuje unikátní zkušenost. Setkalo se s ním mnoho seniorů v momentě, kdy začali čelit křehkosti stáří, a to ať už se jednalo o rakovinu, Parkinsonovu chorobu nebo nutnost používat hůl či chodítka“ (Lamb 2017: xiii).

Lambová dává do kontrastu postoje amerických seniorů s tím, co zažívala při svých terénních výzkumech v Indii. A konstatuje, že: „[...] cílem následujícího sborníku není zahrnout všechny převládající projekty úspěšného stárnutí – které jsou pro mnoho jednotlivců, vlád a organizací veřejného zdraví inspirativní, posilující a zábavné. (Být zdravý v jakékoli fázi života zajišťuje lepší pocit a stojí méně.) [...] sborník pomáhá rozpoznat pozitivní i negativní prvky hnutí za úspěšné stárnutí a prozkoumat jeho fascinující povahu jako hlavního kulturního hnutí a směřování v oblasti veřejného zdraví. [...] Sborník zdůrazňuje různé perspektivy seniorů na celém světě [...] a nabízí tak bohaté alternativní vize k současnému severoamerickému důrazu na snahu se stárnutí vyhnout“ (Lamb 2017: xiii – xiv).

Kolektiv hongkongských autorů (Cheng et al. 2015: 339 – 340) uvádí, že koncept úspěšného stárnutí v Asii nezakořenil, protože „anti–aging optimismus“, ze kterého vychází, není v souladu s asijskými hodnotami harmonie, sebe-přijetí i přijetí osudu. Zdejší mentalitě je daleko bližší akceptace nemocí a úpadku a nalezení klidu a vyrovnanosti bez ohledu na ně.

Obdobné postoje popisuje i Lambová v souvislosti s výzkumem realizovaným v Indii a s podobným pojetím stárnutí jsem se setkávala i při svém terénním výzkumu v Indonésii. Nejde přitom v žádném případě o odmítnutí myšlenky péče o fyzické či psychické zdraví či principu dlouhověkosti jako takového (ty mají naopak v Asii dlouhou tradici). Rozdíl je spíše v tom, jak

je stáří v jednotlivých kulturách přijímáno. Chengová a její kolegyně zastávají obdobný názor jako Lambová, a sice že americký přístup (v současné době celosvětově propagovaný) je více motivován snahou stárnutí eliminovat než respektovat ho v jeho „přirozené“ podobě.

2.3 Česká republika a aktivní stárnutí

V českém prostředí prezentuje podobné myšlenky např. Jaroslava Hasmanová Marhánková. Hasmanová Marhánková konstatuje, že „aktivní stárnutí“¹⁶ se v ČR stává univerzální odpovědí politiků na demografické změny (což se podle autorky projevuje mj. i v podobě udělovaných dotací a grantů) a následně pak více či méně ovlivňuje chování / rétoriku / metodiky mnoha institucí a organizací, které v oblasti služeb určených pro seniory působí. Hasmanová Marhánková v tomto kontextu upozorňuje na:

- riziko **zneviditelňování** existence **čtvrtého věku**,
- to, že **odpovědnost je přenášena** ze státu **na jednotlivce**,
- **stigmatizaci „stárnutí“ na celospolečenské úrovni** (negativní konotace spojené původně se stářím obecně se přesouvají na ty, kteří nestárnou „dobře“ - tj. nejsou aktivní, dostatečně odpovědní...).

Na konkrétních příkladech dokumentuje, jak tento přístup (vycházející z hodnot střední třídy liberálně-kapitalistické společnosti) vytváří pro různé typy občanů různé trajektorie stárnutí a tím vede k novým typům vyloučení (určitou roli zde hraje i gender - např. starší muži bývají vnímáni jako primárně pasivní a subtilními mechanismy dochází k jejich vyčleňování z určitých typů aktivit). Podle autorky je toto nálepkování o to nebezpečnější, že je nevědomé, probíhá často v dobré víře a jako součást aktivit / služeb, které jsou pro určitou část seniorů skutečně prospěšné. Zvnitřnění výše uvedených hodnot má negativní dopad na život seniorů v případě nemožnosti pokračování v životním stylu, který byl po dlouhou dobu zdrojem jejich sebevědomí a pozitivních představ o sobě (Hasmanová Marhánková 2013).

Na diskurzy úspěšného či aktivního stárnutí navazuje nově i trend, který odmítá vnímat stáří jako danost, ale snaží se ho klasifikovat jako nemoc, kterou (údajně) v nejbližší budoucnosti dokážeme vyléčit (Sinclair 2019). Jakkoli motivy některých výzkumníků mohou

¹⁶ Koncept aktivního i úspěšného stárnutí vychází ze stejných kořenů. Pojem „úspěšné stárnutí“ je více rozšířen v severní Americe, pojem „aktivní stárnutí“ v Evropě.

být vedeny těmi nejlepšími úmysly, otevírají pole pro nové etické otázky a nové typy nerovností (více viz kapitola Stáří jako nemoc).

2.4 Stáří z pohledu české veřejnosti

„Pro mladé je zlomem ve vztahu k věku číslo, kdežto starší vědí, že starý je ten, kdo se tak cítí“

Lucie Vidovičová (Vavroň 2019).

Podle čeho poznáme, že jsme staří?

Průzkum, který pro poradenský portál www.neztratitsevestari.cz realizovala společnost Rondo data¹⁷, víceméně potvrzuje výrok Lucie Vidovičové. Většina dotazovaných potvrdila, že se při vnímání stáří řídí chronologickým věkem (56 %). 35 % respondentů se domnívá, že důležitý je vnitřní pocit daného člověka, zatímco pro 9 % respondentů je důležitý vnější vzhled. Ze stejného průzkumu vyplynulo, že podle představy mladých začíná stáří v pětapadesáti letech (Sue Ryder 2018).

V rámci vlastního kvalitativního výzkumu jsem se rovněž pokusila analyzovat názory respondentů na definici stáří, a to dvěma způsoby. S příslušníky mladší a sendvičové generace (SG) jsem realizovala dvě fokusní skupiny, se zástupci seniorů probíhaly hloubkové nestrukturované a polostrukturované rozhovory. Zároveň jsem informace čerpala i z příspěvků zveřejněných v sociálních médiích.

2.4.1 Kvalitativní výzkum & stáří – mladší a střední generace

V rámci realizovaných fokusních skupin se ukázalo, že zatímco u SG převažovaly o stáří negativní představy, mladší dospělí popisovali stáří jako období, kdy si člověk zaslouženě užívá (projekce vlastní vitality do pozdějšího období). Přestože i u této skupiny se objevily obavy z nemocí, ztráty soběstačnosti i finanční nezávislosti, celkově převažovaly pozitivní asociace a představa stáří jako období, kdy má člověk konečně klid a čas na rodinu, koníčky i cestování.

¹⁷ Na přípravě dotazníkového šetření jsem měla možnost se aktivně podílet, nemohla jsem už ale ovlivnit finální podobu dotazníku. Po skončení šetření jsem měla po k dispozici agregované výsledky, nikoli nekódovaná data.

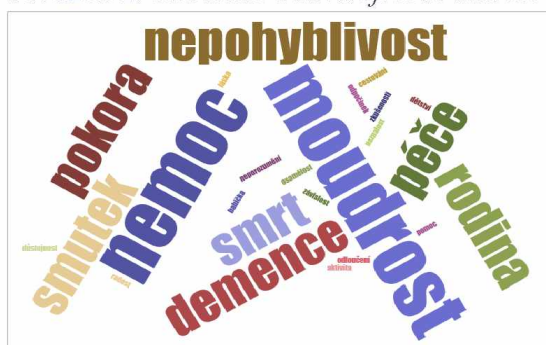
Obrázek 1: Asociace související se stářím - mladší dospělí



N = 9, zdroj: autorka; pozn.: velikost slov na obrázku odpovídá jejich četnosti¹⁸

SG viděla stáří spíše jako období docházejících sil a případné bezmoci. Tato představa vycházela zejména z vlastních zkušeností nebo ze zkušeností bezprostředního okolí. Nejčastěji použitá slova u této skupiny byla: „nemoc“, „nepohyblivost“ či „potřeba péče“, respondenti ale rovněž akcentovali pozitivní aspekty stáří jako moudrost, schopnost pokory či roli prarodičů jako obohacení pro rodinné vztahy. Skeptičtější přitom byly ženy častěji než muži, což pravděpodobně vyplývá z jejich častější zkušenosti s rolí primárního pečovatele.

Obrázek 2: Asociace související se stářím – sendvičová generace



N = 9, zdroj: autorka; pozn.: velikost slov na obrázku odpovídá jejich četnosti¹⁹

V úhrnu za celou skupinu (u obou fokusních skupin) převažovaly spíše negativní konotace. V tomto kontextu je zajímavé srovnání s výše uvedeným kvantitativním průzkumem. Většina respondentů kvantitativního průzkumu do 65 let odpověděla, že podle jejich názoru jsou senioři v ČR spíše nebo úplně nespokojení (68 % odpovědí). Samotní senioři však byli

¹⁸ podobná slova byla kvůli názornosti sloučena do stejných kategorií (např. závislost, nesamostatnost a nesoběstačnost byly všechny zahrnuty pod zastřešující pojem „nesoběstačnost“)

¹⁹ podobná slova byla kvůli názornosti sloučena do stejných kategorií

podstatně méně skeptičtí. 69 % respondentů seniorského věku uvedlo, že si stáří užívají, nebo se cítí stejně jako v mladším věku (Sue Ryder 2018). Tento výsledek koresponduje jak se závěry některých studií, které ukazují, že jednou z nejspokojenějších skupin obyvatel jsou právě senioři (Křivohlavý 2011, Rauch 2019²⁰ a další - a to mnohdy až v pozdějším seniorském věku), tak se závěry realizovaného kvalitativního výzkumu. SG měla ze stáří větší obavy než samotní senioři, jak ukazuje i Obrázek 3 v následující kapitole.

2.4.2 Kvalitativní výzkum & stáří – senioři

Vzhledem k tomu, že mapování asociací u seniorů proběhlo jinou metodou – pomocí nestrukturovaných rozhovorů s následným kódováním – nejsou výsledky zcela srovnatelné a slouží pouze pro dokreslení. Ilustrují ale vyváženější pohled, který byl u seniorů ve srovnání se sendvičovou generací daleko častější.

U seniorů třetího věku celkově převažovala spokojenost s aktuálním stavem, zaznívaly ale obavy ze zhoršení zdraví²¹, omezení hybnosti a s tím (u některých) související nutností řešit změnu bydlení²². Senioři odkázaní na péči jiných akcentovali zejména důležitost rodinných vztahů a bezpečné zázemí (ať už doma či v domově pro seniory). Obě skupiny shodně zdůrazňovaly důležitost nepoddat se potížím a zůstat aktivní – i když pro obě skupiny měla aktivita jinou podobu.

U seniorů odkázaných na péči - v případě, že zmínili některé negativní aspekty života - se v nějaké fázi rozhovoru objevovala potřeba přerámovat celkový kontext výroky typu: „ale celkově si nemůžu ztěžovat, mládí je prostě pryč a tělo občas bolí, ale to je prostě součást života“.

Zatímco u sendvičové generace se mezi asociacemi několikrát spontánně objevila „smrt“, senioři ji (až na jednu výjimku) mezi prvními pojmy, které si v souvislosti se stářím

²⁰ Rauchem prezentované analýzy ale uvádějí, že tato situace se v jednotlivých zemích liší. V zemích s vysokým indexem štěstí (např. Dánsko a Skandinávie obecně) po „krizi středního věku“ následuje „U“ křivka, která se rychle zvedá a dosahuje vysokých hodnot až do poměrně vysokého věku, kdy začne stagnovat pod vlivem zhoršujícího se zdraví. V některých zemích, jako je např. Rusko, tento trend ale nenastává.

²¹ Zajímavé bylo, že i když všechny generace mluvily o zdraví a nemoci, u mladších dospělých a SG častěji zazníval pojem „nemoc“, senioři spíše mluvili o důležitosti uchování zdraví. Podobná tendence se objevovala i u dalších pojmů. Tento rozdíl ale může být způsoben i odlišnými metodami zjišťování informací.

²² V následujícím obrázku je pojem zarámován pod zastřešující termín „zázemí“.

vybavili, neuváděli. A to ani v případech, kdy další rozhovor ukazoval na jejich smířenost s vlastní smrtelností.

Obrázek 3: Asociace související se stářím – senioři



$N = 7$, zdroj: autorka; pozn.: velikost slov na obrázku odpovídá jejich četnosti²³

Výše zmíněný kvantitativní průzkum zjišťoval, podle čeho identifikujeme někoho jako „starého“. Zajímalo mě proto i kde (a jak) hranici mezi středním věkem a stářím vidí sami příslušníci starší generace. Pro tuto část výzkumu jsem využila kromě rozhovorů i výroky uvedené v sociálních médiích.

Mezi časté odpovědi patřil názor, že důležitý je **postoj člověka** (odpovídá tvrzení, že se jedná o člověka, který se starý cítí):

Stáří začne tehdy, až si to budu sama o sobě myslet [...] není to o věku, ale o postojích v životě, o motivaci k životu. (žena, 70+)

[...] myslí to stárnutí začíná. Mladá mysl není ovšem moudrá mysl. Moudrá mysl naproti tomu zůstává mladá, pokud se neuzavře do rigidity. Chce to stále se učit novým věcem a pohyb. Bez pohybu umíráme. (muž)

[...] starý jste, kdy se vám nechce z domova, že se musíte zase obléknout, ... když jen na vše nadáváte... Nikdy nejste starý v každém věku, když máte chuť stále tvořit, být ve společnosti lidí, pro které není nic problém, a máte radost ze setkání s těmi, kdo vás mají rádi a vy je [...] (žena)

Moje pratchýně (zemřela v devadesáti osmi) říkala, že do devadesátky to ještě šlo, ale po té devadesátce to nestojí za nic. Asi do těch devadesáti si chodila s kočárkem pro obědy cca dva kilometry. Pak jí přestaly sloužit nohy. Hlavu měla v pořádku až do konce. Vůbec na nic si nenaříkala, byla taková statečná. [...] (žena)

²³ podobná slova byla kvůli názornosti sloučena do stejných kategorií

Výpovědi seniorů potvrzovali i citát z úvodu kapitoly – starší lidé více vnímali relativnost **chronologického věku** a to, že „číslo“ často neodpovídá jejich vlastní percepci stáří:

Mně je šedesát sedm a cítím se stále mladší. Někdy je to na sedmdesát - hlavně po ránu - ale jinak věk neřeším, na co! (žena, 65+)

V šedesáti dvou letech si připadám jako střední věk a staří mi přijdou lidi tak kolem devadesátky. Až mi bude tolik, holt se střední věk posune. Ale musím říct, jak mi skoro všichni lidi připadají hrozně mladí, děti, kam člověk pohlédne (smích). (žena, 60+)

Já jsem v sedmdesáti holka. Přece si nebudem říkat babko a dědku. I když se přistihnem, jak klidně řeknem "nějaká padesátiletá bába" [...] (žena, 70+)

Senioři ovšem často akcentovali i **vliv společnosti** na definici toho, kdy stáří začíná a „jak by mělo vypadat“:

To společnost diktuje, že od nějakýho věku jsme trapný, když se nějak oblékáme, nějakým způsobem tancujeme, blbneme atd. Když si představím, jak mi to rychle uteklo a teď to utíká mnohanásobně rychleji, než se otočím, tak stovka? ☺ ... takže pro mne už o dvacet let starší nejsou starý, jen jim to rychle uteklo. Mám spoustu super přítelkyň kolem sedmdesátky a vyblbnem se víc, než s kdejakou mnohem mladší. (žena)

[...] to společnost nám dává pocit, že nejsme dost mladý [...] V určitých situacích. A to už i v podle mě dost mladém věku, kolem čtyřiceti let. (žena, 60+)

Hlavně vtipný, že fakt dokud neřeknu věk, tak i o deset let mladší si myslej, že jsem mladší jak oni a dle toho se mnou komunikují, Pak čučí. (žena)

Existují dva pohledy a to jak se dotyčný sám cítí a jak ho vidí jeho okolí, ve kterém se pohybuje. Potom též záleží i na tom, do jaké míry dotyčný akceptuje, kam ho okolí včetně lékařské péče přiřazuje a jak tomuto stárnutí dokáže vzdorovat. V zaměstnání může být přelomovým věkem padesát pět plus a u lékaře potom rok narození [...] (muž)

Zajímavé bylo, že **ženy často spojovaly stáří se změnou vzhledu, muži spíše s atraktivitou pro opačné pohlaví či výkonem:**

Důležitá je mladá mysl a po šedesátce se koukat do zrcadla zásadně bez brýlí (smích). (žena, 60+)

[...] cítím se často postupně mladší, ale pomačkaná a oteklá z pelechů, tak to trvá dýl, než se to srovná..., to si připadám na sto, jinak si připadám i na dvacet, duchem i na míň [...] (žena)

No, když mě začaly mladý holky zdravit, no dobře. Když mi mladá holka nabídla místo v šalině, no dobře. Ale že mě včera pouštěla sednout pěkná tak pětatřicítka, tak to už asi jsem starý [...] (muž)

Dokud je člověk zdrav a při síle, je stáří stav mysli. Když přijde nemoc a začnou ubývat fyzické síly, kalendář ani stav mysli s tím moc nenadělají. Snad mají některé nemoci původ v psychice,

takže se jim dá dobrou myslí předejit nebo je o pár let oddálit. S dobrou náladou a odhodláním se dají nemoci a další potíže i lépe snášet. Ale pokud fyzický výkon nezadržitelně klesá, skolí vás infarkt, přepadne vás Alzheimer nebo cukrovka, moc s tím nenaděláte. Stáří prostě začíná, když už mladým nestačíte.

S prodlužováním věku odchodu do důchodu je to stále více vidět i na pracovištích, že starší ročníky mladým nestačí, i když se sebevíc snaží. Hlavně je to poznat u fyzicky namáhavé práce, u pásu nebo kde se dělá na normu, případně se vyžaduje hodně přesčasových hodin. Ale pomaleji se učí i práce u počítače nebo cizí jazyky. Starší lidé také hůř zvládají cestování, například dlouhé cesty po dálnici. Každý už nevydrží řídit auto 600 km bez zastávky. (muž)

Jednoznačně nejčastější ale byly odpovědi, které zmiňovaly **souvislost stáří a zdraví** (resp. jeho zhoršení) a **limity stárnoucího těla**:

Stáří je neúprosný. Když je člověk zdravý, může mu být třeba devadesát a je to cajk, ale nemocný se cítí mizerně i v padesáti a pak ani mysl nemůže byt dvakrát veselá. Ale jinak kámen co letí, neobrustá mechem ☺. (muž)

Je hezké být mladý duchem, ale bohužel čas od času vám tělo připomene, že některé věci pro vás už bohužel skončily. S tím člověk nic nenadělá. (muž, 70+)

Já říkám, že od padesátky hlava myslí na třicet, ale tělesná schránka nestačí. Ted' mně klepe sedumdesátka na dveře a nějak se s tím nemůžu srovnat. (žena, 65+)

Podle mne stáří začíná tehdy, když musíme opustit námi milovaný životní styl, rytmus. Když nám dochází síly. Když nás přemohou nemoci, stáváme se závislími na pomoci blízkých. Věk je jen číslo. (žena)

Každé tělo stárne, ale nesmíte si to připouštět. Nejlepší lék jsou na to pravnoučata. Já jsem nikdy nenachodila tolik kilometrů jako s kočárkem. Už se zase těším, za několik dní bude na světě čtvrté pravnouče a já jak to půjde, hned vyjedu. Hlavně, aby mi sloužilo zdravíčko. (žena)

[...] plno věcí pro nás skončilo, je ale třeba trošku se vynasnažit chápat to. I když já se v současnosti cítím na 150 a náladu mám taky pod psa. To blbé tělo nedá pokoj a skoro pořád mě sráží do bláta. Je to blbec. (žena)

Toto téma bude detailněji pojednáno v kapitole Stáří a tělo.

2.5 Pojetí stáří a stárnutí – shrnutí

„[...] téma stáří je především existenciální. Záleží na uchopení života, na tom, žít ho, jak to v tu chvíli jde, [...] Jiná věc je samozřejmě krutá, nezvládnutelná bolest“
Zdeněk Kalvach (Hromádková 2020).

V odborné literatuře i každodenní realitě se setkáváme se dvěma způsoby pojetí pojmu stáří. První více pracuje s **chronologickým věkem**. Lucie Vidovičová tento postoj přičítá spíše mladší generaci a zároveň se domnívá, že chronologický věk v naší společnosti slouží k

„operacionalizaci“ pojmu stáří. V poslední době se stále častěji setkáváme i s členěním stáří na dílčí etapy (opět nejčastěji podle chronologického věku).

Oproti tomu geriatři či další odborníci zabývající se stárnutím apelují na používání **vícekriteriální definice stáří**. Tento pohled je podle Vidovičové zároveň bližší tomu, jak stáří vnímají senioři na základě vlastní zkušenosti.

Závěry mého výzkumu výše uvedené potvrzují s tím, že zatímco z médií můžeme často získat dojem, jako by senioři byli jakási homogenní skupina, která má své „typické reprezentanty“, při analýze odpovědí vidíme daleko pestřejší obrázek. Ten reflektuje nejen osobní podmínky daného jednotlivce, ale i jeho systém hodnot a přesvědčení.

Mezi odbornou veřejností, v oficiálních dokumentech i médiích je patrný jednoznačný **příklon k diskurzu aktivního stárnutí**. Ten na jednu stranu vytváří protiváhu k negativním stereotypům, které byly (a stále jsou) se stářím spojovány, na druhou ale nastavuje (mnohdy) nerealistická očekávání a vede tak často u seniorů k frustraci a pocitům selhání.

I když jsem to v předchozím textu neakcentovala, v rámci mého výzkumu se jednoznačně potvrzovalo, že **u většiny respondentů došlo ke zvnitřnění diskurzu aktivního stárnutí**. Mnohé výroky tak měly značně hodnotící charakter (disciplinace těla byla často vnímána jako znak „morální nadřazenosti“). Objevovaly se ale i názory, které „hnutí SENSEN“²⁴ odmítaly jako „pokrytecké“ a popírající realitu.

Zajímavé bylo, že **nejvíce negativních konotací** se v souvislosti se stářím objevovalo **u sandvičové generace**. Tato generace je zároveň i tou, která nejčastěji nastavuje parametry pro systém péče o seniory a její představy o stáří se tak do systémů péče podstatným způsobem otiskují.

Tak jako s větším rozšířením paradigmatu úspěšného stárnutí v USA lze sledovat i rostoucí protitlak a zvyšující se snahu o rozvíjení alternativních přístupů ke stárnutí, dá se očekávat, že i v české společnosti bude kritika diskurzu aktivního stárnutí nabírat na síle a

²⁴ Oficiální zkratka organizace Senzační senioři při Nadaci Charty 77, která díky svému zaměření a aktivitám pro některé respondenty výzkumu představovala synonymum pro diskurz aktivního stárnutí.

různé skupiny stávajících i budoucích seniorů pro sebe budou hledat alternativní konceptualizace stárnutí.

3 Zdraví, nemoc a tělo ve stáří

3.1 Kultury, těla a osobnost

„Klinická medicína se stále více spoléhá na čísla, různá skóre a skeny, které jsou generovány diagnostickými testy a postupy. Ty umožňují stále přesnější interpretaci chorob a tělesné kondice. Lékaři, pacienti a veřejnost se učí chápat, co znamená zdraví a nemoc právě na základě těchto testů a výsledků. [...] Měření krevního tlaku a cholesterolu [...], nálezy mamografů a CT, stadia rakoviny, počet bílých krvinek, skóre funkce jater apod. se pro nás staly reprezentacemi rozsahu nemoci, úrovně zdraví i míry rizika, a to reprezentacemi, kterým přikládáme značný význam“
(Kaufman 2015: 34 – 35).

Zdraví a nemoc mohou působit jako pojmy, na jejichž významu se snadno shodneme. Jenže přístup k vlastnímu tělu, zdraví či nemocem vychází z předpokladů, které si naše kultura vytváří o tom, co je vlastně lidská bytost. Tyto předpoklady jsou úzce svázány s vírou, etikou a morálkou a zasahují do všech dimenzí každodenního života.

Podle Poola a Geisslera (2011) představa jednotlivce jako nedělitelného a autonomního celku, s vlastní samostatnou myslí a tělem (tak jak ji známe z biomedicíny či obecného povědomí), není ničím jiným než kulturním konstruktem. Různé představy, které si spojujeme s „osobností“, pak vedou k různým znalostem těla, jeho prožívání i různým tělesným praktikám.

Podle týchž autorů je v našem kulturním okruhu v tradičním pojetí u zdravé osobnosti mysl nadřazena tělu a řídí ho. Starost o tělo zahrnuje jeho sebedisciplinaci. Vztah mezi osobností, tělem a zdravím založený na zdůraznění individuality však není univerzální zkušeností. V některých kulturách je daleko běžnější představa tzv. „kompozitní osobnosti“. Ta je daleko otevřenější vnějším vlivům. Zdravé osoby a těla by v těchto kulturách měla být porézní, vzájemně se prostupující s okolím (spíše než ohraničená, jak je známe z naší kultury). Léky jsou zde používány za účelem „otevření“ těla nebo zachování jeho přirozené otevřenosti vůči ostatním. V těchto typech kosmologií představa o kontinuitě nebo přesahu mezi osobami (včetně neviditelných, mrtvých a chybějících osob i věcí, které jsou považovány za osoby) tvoří základ osobnosti a představ o nemoci a léčbě. Léčebné postupy jsou zde proto zaměřeny mj. na udržování dobrých vztahů s těmito „agenty“ a prostředím (např. prostřednictvím reakce na

požadavky zemřelých, harmonizací a zklidnění „červů“ (*worms*) či přesunutím nemoci na někoho jiného)²⁵ (Pool & Geissler 2011).

Pro analýzu nemocí a jejich léčby v různých typech společností proto antropologie hledá vlastní nástroje. V rámci medicínské antropologie je nástrojem pro zkoumání vzájemných vztahů společnosti, těla a člověka v nemoci i ve zdraví **habitus**, který je definován jako vtělené dispozice, které utvářejí a vymezují sociální praxi; tento koncept pomáhá propojit sociální struktury mimo osobu s osobní agency a vůlí, které tvoří vnitřní součást osobnosti (Bourdieu 1977).

V medicínské antropologii je pojem „individuum“ chápán jako specifický konstrukt člověka, který zdůrazňuje autonomii, odloučenost a nezávislost – a je tak v kontrastu s výše zmiňovanou „kompozitní osobností“ (Pool & Geissler 2011).

3.2 Zdraví a nemoc v antropologii

Antropologové obecně vidí „zdraví“ jako široký konstrukt, sestávající z fyzického, psychologického a společenského „well-being“, zahrnující i schopnost funkčním způsobem zastávat sociálně významné role. Tento typ pojetí zdraví je napříč kulturami mnohem lépe použitelný než definice, ve které zdraví představuje absenci nemoci (což technicky obvykle znamená biomedicínsky měřitelnou anatomickou nebo fyziologickou nepravidelnost či odlišnost). Nemoc je kulturně strukturovaná a zahrnuje osobní zkušenost, kdy se člověk necítí dobře a zakouší utrpení. Cílem většiny lidí, kteří vyhledají léčku, je odstranění utrpení (Ember & Ember 2004).

„Nemoc“ může v různých kulturách odkazovat na široké spektrum podmínek. V některých kulturách je omezena na somatické zážitky; v jiných zahrnuje duševní dysfunkci; v dalších zahrnuje i utrpení způsobené neštěstím. Sociální, somatické, emocionální a kognitivní potíže často nejsou odděleny, ale jsou propojeny v jeden celek (Winkelman 2013).

²⁵ Paradoxní je, že až nejnovější vědecké poznatky (např. z oblasti mikrobiomu) nabourávají dosavadní pohled vědecké medicíny vč. psychiatrie na západní dichotomii těla a mysli i pohled na strukturu osobnosti (Jacka 2019, Anderson & al. 2019, Maté 2019 a další) a v jistých ohledech nás přibližují právě pojetí kompozitní osobnosti.

Ember & Ember uvádí, že velká část medicínské antropologie se zaměřuje na to, co lidé dělají, když onemocní - což do značné míry souvisí s tím, jak chápou příčiny nemoci. Lékařské systémy obecně zahrnují různorodou řadu praktiků, jako jsou bylinkáři, chemici, chirurgové, fyzioterapeuti, porodní asistentky, čarodějové, kněží a šamani. V rámci jakéhokoli zdravotnického systému dané kulturní skupiny se může působení různých odborníků - a jejich chápání toho, jak je zdraví produkováno, udržováno a ohrožováno - překrývat. Pluralitní systém (sestavující ze dvou nebo více odlišných zdravotnických systémů) může přinášet konkurenci, kde každá strana tvrdí, že je schopna naplnit stejné potřeby, i když jiným způsobem. Dělení napříč společnostmi obvykle není ve stylu „všechno nebo nic“; může existovat kontinuum a některé systémy jsou pluralističtější než jiné (2004: xiii – 10).

3.3 Zdraví a nemoc v globalizovaném světě

Šamanské vidění, že lidé jsou obsazováni duchy nemocí, je přesné. Tady můžeme být v souladu s tím, že každá nemoc se nejdříve projeví v duchovním světě. Také proto do něj šamanky a šamani chodí. Co to vlastně ten duchovní svět je a jak se do něj můžeme dostat? Příliš jsme se stali součástí popisu a nechali se ovládnout jeho duchy. Stali jsme se součástí nemoci na duchovní rovině.

Pokud jsme svému učení věrní a ve vnitřním souladu, přijde čas a budeme vyzváni k jeho léčení. Poznáme to i tak, že si jednoho dne uvědomíme, že už se "to" děje, že "to" je ta naše proměna, a že vlastně léčíme jen naše činy. To je jeden z momentů, kdy se nám duch učení ukazuje jako vůdce. Naše pokora a služba nás tam dovedly. Říká se tomu, jít k srdci učení.

Ten nejkrásnější pocit, který můžeme zažít, je zdraví ve všech jeho podobách. Každý, kdo se potkal s jeho ohrožením nebo ztrátou to může pochopit.“

Vladimír Václavěk, uveřejněno na FB autora dne 25. 4. 2020

Česká republika je z pohledu etnik stále poměrně homogenní společností. Proto občas podléháme iluzi, že proto, že s námi někdo sdílí geograficky stejný časoprostor, máme stejné porozumění základním pojmům. Zdá se, že v USA či Kanadě, kde již pracovníci domovů pro seniory byli konfrontováni s velmi různými výklady světa svých klientů (pocházejících původně z nejrůznějších koutů světa), jsou minimálně v teoretické rovině daleko lépe připraveni na jejich specifické požadavky ohledně péče ve stáří a nemoci.

Když jsem prováděla terénní výzkum v Indonésii, zaujala mě konceptualizace stařecké demence jako období přechodu mezi našim světem a světem duchů. Bylo zajímavé sledovat kulturní „náráz“ Australanů, kteří žijí na Bali celá desetiletí, v období, kdy se ve stáří setkají (z pozice pečujícího o svého blízkého) s nastupující Alzheimerovou chorobou. Jejich snaha získat od lokálního zdravotního systému stejný přístup a péči, které by se jim dostalo v jejich rodné

zemi, je předem odsouzena k neúspěchu. K frustraci ze samotné péče (která je extrémně náročná) přibývá i frustrace z neočekávaných a nepochopitelných reakcí okolí (vč. balijských lékařů).

Jenže jak naznačuje výše uvedený citát Vladimíra Václavka²⁶, fyzické prolínání různých kultur není jediný způsob, kterým dochází ke střetu různých habitů. V současnosti může být systém našich osobních přesvědčení v daleko větší míře formován a ovlivňován globální komunitou (spíše než komunitou fyzickou²⁷). Není proto výjimkou, že se u vrstevníků, kteří vyrostli i zestárli ve stejném městě, můžeme setkat s nejrůznějšími představami o původu nemoci a její léčby. Nemocnice či domovy pro seniory tak mohou být pro některé starší osoby místem setkání s neradostnou skutečností, že personál či „spolubydlící“ si jejich stav vykládají odlišně než oni sami. To, že toto setkání často probíhá za situace, kdy je člověk oslaben nemocí či celkovým zhoršením zdravotního stavu, činí tento typ konfrontace o to bolestnější.

Je proto užitečné, aby si tuto skutečnost uvědomovali minimálně pracovníci sociálních a zdravotních služeb. Jak uvádí Matěj Lejsal, ředitel Domova Sue Ryder: „Profesionální péče o druhého člověka, který je závislý na pomoci, není to samé, co je řada lidí zvyklá dělat doma s jistou samozřejmostí. Je to profese, ve které musíte porozumět a respektovat hodnoty, zvyklosti a rozhodnutí člověka, o kterého pečujete. Ty mohou být zcela odlišné od vašich, [...]“ (Lejsal 2019).

V běžném životě jsme schopni rozčilovat se kvůli odlišnému názoru našich blízkých na politiku či řešení konkrétní situace. Jen málokdy se zamýšlíme nad tím, že institucionalizovaná péče ve stáří s sebou přináší na straně klientů nutnost snášet daleko větší názorové rozdíly na daleko širší spektrum oblastí - a to jak od dalších obyvatel domova, tak ošetřovatelů či zdravotníků.

3.4 Stáří jako nemoc

Zážitky s péčí o blízkého člověka v poslední fázi života bezesporu ovlivňují lidské životy. Harvardský profesor David Sinclair přiznává, že proměna jeho babičky (která pro něj byla

²⁶ kterému bylo v době psaní diplomové práce 61 let, takže měl k „seniorskému věku“ velmi blízko

²⁷ detailněji se tomuto tématu věnuje např. Zygmunt Bauman (Bauman 2013 + 2017)

velkým vzorem) ve stáří i přítomnost při umírání matky v poměrně mladém věku, byly významnými motivy, proč se začal věnovat výzkumu stárnutí. Dnes je Sinclair znám jako jeden z významných propagátorů přístupu, že stáří by mělo být klasifikováno jako nemoc, která bude standardně zařazena v kódech zdravotních pojišťoven. A dle jeho slov v některých zemích (např. Austrálii) není k tomuto kroku daleko. Sinclair vychází jak z vlastního výzkumu, tak výzkumu svých kolegů ze špičkových laboratoří po celém světě a jeho výroky často působí jako sci-fi. Údajně nejsme daleko stavu, kdy mladí lidé budou moci dostat vakcínu, která při prvních náznacích stárnutí spustí reverzní procesy, které nástup stáří oddálí. Předpovídá svět, kdy 120 let bude nová norma a 150 ne nerealistický cíl pro mnohé (Sinclair 2019).

Bez ohledu na to, co si o Sinclairových vizích myslíme, je zjevné, že oddálení stárnutí je aktuálně velmi podporované odvětví vědy, výzkumu i vítaná příležitost pro mnohé podnikatele a investory. Množství literatury, která v této oblasti vychází (a obratem se zařazuje mezi bestsellery) je fascinující; o dalších produktech ani nemluvě. Coughlin (2017) upozorňuje na tržní potenciál seniorů (podle jeho údajů dospělí ve věku 30 - 44 utratí ve vyspělých zemích v průměru 29,5 tis. dolarů, zatímco senioři 39 tis. dolarů). Na příkladu Japonska dokládá, jak se se stárnutím obyvatelstva mění nákupní vzorce. V USA se generace „babyboomers“ ani zdaleka nespokojí s nevábně vyhlížejícími předměty pro seniory, které byly dodávány v jednotném designu i barvě generacím předchozím. I když s tímto trendem přichází v mnoha oblastech skutečné zlepšení života seniorů (např. jednodušší otevíratelnost nádob s potravinami je jen jeden z mnoha příkladů, které odpovídají na reálné potřeby seniorů, a které jim v minulosti komplikovaly život doma v pokročilejším věku), je zřejmé, že tento trend s sebou přináší nové nerovnosti.

Ty podle některých autorů budou mnohem větší než ty minulé (např. Harari 2017). Ze zdraví, dlouhého života ve zdraví, vylepšených kognitivních schopností i osobnostních rysů se tak nově stává tržní komodita dostupná pouze některým. V USA i na dalších místech světa můžeme sledovat první jedince, kteří tvrdí, že s pomocí „biohackingu“ a dalších metod a přístupů již nastoupili cestu, jak se stát „superčlověkem“ a věří, že mohou své vrstevníky přežít o desetiletí v perfektní kondici (např. Asprey 2019). Individualizovaná medicína našla své místo i v ČR a i konzervativně smýšlející lékaři přiznávají, že kvalita našeho života ve stáří bude více a více ovlivňována finančními prostředky, které budeme mít k dispozici pro investici do vlastního zdraví. Tyto nové nerovnosti jsou dobře patrné i z mého výzkumu.

3.5 Jak si udržet zdraví?

Různé přístupy českých seniorů a příslušníků sendvičové generace

Otázka zdravého životního stylu je bezesporu natolik komplexní, že se na stránkách své práce nechci pouštět do žádné obšírnější diskuse. Vzhledem k tomu, že souvislost mezi zdravím a dobrým stárnutím v rozhovorech zmiňovali téměř všichni senioři i příslušníci sendvičové generace, zajímalo mě, co pro udržení zdraví dělají jednotliví respondenti.

Ohledně přístupu k vlastnímu zdraví měli respondenti poměrně jasno. Odlišné názory a postoje v rámci rodiny byly ale zdrojem četných konfliktů - zejména v případě, kdy senioři (ať už objektivně nebo dle pocitu rodinných příslušníků) potřebovali nějakou formu péče:

Dnes jsem šla z mamkou (osmdesát let) k doktorce na kontrolu cukru. Byla naštvaná, že jdu s ní - a pak jsem zjistila proč. Přibrala a na dotaz doktorky, jak je to možné, odpověděla, že byla karanténa a musela být doma. Vyvrátila jsem to a řekla doktorce, že je líná chodit a hýbat se. Měla sepsat, jak se stravuje - zase jen lži, tak jsem též dala info pravdivé. [...] má špatnou funkci ledvin, léky jí už nemůže přidat, no a hrozí inzulin. Na toto mamka mávla rukou. Musí zhubnout. Šly jsme do města a hned u stánku si koupila sekanou, huspeninu, já ji říkám - tohle je dieta, co ti říkala doktorka? - a ona - dejte mi už obě pokoj, já se o vás taky nestarám (žena)

Někteří rodinní příslušníci prezentovali jiný pohled:

[...] mám manžela, 84 let, diabetika na inzulinu, po slabé mozkové mrtvici, s artrózou obou kolen. Také měl období, kdy se nechtěl sprchovat, chodit, potají jedl jídla, která má zakázané. Až ho postihl akutní zánět slinivky před třemi lety a skončil na ARO. Situace byla kritická. Až teprve potom mě začal poslouchat a dodržovat životosprávu. No, na nějaký čas. Dnes už zase hřeší - a potom má zažívací problémy. Doslova trpí. Je mi ho líto, ale po dohodě s lékařkou mu ty prohřešky nevyčítám. Jen mu vysvětlím, že oba víme, z čeho je mu zle. (žena, 75+)

Místo toho, abychom svým rodičům dali možnost užít si poslední okamžiky, tak je pořád nějak manipulujeme. Od určitého věku je to opravdu zbytečné. [...] Teď nám to připadá divné, ale až my budeme v tom věku, budeme chtít, aby nás děti úzkostlivě hlídaly? Nebo si raději naposledy dáme jahody se šlehačkou a čokoládou? Dieta nedieta. (žena)

Výše uvedené citace naznačují hlavní oblasti, na které se senioři i příslušníci SG v souvislosti se zdravím zaměřují - nejvíce pozornosti bylo v rozhovorech věnováno stravě a pohybu. Celkem jsem v této sekci analyzovala výroky čtrnácti seniorů a příslušníků SG ve věku 55+. Podle postoje jsem odpovědi respondentů rozdělila do následujících kategorií (kategorie jsou řazeny podle důležitosti, kterou respondenti péči o zdraví přikládali, nikoli podle četnosti odpovědí):

- **Popírači** - respondenti, jejichž odpovědi jsem zařadila do této skupiny, si uvědomovali, že jejich životní styl jim neprospívá, zároveň ale neměli chuť s tím nic

dělat. Název skupiny jsem volila podle toho, že tito lidé u lékaře obvykle (dle vlastních slov) volí strategii „popření svých prohřešků“, aby „měli klid“.

[...] Jasně že nedodržuju dietu, co mi doktor předepsal. Co bych z toho života měl? Kdybych měl dělat všechno, co mi nařizují, vůbec by mě to tady nebavilo [...] Tak si jím co chci, kdy chci, dělám, co chci. Doktorovi na kontrole trochu zalžu - a co? Je to můj život. Mám za sebou tři infarkty... na něco umřít musím a lepší trochu si užít než žít blbě a dlouho (muž, 70+)

- Nejpočetnější odpovědi spadaly do kategorie, kterou jsem si pracovně nazvala „**vyznavači hesla 'všeho s mírou'**“ - respondenti si v tomto případě uvědomovali důležitost péče o zdraví, často mluvili o tom, že se snaží „jíst s mírou“, „trochu se hýbat“; zdůrazňovali ale, že „nic se nemá přehánět“ a je třeba vyvažovat „odpírání si“ i radost ze života.

Já to moc neřeším. Snažím se se nepřejídat, trochu omezit sladkosti a tak. Pohybu mám celkem dost, trochu se musím nutit do pití. Skoro nemám žízeň, ale hlídám se. Většinou. [...] Ale abych to přeháněla, to ne. Cítím se fit, až mi něco bude, budu to řešit. Nebo taky ne, to záleží... (žena, 65+)

[...] z medicíny se stal strašnej byznys, takže dokud není nutný nechat se operovat nebo brát léky, vyhýbám se tomu. Tělo si se spoustou věcí poradí samo. [...] naštěstí mám rozumnýho doktora, se kterým se dá mluvit. Vidí, že žiju vcelku zdravě, nález se mi nezhoršuje, takže mě nechává bejt s tím, že je důležitý, abych se hlídal a s ničím to nepřeháněl - ani se sportem. Jednou ročně dojdu na všechny ty nutný prohlídky, spoustu věcí jsem přestal jíst úplně, některý si dám výjimečně - a zatím se nějak držím. (muž, 70+)

Nejsem příznivcem jednostranných diet. Nikdo na světě neprokázal - hádaj se o tom vědci a jsou o tom napsány stovky článků, ale neexistuje jednoznačný důkaz, že by jednostranná výživa - jakákoliv prostě prospěla životu [...] aby tam byla zelenina, to je hrozně důležitý a kvalitní potraviny a to je celá dieta. [...] nepřecpat se. Teď je hrozně moderní ketogenní dieta [...], ale doktor Atkins, kterej jí vymyslel, umřel někdy v padesáti na infarkt. [...] Já se budu bít za českou kuchyni. Je to vo kvantitě. Když si dáš vepřový - malej kousek, tak tam toho tuku moc není, dáš si k tomu jeden, dva knedlíky, tam teda kromě sacharidů je i vitamín B, protože je to zkvašený a dáš si tam kopy zelí, což je jedna z nejlepších potravin [...] tak dostaneš z hlediska medicínskýho úplně ideální porci. [...] Ale když to parametricky pozměníš trošku jinak... (smích). Člověk si to musí v hlavě srovnat. (muž, 60+)

- **Nadšenci a „alternativci“** - v pořadí další nejpočetnější skupinu odpovědí tvořily výroky lidí, pro které některá oblast péče o zdraví byla velmi důležitá. Nejčastěji se jednalo opět o stravování nebo pohyb - v tomto případě většinou již o konkrétní sport(y). Respondenti mi představovali spoje specifické diety, harmonogramy či tréninkové programy, které jim dle jejich představ měly zajistit dlouhověkost ve zdraví. Větší procento respondentů z této skupiny bylo přesvědčeno, že jejich přístup je ochráně před většinou chorob nebo minimálně odsune jejich nástup do pozdního

věku. U skupiny „alternativců“ šlo spíše o příklon ke stravování či praktiky typické pro jiný kulturní okruh (občas vč. odmítání určitých forem lékařské péče).

Hejbat se je strašně důležitý. Jezdíme na kola, na běžky, se sjezdovkama už jsme loni přestali, ale chodíme víc do fitka a plavat [...] Pořád můžeme něco dělat. Když přestaneme s jedním sportem, můžeme ho nahradit jiným. Manžel vyměnil tenis za golf. Ale důležitý je nepřestat[...] No a jídlo si samozřejmě taky hlídáme. Naštěstí nemusíme počítat každou korunu, tak si kupujeme kvalitní maso, ovoce a zeleninu. Jíme všechno, ale kvalitní. A střídme. A manžela učím, aby se tolik nerozčiloval, to mu taky krátí život. (žena, 70+)

Na preventivní prohlídky nechodím. V mém věku by mi pravděpodobně něco našli, ale nechci vstoupit do toho kruhu, kdy už jen chodíte po doktorech a polykáte prášky jak lentilky. [...] Mám ráno svoje rituály. Cvičím, chodím hodně ven - se psem musím, pomáhám s vnoučaty. Hlídám si psychiku, protože ta je důležitá [...] Taky už víc odpočívám než dřív. Dělam dechová cvičení, cvičím jógu a tibeťany. Miluju vaření, takže hodně vařím. Je to taková moje meditace. Dřív jsem si pořídila hodně různých pomocníků do kuchyně, tak je konečně využívám. (žena, 65+)

- **Biohackeři**²⁸ - s respondentem, který 100% naplňuje kritéria této kategorie, jsem se při svých rozhovorech setkala pouze v jednom případě. Vzhledem k tomu, že mezi svými vrstevníky ale zaznamenávám nárůst příznivců tohoto směru, zmiňuji jej jako samostatnou kategorii.

Jedu přerušovaný půsty 16/8 - možná časem přejdu na 18/6 - a celkově se snažím držet časy jídla, spaní, sportu [...] Na spánek jsem z Oura ring přešel na Dreem. Vypadám jak dement, ale za mě nejlepší. Samozřejmě máme vychytaný zatemnění, večer ladíme odstín světla do teplejších [...] 2x denně beru magnesium malát nebo triglycinát, děčko, omega3, probiotika si nechávám míchat na míru. Občas si nechám zkontrolovat mikrobiom, na začátku jsem si nechal udělat potravinový intolerance a analýzu genomu. [...] teď jsem spíš na vlastní modifikaci low carb. [...] Z Ameriky si vozím nebo nechávám vozit NMN, v Evropě jsem ještě dobrou zdroj nenašel. Metformin samozřejmě zvažuju, ale víš co - tam se potřebuješ domluvit se svým doktorem nebo si to shánět různě a na to teď nemám náladu. [...] No a při kognitivní zátěži mám vychytaný mix Alpha GPC v kombinaci s různěma bylinami [...] Je toho hodně, co dělám, ale už to mám celkem vychytaný. Appky už jsem zredukoval... spíš ladím detaily. Ten základ už mi funguje. (muž, 55+)

Objevovaly se ale názory, které zdůrazňovaly důležitost i jiných faktorů - např. mezilidský kontakt nebo přírodu.

Nehlídat se hypochondricky [...] nejlepší prevencí je - i když se nechce - stále být aktivní. Ty aktivity jsou nespočetné [...] Třeba založit spolek, což k vám přitáhne nové lidi, protože je důležitý mezilidský kontakt. (muž, 60+)

²⁸ Podle vlastní charakteristiky lidí, kteří se s tímto přístupem identifikují, se jedná o "komplexní přístup ve vztahu člověka ke zdraví, výkonu a vnitřní spokojenosti. V tomto přístupu se kombinuje přístup starodávných kultur a moderní vědy. Principy biohackingu nám pomáhají optimalizovat naše vnitřní i vnější prostředí pro maximální efektivitu, která není na úkor komplexní spokojenosti ani zdraví." - zdroj: FACEBOOK.COM/GROUPS/688702658306211/ABOUT/

Potřebuješ se dobít, přírodu a tak, ale v důchodu (*o seniorech*) potřebuješ i lidi [...] A ne všichni můžou (*mít kontakt s lidmi*), ale tak si můžou pořídit aspoň nějaký zvíře. To ti dá tolik lásky [...] Vrátiš se v jakýkoli náladě, ale to zvíře tě vítá vždycky s velkou radostí [...] ale je to taky, že si povídáme (*u venčení*) - potkávám různé babičky - a přes pejska máme nějaký sociální kontakt. (muž, 55+)

Mezi oblíbené aktivity, které podle respondentů přispívají k udržení jejich zdraví, patřily i zahrádkaření, chalupaření či houbaření.

3.6 Stáří a tělo

„Obraz těla je ústředním aspektem identity, který působí jako standard, který ovlivňuje nejen způsob, jakým o sobě přemýšlíme, ale rovněž naši schopnost vykonávat různé činnosti a cíle, které si stanovíme pro budoucnost“
(Chrisler & Ghize 1993: 68 in Clarke et al. 2008: 1085).

Obraz těla je produktem vlastní percepce, internalizace kulturně podmíněného ideálu těla, vlastního ideálu těla, aktuálního obrazu těla i jeho stávající kondice (Myers & Biocca 1992 in Clarke et al. 2008: 1085) a je genderově podmíněný. Značné množství literatury bylo věnováno dvojímu standardu stárnutí (např. Sonntag 1972 nebo Calasanti & Slevin 2001). Většina autorů se shoduje, že muži mají více možností, jak i ve stáří docílit distingovaného / atraktivního vzhledu, zatímco u žen je ideál krásy velmi silně spojen s mladistvostí. Proto je pro ženy obtížnější uchovat si pozitivní sebeobraz do pokročilejšího stáří.

V článku věnovaném obrazu těla starších lidí s více chronickými chorobami autoři (Clarke et al. 2008) konstatují, že většina dotazovaných žen a třetina mužů vyjádřila v souvislosti se zdravotními obtížemi nespokojenost ohledně vlastního vzhledu. Velká pozornost přitom byla věnována nabírání váhy, které - přestože je od určitého věku normální - vede k negativním pocitům a pejorativním označením vlastního těla („tlustá stará ženská“). Podobně negativní pocity vyvolávaly i na první pohled viditelné chronické choroby. Respondenti průzkumu často vyjadřovali diskomfort, který vyplýval z toho, že i když se cítili mentálně mladí, jejich tělo je na první pohled zařazovalo do kategorie „starých a nemohoucích“. Podle autorů je imperativ úspěšného stárnutí natolik spojen s „healthismem“ (přístupem orientovaným na udržení zdraví) a udržením fyzické nezávislosti, že ideál zdravého a krásného těla se stal novou normou, se kterou jsou senioři konfrontováni. K frustraci z vlastní nemoci a selhávání těla se tak přidává i „nálepkování“ respondentů jako morálně neodpovědných a sociální nežádoucích osob, které vede k jejich nízké sebeúctě.

Přestože sociální tlak v ČR není ještě tak intenzivní jako v USA, pocity mých respondentů nebyly příliš odlišné a potvrdovala se mezi nimi i akcentace genderové perspektivy. Ženy výrazně častěji mluvily o vzhledu, muži o limitech vlastního těla s ohledem na výkonnost. Potřeba „dobře vypadat“ hrála u některých žen roli až do značně vysokého věku:

Vždycky mi záleželo na tom, jak vypadám. Elegantně se oblíknout, to bylo moje. Ani teď nejsem ochotná vyjít mezi lidi neupravená. Ale to moje ohnuté tělo, to, že se musím opírat o chodítko ... to vám teda moc nepřidá. Ale aspoň se snažím. Nechci vypadat jako některý ty šmudly, kterejm už je všechno jedno. Ale celkově to nestojí za nic. Do osmdesátky to ještě šlo, ale teď už to jde leda tak z kopce. (žena, 90+)

Mezi mými mužskými respondenty byl s ohledem na vztah k vlastnímu tělu podstatně širší rozptyl názorů a postojů²⁹:

Nemám zuby – no a co? Nosit protézu teda nebudu. Vobčas, když du mezi lidi, tak jó, ale doma ne. Už mně ztvrdly dásně, že i ten řízek takhle rozkoušu. [...] Mám panděro? No, mám. No a co? Zadejchám se do kopce, do schodů? Jasně. Tak mám svůj věk, ne? [...] Abych se kvůli tomu nervoval? Ať si všichni trhnou, i doktoři. Na diety jim kašlu. Já jim to vodkejvám, ale dělám si svoje. (muž, 70+)

Chytly mě teď záda, tak sem se pár tejdnu nemoh hejbat. Přibral jsem, jenom jsem seděl doma a ta moje mě vykrmovala. Ale už s tím začínám něco dělat, cítím se takhle mizerně. [...] Na chalupě jsem dělal dřevo a za chvíli jsem funěl jako lokomotiva. Dokud to de, je potřeba udržovat se trochu ve formě. Jak člověk přestane, jde to pak těžko. To teď sám na sobě pozoruju. Člověk se musí přinutit. Jinak by se za chvíli nehnul vůbec a k čemu by pak byl? [...] Jenom čučet na televizi, na to mám pořád eště dost času. Akorát bych se zbytečně rozčiloval. (muž, 75+)

Když jdu nakoupit, převlíknu se z těch svých tepláků do kalhot a snažím se vypadat trochu k světu. Kvůli tomu, že už mi nohy moc neslouží, ještě nemusím na všechno rezignovat [...] Každý den se oholím. I když nikam nejdu. Připadá mi, že takhle nad tím stářím aspoň trochu vyhrávám. [...] Kolo a lyže už jsem musel obětovat, ale aspoň se snažím chodit na procházky co nejvíc a nebejt pořád v bačkorách. Jsou lidi, co v mém věku lezou na Everest. To já už nezvládnou, ale snažím se uchovávat duševně i tělesně v rámci možností. (muž, 75+)

Není pochyb, že percepce stárnuoucího těla je kulturně podmíněná a i v rámci konkrétní kultury zároveň velmi ovlivněna úhlem pohledu pozorovatele. To je patrné i z Přílohy 1.

3.7 Zdraví a nemoc, tělo ve stáří - shrnutí

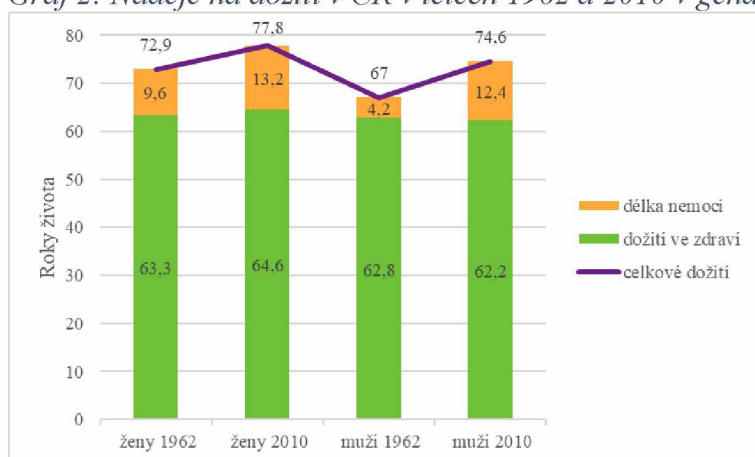
„Ehrenbergerová (2002) ukázala, že důraz na aktivní životní styl a vlastní odpovědnost za průběh stárnutí prostoupil z vědeckých studií a odborných diskurzů do populárně naučné

²⁹ Tato skutečnost může souviset s tím, že můj vzorek respondentů nebyl v žádném případě reprezentativní, a proto uvedené konstatování netvoří základ žádné hypotézy ani generalizace.

literatury určené seniorům. [...] V této literatuře je jako kvalitní a smysluplný hodnocen aktivní životní styl. Imperativ zdravého životního stylu a aktivity tak zřejmě ovládnul všechny úrovně veřejného diskurzu. Stal se celoživotním projektem hojně podporovaným politickým diskurzem, kdy „nedostatečnost“ vlastní sebedisciplíny je nahrazována restriktivními opatřeními. Exemplárním příkladem je dánská vláda, která v nedávné době zavedla daň z tuků v potravinách jako údajný způsob boje proti obezitě (Dánsko 2011). Podobnou logiku sledují i debaty o vyšším zdanění kuřáků, obézních, alkoholiků..., tedy jedinců, u kterých se porušování vytyčeného životního stylu zdá zjevné“ (Petrová Kafková 2013: 36).

Zatímco délka života se u české populace zvyšuje, data už nejsou tak jednoznačná, pokud se podíváme na délku života ve zdraví. Od roku 1962 do roku 2010 vzrostla délka života ve zdraví u žen pouze o 1,3 roku (u celkové délky života je to o 4,9 roku), u mužů se dokonce o 0,6 roku zkrátila (u celkové délky života se ale prodloužila o 7,6 roku) – pro detaily viz Graf 2. Tento trend představuje výzvu jak pro samotné stárnuící, kteří se musí delší dobu vypořádávat s limity vlastního těla, tak pro veřejné rozpočty.

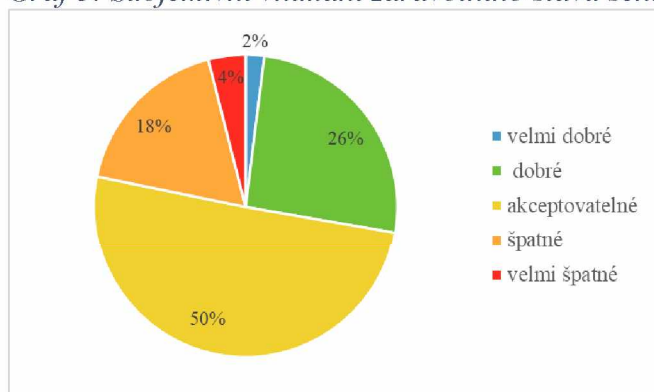
Graf 2: Naděje na dožití v ČR v letech 1962 a 2010 v genderové perspektivě



Zdroj: zpracováno autorkou na základě dat Godarová & Beran (2017: 14)

Podle údajů Godarové a Berana (2017: 38) polovina seniorů svůj zdravotní stav hodnotí jako přijatelný (viz Graf 3), necelá třetina jako dobrý nebo velmi dobrý a 22 % jako špatný nebo velmi špatný; procenta se v rámci genderového dělení příliš neliší, dle očekávání ale existuje závislost mezi hodnocením zdravotního stavu a věkem (po 80. letech věku zdravotní stav jako špatný nebo spíše špatný hodnotí již 44 % seniorů, jako akceptovatelný 28 %).

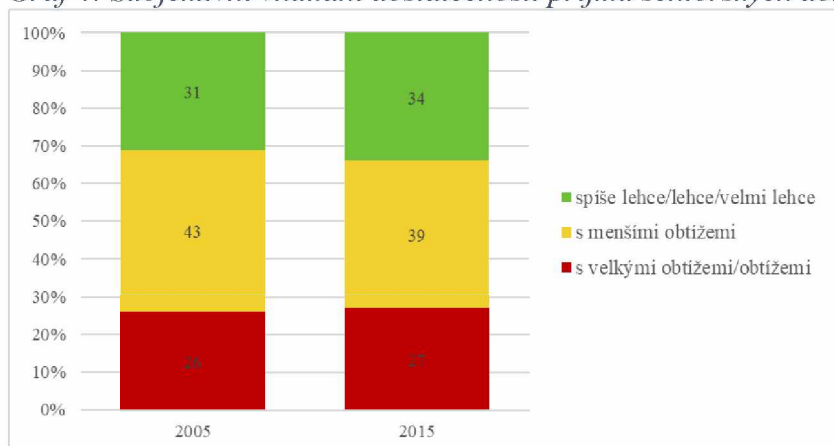
Graf 3: Subjektivní vnímání zdravotního stavu seniorů v roce 2015 (v %)



Zdroj: zpracováno autorkou na základě dat Godarová & Beran (2017: 38)

V souladu s odkazem na egalitářský přístup v ČR v době před změnou režimu (Holý & Uherek 2010: 70) můj výzkum sice u stávajících seniorů často ukazoval na menší rozdíly v přístupu k vlastnímu zdraví či péči o tělo než by odpovídalo jejich objektivní sociální pozici (v porovnání se státy západní Evropy), finance již ale v přístupu ke zdraví hrály podstatnou roli. Přestože mnoho seniorů jako aktivity, kterým se v souvislosti se svým zdravím věnují, uvádělo chataření, zahrádkaření či houbaření - a zde socioekonomický status mezi mými respondenty téměř nehrál roli -, u způsobu stravování, provozování konkrétních sportů, výdajů za turistiku či nákladů spojených s preventivní a individualizovanou medicínou, již tyto rozdíly byly velmi významné. Finance byly rovněž v mnoha případech uváděny jako důvod, proč respondenti museli s některými aktivitami zcela přestat (nebo je omezit) a / nebo jako důvody, proč skladba jejich jídelníčku není z jejich pohledu optimální. I přes relativně malý vzorek respondentů (11 seniorů, se kterými jsme probírali toto téma detailněji) se víceméně potvrzovala data z Graf 4. Pouze necelá třetina respondentů považovala své příjmy za dostatečné k - ze svého pohledu - adekvátní péči o zdraví.

Graf 4: Subjektivní vnímání dostatečnosti příjmů seniorských domácností (v %)



Zdroj: zpracováno autorkou na základě dat Godarová & Beran (2017: 42)

Dan Buettner (2011, 2012), autor konceptu „Modrých zón“³⁰ v podcastu R. Chatterjeeho (2020) uvedl, že po desetiletích výzkumu dospěl k přesvědčení, že nejdůležitějším faktorem dobrého zdraví (i spokojenosti) „centeneriánů“³¹ z jeho výzkumu je vliv prostředí, který je v podstatě „nutí“ žít zdravě – resp. žít zdravě je otázkou nejjednodušší první volby. Mluvil o experimentech, kterých se účastnil v amerických městech, kdy ve čtvrtích s nezdravým životním stylem byly regulacemi omezeny počty „fastfoodů“ a naopak navýšeno množství bister a občerstvení se zdravou a cenově dostupnou stravou. Údajně jen toto opatření samo o sobě vedlo u sledované populace k úbytku váhy v desítkách procent (bez jakékoli doplňkové kampaně či přesvědčování). Mluvil i o dalších opatřeních, která podporovala pohyb pěšky či na kole a vytváření infrastruktury pro lepší fungování lokálních komunit. I když je v současné době někdy těžké odlišit skutečné přesvědčení autora od jeho marketingových zájmů, mnohé Buettnerovy myšlenky dávaly smysl i v kontextu dat z mého výzkumu.

Téměř polovina respondentů uvedla, že hlavní překážkou zdravého životního stylu jsou pro ně finance, na druhém místě byly uváděny zdravotní komplikace (např. s ohledem na užívání léků musela část respondentů omezit některé aktivity nebo vyloučit potraviny, které považovali za zdravé), na třetím se pak umístila fyzická dostupnost (např. omezený přístup k nákupu zdravých potravin nebo umístění sportovních zařízení či seniorských klubů). To, že v naší společnosti jsou (minimálně ve městech) cenově (a často i logisticky) nejdostupnější potraviny, které se dají za zdravé označit jen stěží, jistě nepřispívá k tomu, aby se v rámci seniorské populace výrazněji změnila stravovací návyky (které mnoho lékařů nepovažuje ani zdaleka za ideální). O vlivu sedavého způsobu života (a infrastruktury, která k pohybu pěšky či na kole v mnoha městech opravdu nevybízí) či vlivu stresu na naše zdraví (tuto souvislost zmiňovali zejména příslušníci SG) bych mohla psát ještě dlouho.

Výše zmíněný Chatterjee (2019 + 2020) opakovaně mluví i píše o tom, že jsme si v naší kultuře „zdravý životní styl“ neskutečně zkomplikovali. Za pohyb často považujeme jenom

³⁰ Více např. zde: [EN.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/BLUE_ZONE](https://en.wikipedia.org/wiki/Blue_Zone)

³¹ z angličtiny vycházející označení lidí starších 100 let.

aktivitu, pro kterou je třeba speciální vybavení a dedikovaný čas. Přitom by stačilo častěji se protáhnout při práci v kuchyni, používat méně eskalátory a častěji schody apod. Podobná pravidla by se dala aplikovat i na další oblasti jako stravování, spánek apod.

Podle Foucalta klinický dohled³² umožnil lékařům převzít značnou sociální moc a jsou to podle něj ve skutečnosti lékaři (ne policie), kteří uplatňují největší sociální kontrolu nad moderní a následně postmoderní společnostmi. Medicína tak tvoří součást totalizačního režimu, jehož účelem je „správa“ těl prostřednictvím jejich normalizace. Medicína, a specificky biomedicínský model, je primárním poslem vládnoucí vrstvy nebo mechanismů, jejichž prostřednictvím jsou těla v západní společnosti regulována a kontrolována. (Faircloth (ed.) 2003: 9). Za „zdravé“ je tak většinou společnosti považováno to, co je nám těmito „posly“ jako zdravé prezentováno.

Výroky mých respondentů potvrzovaly, že étos aktivního stárnutí a „healthismu“ byl u většiny seniorů internalizován. Projevovala se i jakási diskriminace a odsudky těch seniorů, kteří se „dost nesnaží“ nebo se „všemu moc poddávají“. V postojích respondentů se projevoval i rozpor, který byl zmíněn v úvodu této práce - mnozí si přáli dožít se vysokého věku, ale pouze za předpokladu, že zůstanou zdraví. Praktiky, jakými se snažili si zdraví udržet, se interindividuálně lišily dle jejich habitů. U převážné většiny respondentů ale převažovaly značné obavy ze závažných chorob, které se se stářím obvykle pojí, stejně tak jako z toho, že v tomto případě by mohli být „vydání systému na milost“.

Respondenti, kteří z různých důvodů odmítali některá opatření západní medicíny (nechodili na všechny typy lékařských prohlídek, vyjadřovali se, že by si u sebe nepřáli nasazení chemoterapie, pokud by se u nich objevila rakovina apod.) rovněž vyjadřovali obavy, že tento jejich postoj by se mohl stát jejich hendikepem, pokud by chtěli využít jiné nástroje zdravotního systému:

Nechci jít na tu prohlídku, protože moje doktorka mě pak pošle na různý vyšetření. A když nějaké odmítnu, napíše mi to do karty. [...] A podle toho, co teď sleduju v médiích i kolem sebe, mám pocit, že bych se mohla dostat do stavu, kdy mě pak (*v momentě, kdy bude respondentka potřebovat jiný typ ošetření*) nechají nějaký procedury zaplatit - na což nebudu mít. Nebo to bude mít jiný nepříjemný důsledek. [...] mám z toho dost mizernej pocit. Proč mě

³² jak Foucault nazýval v knize Zrození kliniky lékařskou moc

v mém věku někdo nutí chodit na mamograf, když mám o jeho fungování oprávněné obavy?
Těžko se rozlišuje, co je byznys a co opravdová péče o vaše zdraví. (žena, 65+)

Že tyto obavy nejsou zcela neopodstatněné, ukazuje i citát z úvodu této kapitoly.

4 Domov

4.1 Bydlení ve stáří

„Naše domovy pro seniory nevznikly z touhy dopřát těm stařenkám a stařečkům lepší život, než jaký mívali v ponurých, špinavých chudobincích. Lidé si neřekli: „Toto je fáze, kdy se člověk o sebe už nedokáže postarat sám, tak pojďme najít způsob, jak mu to umožnit.“ Ne, lidé si řekli: „To bude medicínský problém. Přemístíme je do nemocnic, snad jim pomohou lékaři.“ A takhle nějak vznikala zařízení pro staré lidi.“

(Gawande 2016: 64)

Když jsem prováděla terénní výzkum na Bali, bylo zjevné, že staří lidé zde čelí četným výzvám. Jednoho rozhodování jsou ale ušetřeni - zda zestárnout doma nebo v domově pro seniory. Žádné takové zařízení totiž na ostrově s téměř čtyřmilionovou populací neexistuje.

Stárnout v místě, kde člověk prožil podstatnou část svého života, bylo po většinu lidských dějin normální a soužití více generací pod jednou střechou bylo zcela běžné. Později, když dospělé děti začaly častěji opouštět rodinu a stěhovat se na nová místa, se rozvinul systém, kdy jedno dítě – často nejmladší dcera – zůstávalo s rodiči tak dlouho, dokud to bylo potřeba. Na některých místech byla péče navázána na dědictví (Gawande 2016).

Zatímco v Indonésii ve vícegeneračních rodinách stále žije 55 % lidí starších šedesáti let³³ (Adioetomo & Mujahid 2014), v Evropě vypadá situace zcela jinak. Podle Eurostatu 45 % osmdesátiletých žilo samo, v rámci vícegenerační rodiny to bylo pouhých 10 % (European Commission 2006).

I když není třeba si společné soužití více generací idealizovat, podle americké studie uveřejněné v roce 2007 (Clarity Foundation 2007), se mnoho seniorů přesunu do institucionalizovaného zařízení obává víc než samotného konce života. Obavy z toho, že se rodičům v domově pro seniory nebude líbit a že tamní prostředí jim pouze přitěží, sdílela v rámci stejné studie i většina dětí dotazovaných seniorů.

4.2 Domovy pro seniory

„Své domovy často známe lépe než své boty. Intuitivně saháme po klikách i vypínačích na světlo. Bez rozmýšlení vybíháme správný počet schodů a v noci trefíme do koupelny se

³³ u osmdesátiletých je to 50 %, zcela samo bez partnera či někoho blízkého zde žije 14 % lidí.

zavřenýma očima. Podle vrzání branky poznáme, že někdo přichází, a bez zabrknutí přešlapujeme práh.

Právě tato samozřejmost dělá z našich domovů místa, kde jsme v bezpečí a kde můžeme být sami sebou. [...]

Pro mnoho lidí [...] se právě takovýto důvěrně známý domov mění v často sdílený pokoj v některém z domovů pro seniory. V mnoha z nich je ovšem těžké najít cestu, natož pak tolik kýženou útěchu a bezpečí. [...]

Vytvořit si nový důvěrný vztah s okolním prostředím bývá navíc často ještě těžší. Abychom se totiž mohli někde znovu cítit dobře, je třeba zaplnit takové místo novými zážitky. Je třeba, aby nám párkrát upadl hrnek na zem a voda přetekla z květináčů. Je třeba, aby se nám připálila večere a klíč zabouchl ve dveřích.

Abychom se mohli znovu cítit jako doma, musíme v novém místě žít, a právě to bývá v mnoha domovech pro seniory největším háčkem.

Protože jejich prostředí neumožňuje lidem pokračovat v činnostech, které k domovu neodmyslitelně patří, nemůže se jím nikdy stát. Mezi stěnami terapeutických místností se ztrácí lehkost a normálnost všedních dní, která by lidem pomohla se s novým místem sžít. [...] Bez koštěte v ruce se nikdy nedozví, která rýha v podlaze je nejhlubší a ve kterém koutě se usazuje nejvíce prachu. U televize nezjistí, kde je nejlépe slyšet déšť, a bez vařečky v ruce nikdy nepoznají, kudy se prostorem line vůně [...]"

(Příhodová 2016).

V médiích i při rozhovorech se seniory či jejich rodinnými příslušníky jsem často slyšela různé podoby stížností na „kvalitu ústavní péče“. Co si pod tím ale představit? Při hlubších rozhovorech jsem narážela nejčastěji na tři typy obav. Ty jsem si pro sebe kategorizovala následujícím způsobem:

- domov pro seniory jako totální instituce,
- strach z „Druhých“
- domov pro seniory jako místo, ze kterého není návratu.

K tomuto tématu jsem nasbírala velké množství výroků respondentů, v některých případech je ale doplňuji úryvky z knihy Tajný deník Hendrika Groena (Groen & Doležilová 2017)³⁴. Činím tak z důvodu, že tato kniha sehrála důležitou roli v našich rodinných debatách o podobě péče. Četly jsme ji s maminkou v době, kdy se zdravotní stav babičky začal pomalu zhoršovat. Do té doby mamka pronášela výroky ne nepodobné mnohým, které jsem slyšela od svých respondentů:

³⁴ Po vydání Tajného deníku Hendrika Groena v Nizozemí proběhla bouřlivá diskuse, zda se jedná o deník skutečný nebo jen „marketingový tah“ vydavatelství. Pro účely této práce to není podstatné, protože uvedená kniha velmi dobře ilustruje pocity seniorů, se kterými jsem měla možnost mluvit.

[...] pokud bych zůstala sama, půjdu do domu s pečovatelskou službou, budu tam mít svůj malý bytček a zároveň jistotu, že se o mě někdo postará, kdyby mi bylo zle.

V mnoha případech je za těmito větami skryta touha nebýt nikomu na obtíž - a nejméně svým dětem. Po přečtení uvedené knihy ale maminka začala být s těmito výroky opatrnější. Zvažovat i jiné možnosti. Groenovi se totiž na pouhém popisu denních aktivit velmi dobře podařilo popsat komplexnost toho, co znamená být klientem domova pro seniory.

4.2.1 Domov pro seniory jako totální instituce

„Včera v podvečer se sesedlo pět lidí z našeho klubu okolo Eefjiny postele. Bylo to jako sraz po letech [...] Sestra nám přišla oznámit, že do pokoje mohou najednou jen dvě osoby. „Jinak by to mohlo vadit ostatním pacientům.“

Eefje sdílí pokoj s devadesátiletou paní, trvale upoutanou na lůžko, která nehty neustále ťuká o kovový okraj postele, a s další dámou, která si celé hodiny mumlá pro sebe. Jediná věc, která Eefje ještě očividně dobře slouží, je sluch. Proboha, ať se jí nezlepší stav a nemusí vnímat toto okolí.

Tři senioři na pokoji, žádné soukromí, žádné osobní věci. Obraz blahobytu dnešní doby v jedné z nejbohatších zemí světa“
(Groen & Doležilová 2017: 332).

Pokud je nám zle, chceme být obvykle se svými nejbližšími nebo zcela sami (nejčastěji v různé kombinaci). Jednolůžkové pokoje jsou ale v našich podmínkách v domovech pro seniory stále spíš výjimkou:

[...] nebyl k dispozici jednolůžkový pokoj. Maminka (92) tedy skončila na dvoulůžkovém s paní, která moc nekomunikovala. Snažila se zapojit do aktivit domova, ale jako nechodící mnohé vzdávala. (žena, 65+, zdroj: Stopa v hlavě)

Název této podkapitoly odkazuje ke knize *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* (Goffman 2016). Goffman zde popisuje principy totální instituce a bohužel i dnes většina domovů pro seniory tyto charakteristiky naplňuje. Mnoho respondentů sdílelo v souvislosti s potenciálním přestěhováním do domova pro seniory obavy ze ztráty kontroly nad četnými - pro ně podstatnými aspekty - jejich života:

Nedovedu si představit, že bych jedla na povel, spala na povel [...] Pokoj, který by byl uzamykatelný a já si mohla řídit svůj den, je pro mě představitelný. To, že by mi někdo organizoval život a já neměla své soukromí, naprosto ne! (žena, 65+)

Kromě ztráty soukromí jsou další překážkou předpisy. Groen část svých deníkových záznamů věnuje popisu snahy o získání plného znění „Předpisů“, jimiž se různí zaměstnanci zaštiťují při omezování svobody klientů. Předpisy plní roli jakéhosi božstva, které chrání, ale zároveň i trestá. Jsou první instancí, která slouží k utnutí jakékoli nežádoucí diskuse. Zároveň

jsou ale - stejně jako každé božstvo - běžným smrtelníkům vzdáleny natolik, že o jejich skutečné podobě se mohou pouze dohadovat (Groenovi je vydání písemné podoby souhrnných pravidel Domova několikrát odepřeno pod nejrůznějšími záminkami, ne nepodobnými Hlavě XXII). Možnost obrany proti Pravidlům bez jejich znalosti je poměrně bezzubá. Lidskost se tak často vytrácí, protože je vůči Pravidlům v podřazeném postavení:

„Bolest v chodidle mě ochromila tak, že skoro nemohu chodit. [...] Jen jednou jsem se po čtyřech doplazil na záchod.[...] Požádal jsem ošetřovatele, jestli by mi nemohli donést večeři nahoru. „No, to ale není standard.“, zněla reakce vedoucí domovní služby.
„Standard?“

„Ano, nebudeme tady s něčím takovým začínat. Pokud něco takového chcete, musíte být oficiálně přerázen na oddělení se zvýšenou péčí.“

Jděte se bodnout s těmi svými pravidly! Zeptám se Graema, jestli by mi dnes večer prostě nemohl donést mou porci do pokoje. [...] I tak budou dělat problémy, že to není „standard“, ale Graeme se určitě nedá.

Nechali by tady člověka klidně i pojit, kdyby to bylo podle pravidel.

Naštěstí mám [...] přátele.“

(Groen & Doležilová 2017: 302)

Přestože snaha chránit klienty je pochopitelná, existují i domovy pro seniory, které to zvládají i bez větších restrikcí a při zachování soukromí klientů. Můžeme tak doufat, že se tento přístup rozšíří do co nejvíce zařízení.

4.2.2 Strach z „Druhých“

Druzí mohou mít v domově pro seniory podobu ošetřovatelů, lékařů či zdravotníků, kterým je „člověk vydán na milost“. Obdobná obava se ale často pojí i s potenciálními spolubydlíci. A jak ukazuje další úryvek, často ne neoprávněně:

„Občas si u svých spolubydlících všímám lehce nepřátelského postoje. Víím, že se pravidelně baví o našem klubu. Jsme „nafoukanci.“ „Nevděčníci“, kterým místní nabídka aktivit není dost dobrá. [...] V případě některých přechází zklamání z toho, že nejsou členy klubu, v závist a nenávist. Závist a nenávist, které tu mají spoustu prostoru a živné půdy, aby se uchytily.

Nikdy nepodceňujte ty, kteří v sobě nosí nenávist, intrikány ani pomlouvače. Dokážou svou zášť rozšířit mezi hodné, nezúčastněné nebo nicnetušící spolubydlíci. Na začátku nemusí jít o nic zásadního, ale z dlouhodobého hlediska mohou vyvolat pocity méněcennosti, nepochopení a nenávisti. Když člověk nemá celý den nic na práci, stanou se i z malých věcí velké. Volný čas musí být něčím vyplněn [...] Zlé povahy hledají příležitost, kde by upustily páru. Na rozdíl od toho, co by se možná dalo čekat, vzrůstá se stoupajícím věkem malichernost a klesá otevřenost mysli. Kombinace starý a moudrý, to je spíše výjimka než pravidlo“.

(Groen & Doležilová 2017: 198)

Ještě složitější situace samozřejmě nastává, pokud daný jedinec pochází z menšinové subkultury či jiného etnika než většinové obyvatelstvo domova (tuto situaci dobře ilustruje např. kniha Johna Lelanda *Happiness is a choice you make: lessons from a year among the oldest old*, kde se můžeme setkat s příslušníky čínské komunity v USA, kteří se nikdy nenaučili dobře anglicky a ke štěstí potřebují mj. pravidelné partie mahjongu; nebo film *Chvění*, který vypráví příběh čínsko-kambodžské matky, která je po smrti svého syna v domově pro seniory ve Velké Británii od ostatních izolována nejen jazykem, ale i vlastními představami o „dobrém životě“).

Strach z „Druhých“ ale podvědomě vzniká i jako důsledek způsobu, jakým jsou domovy pro seniory navrhovány a stavěny. Podle architektky Anežky Příhodové jsou tyto instituce „pro běžného člověka většinou zcela uzavřenými ekosystémy, nevybízí k návštěvě, a často tak zbytečně budí strach z toho, co skrývají uvnitř. Uzavírají v sobě důležitou část života, a vytváří tak nejen fyzickou, ale i psychickou bariéru. Protože za jejich zdi není vidět a nelze do nich jen tak vstoupit, napomáhají samotné budovy domovů pro seniory k vytváření různých předsudků“ (Příhodová 2016).

Příhodová v této souvislosti zmiňuje Foucaulta, který ve své přednášce pro architektky mluví o zařízeních pro seniory jako o tzv. heterotopiích. Ty jsou „sice běžnou součástí společnosti, ale svým vnitřním uspořádáním a fungováním do ní vlastně nezapadají. Jsou to místa, která poskytují útočiště lidem, kteří z různých důvodů do společnosti dočasně nebo trvale nepatří. Lidem, kteří ztratili společností uznávanou a přijímanou identitu“ (Foucault 1967 in Příhodová 2016). Tato zařízení tak „tvoří světy samy pro sebe, odříznuté od okolí, ačkoliv umístěné uprostřed měst. Běžně kolem nich procházíme, ale do toho, co je za jejich zdmi, většinou nezasahujeme, dokud se nás to přímo netýká“ (Příhodová 2016).

Podle Příhodové jsou negativní pocity spojené s umístěním staršího člověka do domova pro seniory ještě mnohem silnější v případě stařecké demence. „Přesun do nějakého zařízení a případná demence bývají okamžitě spojovány se ztrátou identity, soukromí a lidské důstojnosti. Kanadský veřejný průzkum ukázal, že až 81% lidí je přesvědčeno o tom, že pokud by měli demenci, jejich názory a potřeby již nikdo nebude brát v potaz“ (Kessler et al. 2012 in Příhodová 2016). Současná architektura domovů pro seniory příliš nepomáhá ani rodinným příslušníkům. „I lidé, kteří mají v domovech někoho blízkého, [...] jen málokdy do samotných budov vstupují s lehkostí a radostí. Jejich vzezření a prostředí jsou mnoha rodinami uváděny

jako jeden z důvodů, proč za svými blízkými nechodí častěji“ (Riedl et al. 2013 in Příhodová 2016). Přitom bylo ale opakovaně prokázáno, že pro lidi s demencí je kontakt s okolním světem a rodinou velmi přínosný. Pomáhá jim lépe se vyrovnat se ztrátou domova, samostatnosti a mnohdy i zálib. Díky vazbám na vnější svět si lidé mohou stále připadat součástí společnosti a udržovat si kontakt se svým dřívějším společenským život. Díky tomu si nepřipadají tak odříznutí (Riedl et al. 2013 in Příhodová 2016). Je proto škoda, že i kvůli tomu, jakým způsobem domovy pro seniory většinou stavíme, si zároveň vytváříme bariéru, která nás později od našich blízkých dělí.

Příhodová jeden ze svých článků uzavírá úvahou: „Není zapotřebí nejnovějších dat, čísel a výzkumů, abychom si všimli izolovanosti, do které jsme vlivem různých historických i ekonomických okolností domovy pro seniory a lidi uvnitř postavili. Dospěli jsme do stádia, kdy se většina starších lidí stěhování do takové instituce bojí, návštěvy za nimi chodí s výčitkami a sestry pracují v prostředí, ze kterého má mnoho z nás obavy (Barney 1974 in Příhodová 2016). Žádná životní fáze není plně soběstačná a stejně tak jako staří lidé potřebují ty mladší, i mladí lidé potřebují kontakt se stářím“ (Alexander 1977 in Příhodová 2016).

Vliv izolace od vnějšího prostředí dobře ilustruje i následující záznam rozhovoru senierek o době, která předcházela úmrtí jejich společné známé:

„[...] vona se změnila nesmírně. To byla upravená [...] stará pani. Hezky upravená, hezky oblečená. Ale ona chodila o dvou berlích už před nějakou dobou [...] silný artrózy, ale mozek měla perfektní. A ona se připravovala na ten domov seniorů. Hlavně, aby tam měla televizi, aby tam měla kanál art, aby tam byla knihovna, kde by jí mohli pučovat knížky. Ona počítala s tím, že půjde jednou do domova důchodců, ale počítala s tím, že si to zařídí tak, aby byla přítomná - chtěla vědět, co se děje v politice, [...] sledovala sportovní ... říkala, já tomu vůbec nerozumím, ale sleduju, co se děje.“
„Nenašla si tam teda žádnou spřízněnou duši kromě některých těch sestřiček, který měla moc ráda. Ale na tom pokoji teda to nebylo bohužel úplně nejlepší. A myslím, že by byla spokojená, kdyby ten syn za ní chodil. Myslím, že by tu byla do tý stovky.“
„[...] Ten syn onemocněl a přestal za ní chodit, nemoh tam chodit [...] měla jediného syna, neměla vnoučata, [...] no byl pro ní strašně důležitěj, protože přes něj měla spojení se světem.“
(rozhovor čtyř senierek 70+, zdroj: Stopa v hlavě)

Co nás vede k tomu navrhopvat domovy pro seniory jako uzavřené prostory a ne více jako místa pro vzájemná setkávání a výměnu zkušeností? Podle Příhodové (2016) „Architektura sama samozřejmě nemůže změnit vše, ale může pomoci vytvořit v domovech pro seniory prostředí, jehož budeme moci být součástí, i když jsme zdraví. Může pomoci takové prostředí otevřít i lidem, kteří s ním nejsou nijak spjatí a nikoho uvnitř nemají. S naší stárnoucí

populaci budeme tyto instituce potřebovat možná víc, než jsme ochotní si přiznat [...] Zaslouží si být navrhovány a vnímány v lepším světle než jen jako místa, kde lidé čekají na konec života a kolem kterých ostatní jen prochází. Při správném návrhu se mohou stát přirozenou součástí městského dění, místní komunity a našich životů. Při změně jejich navrhování a následného vnímání nám třeba nabídnou mnohem víc než jen místo, kde si vlastně nikdo z nás nepřeje být.“

4.2.3 Domov pro seniory jako místo, ze kterého není návratu

“Průměrný věk obyvatel domovů pro seniory mezitím stále stoupá. Lidé bydlí samostatně mnohem déle a stěhují se do domovů až ve vyšším věku. Já jsem zde, ve svých 83 letech, jedním z nejmladších.

Ocitnete-li se jednou zde, není cesty zpět. Nikdo se jen tak nerozhodne zase bydlet sám.
[...]

(Groen & Doležilová 2017: 62 - 3).

Domov pro seniory jako místo izolované od okolního světa bylo již několikrát zmíněno v předchozí podkapitole. Kromě výše uvedeného hraje v obavách některých seniorů (a jejich rodinných příslušníků) roli i strach z přímé konfrontace se smrtí.

„Trochu jsem počítal: Bydlí zde asi sto šedesát důchodců. Pod pečovatelské centrum spadá ještě oddělení se zvýšenou péčí, kde žije dalších více než osmdesát pomatených nebo vážně nemocných starých lidí. Nemohu uvést přesná čísla, protože nově přichozí si neustále podávají dveře s odcházejícími mrtvými. Odhaduji, že lidé, kteří sem nastoupí, žijí ještě takových pět let. Pokud se tedy dožijete opravdu vysokého věku a nohy vám ještě slouží, můžete v průběhu posledních deseti let svého života obejít asi pět set pohřbů a kremací.

Pěkná vyhlídka, že?“

(Groen & Doležilová 2017: 93).

Jak na toto téma poznamenává Ira Byock, lékař věnující se paliativní péči: „Smrt je nevyhnutelným faktem života. Ale zkušenost s umíráním se v průběhu historie - a speciálně v posledních padesáti letech - změnila. V mnoha ohledech se umírání stalo o mnoho těžší [...] Naše společnost a tradiční americká kultura se nikdy nevyrovnaly se základním faktem smrtelnosti [...] V momentě, kdy je někomu, koho milujeme, diagnostikován život ohrožující stav, nejhorší věc, kterou si umíme představit, je, že může zemřít. Vystřízlivění přichází, když si uvědomíme, že jsou daleko horší věci, než když náš blízký zemře. V první řadě je to, když námi milovaný člověk zemře špatně a během umírání trpí. Ještě horší je pozdější uvědomění, kolik jeho utrpení bylo zbytečného“ (Byock 2012).

V Evropě nastal na mnoha místech přesun umírání do nemocnic a domovů pro seniory později než v USA. Z dostupných statistik je ale zjevné, že současný stav se v ČR od popisovaného příliš neliší. Rozmach paliativní péče s kvalifikovanými odborníky jistě přispívá ke zlepšení situace. I tak je tato oblast ale stále provázána mnohými tabu a nešťastnými bílými lžemi.

Dokud žiju doma, mám kolem sebe lidi nejrůznějšího věku. Můžu chvílema zapomenout na svůj vlastní stav. [...] V ústavu? O čem se tam bavit? O tom, kde koho píchá a kdo umřel včera a kdo má na kahánku a bude další v pořadí? Ne, díky. A už vůbec ne žádné prodlužování života. Až to přijde, chci to mít sakra rychle za sebou. (muž, 75+)

„Včera večer zastavila před domovem pohřební služba. Lépe řečeno za domovem, protože máme zadní východ, který se používá k diskrétnímu vynášení mrtvých. ... V případě, že zde někdo zemře, vyplňuje se celý protokol. Edward si ho jednou vyžádal, ale „není k nahlédnutí“. ... Otevřenost je tady nedostatkové zboží. I ty nejběžnější věci jsou důvěrné.

Příčina smrti, například?“
(Groen & Doležilová 2017: 142 - 3).

Zatímco v místech jako Indonésie stále přetrvávají rituály umožňující a usnadňující truchlení, v domovech pro seniory, kde je setkání se smrtí celkem častou událostí, mnohdy stále nevíme, jak si s tímto tématem poradit.

4.3 Stárnutí v místě

Já jsem už dlouho odpůrce těch zařízení, který se starají - možná dobře, já nevím - ale nemám dojem, že úplně dobře - o ty chudáky, který tam hledají pomoc a přístřeší. Já jsem totiž toho názoru, že člověk, který má domov, má vztah k těm věcem. Ty věci jsou jeho životní historie, ty mají souvislost s rodinou, mládím, s rodičema. [...] To je nesmírně dramatickej zásah do života se vzdát všeho a začít znovu. Protože tam vlastně začínáte znovu. A mám dojem, že pokud člověk může a má tu možnost se víceméně ještě pohybovat nebo i s pomocí někoho, zůstat doma v té své posteli, tak že to má udělat.“ (žena, 75+, zdroj: Stopa v hlavě)

Pokud víme, že:

- většina lidí si přeje zestárnout doma³⁵
- ne všichni starší lidé jsou schopni se o sebe sami postarat (viz Graf 5, str. 72),

jaké nám zbývají možnosti?

³⁵ Obvyklá procenta preferencí se pohybují mezi 60 – 95% podle typu formulace otázky i věku respondentů.

Podmínek pro naplnění přání stávajících i budoucích seniorů je samozřejmě více – od funkční infrastruktury, dostupnosti služeb a lékařské péče až po fungující systém terénní péče, který by se dokázal postarat jak o osamělé seniory, tak vytvořit podporu pro pečující rodiny v oblastech, které už samy nezvládají.

Jak vypadá realita České republiky? Velmi trefně ji popisuje geriatr Zdeněk Kalvach: „[...] nepanuje shoda v tom, kdo by měl být tím klíčovým prvkem ve státní správě, tedy komu by mělo na rozvoji komunitních služeb záležet. Jsme velmi roztržštěná společnost – hovořila jste o krizi rodiny, která to nechává na státu. Já ale vidím jako mnohem zásadnější problém ztrátu role obce, která necítí odpovědnost za své lidi. Anebo by pro ně i nějaký systém služeb ráda vytvořila a zřídila pozici koordinátora, ale bojí se něco takového garantovat, pokud na to nedostane peníze. Jsou tam tři úrovně – stát, kraj, obec – a jde o to se dohodnout, kdo by měl co financovat. Tady jsme ale už na úrovni politického rozhodnutí, jakým způsobem se chceme starat o stárnoucí obyvatele [...] Debaty o stáří u nás většinou končí u důchodové reformy. Naše společnost to nemá ujasněné. Ano, stáří má svá úskalí, ale nemusí to být nedůstojné živoření. K tomu se ale musí vytvořit předpoklady a každý z nás se o ně musí zasadit. Ať už ve vlastní rodině nebo právě v obci“ (Hromádková 2020).

Na otázku redaktorky, zda nám nemůže být v něčem inspirací například Švédsko, které je v sociálních otázkách napřed, Kalvach odpovídá: „Může, a to hned ve třech zkušenostech. Především se Švédům podařilo vyřešit problém lidí vyžadujících dlouhodobou péči, kteří blokovali postele v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních. Švédové to vyřešili zákonem o obcích, kterým připadla zodpovědnost se o takové lidi postarat. Obce si mohly vybrat, zda budou pobyt svých občanů v nemocnicích platit, nebo jim zajistí péči jinak. Většina z nich se rozhodla rozvinout právě komunitní služby nebo se spojilo několik obcí dohromady a postavily společně nějaké pobytové zařízení. [...] Švédsko se rozhodlo výrazně omezit ústavy. Respektovaly to středolevé i středopravé vlády. [...] A přesto trvalo třicet let, než se podařilo všechno přenastavit tak, aby zůstalo v ústavní péči co nejméně lidí. U nás jsme už těchto třicet let prošustrovali a zatím jsme s podobnou snahou ještě ani nezačali. A ze třetí švédské zkušenosti plyne přiznání, že ani jejich štědrý sociální stát nemůže každému ve stáří zajistit ráj na zemi. Že to není reálné, když se od 80. let ví, jak vypadá demografická křivka a že se lidé dožívají stále vyššího věku. Přebytky z dob, kdy to demograficky šlo, zkrátka už nejsou a nebudou. V Česku nastane nejhorší situace kolem roku 2050, kdy zestárnou děti narozené v 70. letech. Protože měly tyto ročníky pozdě děti, bude historicky největší nedostatek

mezigenerační podpory. A to nejen finančně, ale také z hlediska zajištění péče. Bude prostě velmi málo lidí, kteří se o seniory z těchto ročníků budou moct postarat. Právě o lidech narozených v 70. letech platí, že by se měli udržet co nejdéle v co nejlepší kondici. Možná si tato generace nebude moct dovolit odejít do důchodu v 65 letech“ (ibid).

Je zjevné, že se nacházíme v další etapě. Poté, co jsme začali seniory z nemocnic přesouvat do domovů pro seniory, ukazuje se, že ani tento krok nevyřeší problémy stárnoucí populace. K nechtění se do institucionalizovaných zařízení vůbec přestěhovat, se přidává i aspekt ekonomický. A to jak na straně veřejných rozpočtů, tak samotných potenciálních klientů.

Já vím, že hodně lidí říká, už si podat přihlášku do nějakých domovů, protože pak se čeká velice dlouho, když se něco stane. [...] Člověk doufá, že zemře dřív, než bude potřebovat tyhle služby [...]

(o možnosti přesunout se do nestátního zdravotního zařízení)

Platí se tam minimálně 13 – 16 (tisíc), ale pouze bydlení. To je jako hotel v podstatě. Máš tam garsonku. Ale pokud by jsi zůstala ležet, tak tě tam stejně nenechají. Zase by sis musela zařídit domácí péči. Nebo tě odvezou někam na LDNku. To je v podstatě ubytování [...] (žena, 70+, zdroj: Stopa v hlavě)

Na začátku výzkumu jsem měla tendenci předpokládat, že v zemích s rozvinutějším systémem sociálně-zdravotních služeb jsou senioři v době rozhodování o podobě bydlení ve stáří v lepší pozici než v ČR. Ukazuje se ale, že více (a lépe provázaných služeb) nemusí nutně znamenat méně obav. Koncem roku 2017 si Ministerstvo zdravotnictví Austrálie nechalo zpracovat kvantitativní vyhodnocení (a srovnání stavu před a po nasazení) kampaně k šíření osvěty o provedených změnách v systému péče o seniory. Bylo pro mě překvapivé, jak moc výstupy této zprávy korespondují se závěry mého výzkumu. Zpráva mj. uvádí, že:

- většina lidí chce zestárnout doma, nemají ale dostatečné informace o poskytovaných službách, které by jim zůstat doma umožnily,
- lidé kontaktování externí instituce / odborníka často do poslední chvíle odkládají, protože se obávají, že pouhé mapování potřeb může vyústit do nechtěné intervence - např. návrhu na přesun do domova pro seniory,
- většina respondentů průzkumu má se zařízeními pro péči o seniory spojeny převážně negativní konotace - existují zejména obavy z kvality poskytované péče,
- ostatní formy péče spíše neznají (Australian Government, Health Department 2017).

Ukazuje se zde začarovaný kruh, který potvrzuje i můj výzkum. Protože téma stáří pro nás není příjemné, úvahám o něm se dlouhou dobu vyhýbáme. Často do doby, kdy dílčí problémy přerostou do podoby urgentního stavu, který vyžaduje rychlé řešení. Protože jsme téma dlouho ignorovali, nemáme potřebné informace. Cosi tak předpokládáme a rozhodujeme se za situace, kdy jsme ovlivněni a) strachem, b) nedostatkem relevantních informací jak o službách samotných, tak o přáních a představách našich blízkých, c) časovým tlakem (potřebujeme řešení rychle). V těchto podmínkách bývá nalezení optimálního řešení spíše výjimkou než pravidlem.

4.4 Možnosti seniorského bydlení

Dá se tedy na stárnutí připravit? Lucie Vidovičová na tuto otázku odpovídá následovně: „Přiznám se, že teď jsem na vážkách. Může za to Radkin Honzák, který mě v televizní debatě vystavil otázce, proč se chystat na stáří, když vůbec nevíme, jak to bude vypadat. Ono je dobré si upravit byt bezbariérově, ale třeba si ten krček nikdy nezlomíte a nikdy ho bezbariérový potřebovat nebudete. Příprava na stárnutí je tak možná spíš o přijetí myšlenky, že stárnutí je přirozený proces, který se nám děje každý den, a že je dobré mít už dopředu přehled o tom, jaké jsou možnosti. Až se něco stane, jako třeba ta zlomenina, může nás stát příliš mnoho sil začít nějaká opatření teprve vydupávat ze země“ (Fojtů 2020).

Stejnou otázku jsme si pokládaly i s architektkou Anežkou Příhodovou při přípravě workshopů, které se týkaly seniorského bydlení. Chtěly jsme účastníkům workshopu předat praktické informace, které jim mohou pomoci při úpravách vlastního bydlení při přípravě na stáří. Zároveň nás ale zajímaly zkušenosti účastníků a jejich reakce na případné nepředvídatelné situace. Vytvořily jsme tak strukturu workshopu, která měla tři stěžejní fáze:

1. Po krátkém úvodu jsme chtěly nechat účastníky zažít „změnu paradigmatu“. Zadaly jsme jim tak úkol představit si ideální den ve věku sedmdesáti let a co nejpodrobněji popsat, jak, kde a s kým ho tráví. Poté, co úkol dokončili, jsme jim situaci poněkud změnilly pomocí dvou kartiček, které si náhodně vylosovali. První obsahovala popis sociodemografické situace (např. bydlíte ve třetím patře v menším městě a musíte svého partnera několikrát týdně doprovázet na lékařskou kontrolu). Druhá „handicap“ – tj. popis zdravotního omezení, se kterým se daný účastník musel nějak vypořádat („handicapy“ vycházely ze statisticky nejčastěji se vyskytujících chronických chorob u osob ve věku 70+). Kombinace těchto dvou kartiček tak vytvořila unikátní situaci. Účastníky jsme požádali, aby svoji představu ideálního dne nyní přizpůsobili

změněným podmínkám. V následující diskusi jsme reflektovali pocity, které to v účastnících vyvolalo.

2. Druhá část workshopu byla čistě praktická. Anežka Příhodová vysvětlovala (a demonstrovala na praktických ukázkách) jednoduché úpravy, která dávají smysl, pokud si člověk přeje zůstat co nejdéle doma. Zároveň se ale snažila účastníky vybídnout k přemýšlení, zda si před samotnými úpravami položily některé klíčové otázky, jako např. zda jejich okolí nabízí vše, co si kolem sebe přejeme ve stáří mít. Náš byt či dům zpravidla nějak upravit můžeme, s naším okolím je to už ale horší.
3. V poslední části jsme se snažily zjistit, za jakých podmínek si účastníci workshopu dovedou představit sdílet své bydlení s někým dalším. Tato část reagovala na trend různých typů co-housingů, který se ze Skandinávie postupně rozšiřuje do dalších míst světa. Zajímalo nás, jak se liší (nebo shoduje) připravenost účastníků sdílet místa jako koupelna či kuchyň s někým dalším mimo okruh rodiny. Vycházely jsme z myšlenky, že kulturní odlišnosti mohou při rozhodování o případné akceptovatelnosti takového typu bydlení hrát významnou roli. Tuto část workshopu jsme proto koncipovaly jako hru.³⁶

Účastníci byli rozděleni do skupinek; dostali určité množství žetonů, za které mohli nakupovat místnosti a služby. Za prostory (a činnosti), které byli ochotni sdílet se spolubydlícími, platili přitom menší částky než za prostory, které chtěli mít čistě privátní (nebo za situaci, kdy sice využívali např. společnou kuchyň, ale v určitém čase ji chtěli mít pouze pro sebe). Stejně jako v prvním případě dostali účastníci přiděleny „role“, se kterými se měli co nejvíce ztotožnit (např.: „žena, horší stabilita a pohyblivost, děti a vnoučata v zahraničí, dvakrát týdně za vámi chodí pečovatelka a dopomáhá s hygienou“, „muž, spíše samotář, nedoslýcháte“...). Účelem bylo nechat účastníky zažít situaci, kdy kvůli finančním limitům musí volit kompromisy. A sledovat, kde jsou jejich hranice. Následovala opět diskuse, kde účastníci popisovali jak průběh vyjednávání, tak celkovou spokojenost s dosaženým řešením.

³⁶ Ta vycházela z podobných principů jako hry, které se v některých skandinávských zemích používají při jednání investorů, místních zastupitelů i odborné veřejnosti při přípravě větších staveb.

Vzhledem k tomu, že jsem se workshopu účastnila v pozici spolu-moderátora, bylo pro mě obtížnější zaznamenávat všechny důležité skutečnosti. Po skončení (a pokud to bylo možné i v průběhu) workshopu jsem si ale pořizovala terénní poznámky.

Obou workshopů se zúčastnilo celkem 26 účastníků z různých věkových kategorií. Zejména u druhého workshopu byla věková skladba velmi pestrá (od dvacátníků po seniory sedmdesát+). A jaké jsou hlavní závěry z realizovaných workshopů?

Lidé, kteří měli zkušenost s péčí (nebo se tématu stáří z nějakého důvodu více věnovali), se na „novou situaci s handicapem“ poměrně rychle adaptovali. Byli schopni identifikovat zdroje, které by jim v dané situaci pomohly, a věděli, kam by se v případě potřeby obrátili. Dopad na imaginární kvalitu života u nich byl menší.

Starala jsem se o svojí mámu, takže když jsem si vytáhla (*na kartičce*) manžela, se kterým musím chodit často k lékaři – a přitom bydlíme na okraji města – a zároveň inkontinenci, moje plány mi to dost nabouralo. Ale nerozhodilo mě to. Vím, že bych stihla daleko míň věcí, který mám ráda, ale dala bych to. Prostě bych to jinak přeskládala. A občas bych si řekla o pomoc.

Mám (*v realu*) staršího manžela, takže už jsem o tom přemýšlela. Příjemný by to teda nebylo, ale prostě by si musel zvyknout, že nevařím já, že se o něj postaraj' lidi z osobní asistence a přinesou nám i jídlo. Ale na kamarádky bych si vždycky našla čas, protože je to důležitý. Nějak bych si to zařídila, abych se s nima mohla vidět...“ (*žena, která ve fiktivní situaci po operaci krčku dočasně nemohla chodit*)

Účastníci workshopu, kteří už před jeho návštěvou o tématu přemýšleli, se ve svých úvahách nejčastěji zamýšleli nad úpravami bytu souvisejícími s omezením hybnosti. Úpravy v souvislosti s možnou demencí či zhoršením smyslového vnímání promýšleli daleko méně často:

[...] měl jsem takovej dobrej pocit z toho, že mám barbarérovej dům. A že mám tudíž vyřešeno. A vy mi tu přidělíte demenci a já zjišťuju, že na to teda připravenej nejsem. Zařízením ani mentálně.

Spontánní znalost terénních služeb u lidí bez přímé nebo pracovní zkušenosti se stárnutím byla poměrně nízká. Některé situace jim tak připadaly „nad jejich síly“.

[...] doufám, že tohle teda nenastane. Vůbec nevím, jak bych to řešila. Ty statistiky, jak je to častý, jsem radši neměla vůbec vidět.³⁷

³⁷ Naším cílem rozhodně nebylo účastníky vyděsit, proto jsme dramaturgii stavěli tak, aby po případném „počátečním šoku“ následovaly uklidňující informace a návody, jak si s danou situací poradit.

Velmi zajímavé byly výstupy ze hry. U prvního workshopu nás trochu tlačil čas, proto jsme hru musely ukončit dříve, než ji všechny skupiny dokončily. Poznatky tak byly omezenější, ale i tak přinesly zajímavé vzhledy:

Jako já tak trochu počítám s tím, že v tom našem baráku nakonec zůstanu sama. Představovala jsem si, že si seženu nějakou pečovatelku a povedu tam docela osamělej život. Ale nikdy jsem nepřemýšlela, že bych část baráku mohla pronajmout. Myslela jsem si, že by mi to bylo nepříjemný. Ale když jsme to tady tak řešili, došlo mi, že by to vůbec nemuselo bejt tak špatný řešení. Kdybych si ty lidi mohla vybrat a domluvili bysme se od začátku na pravidlech. Tohle si odsud odnáším jako variantu.

V případě druhého workshopu vznikly tři skupinky, u kterých byl velmi odlišný průběh domlouvání i konečné uspořádání prostoru. Zatímco v jedné skupince byli účastníci ochotni sdílet veškeré prostory kromě soukromých ložnic – a díky tomu se jim podařilo velmi dobře si vybavit byt a nalézt i způsob, jak sdílet některé koníčky a zorganizovat si návštěvy jednotlivých obyvatel bytu tak, aby to nikoho nerušilo, u dalších skupin nebyl průběh ani zdaleka tak hladký. Druhá skupina potřebovala pro tři lidi dvě koupelny a navíc samostatnou (třetí) toaletu, v kuchyni se obyvatelé střídali při přípravě vlastních jídel a podělit se dokázali pouze o úklid společných prostor. Třetí skupina skončila v podstatě se čtyřmi „garsonkami“, kde společné byly pouze vstupní prostory a obývací pokoj. Třenice ale vznikaly i kolem jeho využití v době návštěv rodinných příslušníků, či když jedna z obyvatelky chtěla často hrát na piano a ostatním se to příliš nelíbilo.

I když z proběhlých her a následných diskusí nelze učinit žádnou předběžnou hypotézu typu: „*Češi jsou ve většině případů ochotni sdílet kuchyň, ale koupelnu už ne*“ (kromě toho, že žádná skupina nebyla ochotna sdílet s nikým cizím místo na spaní - což je ve značném rozporu s tím, jak vypadá většina stávajících domovů pro seniory), byly pro nás poznatky z nich velmi cenné. Ukázalo se, že ačkoli na začátku byli mnozí účastníci vůči co-housingu spíše skeptičtí, po seznámení s některými zahraničními projekty a diskusi po proběhlé hře se jejich postoje v mnoha případech změnily. Začali spíše přemýšlet o tom, jak by takové místo mělo vypadat, aby se v něm cítili dobře, místo odmítnutí a priori.

4.5 Senioři a bydlení – shrnutí

„Domov je místo, které nese otisk toho, kým doopravdy jsme. Zde můžeme být sami sebou. Měl by být místem, kde obnovujeme svoje síly. Zde můžeme nechat odplynout starosti a projevit naše skutečné já“

L. Graham (Happiness Research Institut 2019).

Podle studie, kterou provedl Happiness Research Institut (2019) v deseti zemích mezi více než třinácti tisíci respondenty, se naše domovy podílí na našem celkovém štěstí více než 15 %. Je to více než např. u příjmu (6 %) nebo u postavení v práci (3 %). 73 % lidí, kteří jsou šťastni doma, jsou zároveň šťastni v životě jako takovém. Není přitom důležité, jak je náš dům velký či luxusní, ale nakolik odpovídá našim potřebám a nakolik se v něm cítíme bezpečně. S věkem se přitom důležitost domova pro šťastný život zvyšuje. Ve stáří se zmenšuje náš sociální i fyzický prostor. Není proto s podivem, že mí respondenti, kteří stáli před volbou, která zahrnovala změnu bydlení, si s ní spojovali četné obavy.

Zatímco v USA, kde je stěhování v průběhu celého života daleko běžnější než v ČR, poradenské organizace poskytují seniorům dotazníky a „checklisty“, které slouží k jejich lepšímu rozhodování, kde prožít zbytek života³⁸, v ČR si dobrovolné stěhování mimo původní domov stále volí menšina obyvatel.

S prodlužujícím se věkem a s tím, kolik procent lidí dokáže být plně samostatných až do konce života, je zjevné, že na řešení této otázky u nás či našich blízkých pravděpodobně dojde – bez ohledu na to, jak je nám nepříjemné na ni myslet. Podle vyjádření odborníků v médiích, i těch, se kterými jsme měla možnost mluvit osobně, je v ČR problematická zejména koordinace sociálně-zdravotních služeb. Ta nejen že je rozdělena mezi dva resorty (MPSV a MZ) a v meziprostoru vznikají „hluchá místa“ a systémové neefektivity, ale nepříliš šťastné je i rozdělení mezi stát, kraje a obce.

Do tohoto prostoru vstupují soukromí investoři, ani to ale není bez problémů. Mnoho z nich nechce (a s ohledem mj. na byrokratické překážky se jim nelze divit) podstupovat náročný proces certifikace zdravotních a sociálních služeb a situaci různě obchází. Tato zařízení tak často představují pouze dočasnou alternativu. Mnohá soukromá zařízení navíc z ekonomických důvodů vznikají v místech, která jsou k tomu nejméně vhodná (komplexy „uprostřed ničeho“, kde jsou senioři v podstatě zcela odtrženi od běžného světa, protože není v jejich silách přesunovat se na větší vzdálenosti při chybějící infrastruktuře).

V rámci mého výzkumu se odpovědi respondentů na způsob preferovaného bydlení ve stáří lišily zejména podle jejich věku a zdravotního stavu. Dva senioři zmínili, že by si dovedli

³⁸ vč. pomoci s identifikací, jaká kritéria jsou pro ně důležitá

představit dožit v hospici, ale v době tomu předcházející chtěli zůstat doma. Další senioři mi v rámci hloubkových rozhovorů několikrát opakovali, že raději zemřou sami doma (např. na následek pádu, kdy nebudou mít v blízkosti nikoho, kdo by jim mohl pomoci), než aby podstupovali „utrpení života v ústavu“.

(seniorka mluvila o situaci, kdy by se už o sebe nedokázala postarat)

[...] v tom případě bych to chtěla rychle skončit. Víím, že eutanazii v Čechách hned tak nepovolí, tak bych se radši pokusila skončit to sama. Třeba tím, že přestanu jíst a pít. Dřív to tak lidi dělali, ne? A tuhle variantu by mi snad ještě umožnili. [...] Musela bych podepsat nějaký ten papír, aby už mě dál neoživovali, kdyby mě našli dřív. Tak jen doufám, že by to dodrželi a že by to respektovala i moje dcera.“ (žena, 75+)

Institucionalizovaná zařízení málokdy byla otázkou první volby; občas připouštěnou nutností. Jedna dáma mi líčila, jak se její život zlepšil poté, co jí dcera pořídila „SOS tlačítko“ a ona tak nemusí mít obavu, že kdyby se jí něco stalo, nikdo jí nepřijde na pomoc. Když ale mluvila o variantě, že by kvůli nějaké zdravotní komplikaci či omezení již nemohla zůstat doma, rovněž zmiňovala, že v tom případě by preferovala „rychlý konec“.

Jenom málo seniorů znalo terénní sociální služby a často neznali ani podmínky pro přiznání příspěvku na péči či další kompenzace (např. příspěvek na zdravotní pomůcky nebo úpravy bytu). Někteří senioři uvedli, že by jim bylo trapné si o něco takového žádat. V některých případech iniciativu převzaly děti (a to přes nesouhlas rodičů, kteří tvrdili, že nic takového nepotřebují, protože „jsou plně soběstační“). Tyto postoje byly patrné i navzdory tomu, že finance v přemýšlení o podobě bydlení / péče hrály významnou roli. Jedna starší paní si mi např. posteskla:

Moje sestra žije skoro celý život v Německu, má pěknou penzi a může si tak najmout polskou ošetřovatelku, která s ní bydlí a kompletně se o ní stará. Může tak zůstat doma a přitom ví, že je o ní dobře postaráno. Občas děti dohlídnou, že všechno běží, jak má, pomůžou s drobnostma, ale nemaj' s tím starosti a můžou tak chodit jenom na přátelský návštěvy. [...] A když ta ošetřovatelka jede domů na dovolenou nebo na svátky, tak za ní zařídí zástup. Je to o něco dražší, ale jde to. To by se mi taky líbilo, ale na tohle já nikdy nebudu mít peníze. [...] Takže to musím vyřešit jinak. Ale žádný dobrý řešení mě teda zatím nenapadá. A to už má sestra počínající demenci. Ale ta Polka na ní dohlíží, takže se nic nestane a ona může zůstat doma a ještě má společníci, aby jí nebylo smutno. (žena, 75+)

Alternativy v podobě bydlení v domech, které jsou plně propojeny s okolním světem a kde bydlení pro seniory tvoří pouze část takového komplexu³⁹, zatím nejsou v ČR ani příliš

³⁹ a zároveň nabízí služby, které se dají „nakupovat“ a měnit dle potřeby a aktuální situace seniora.

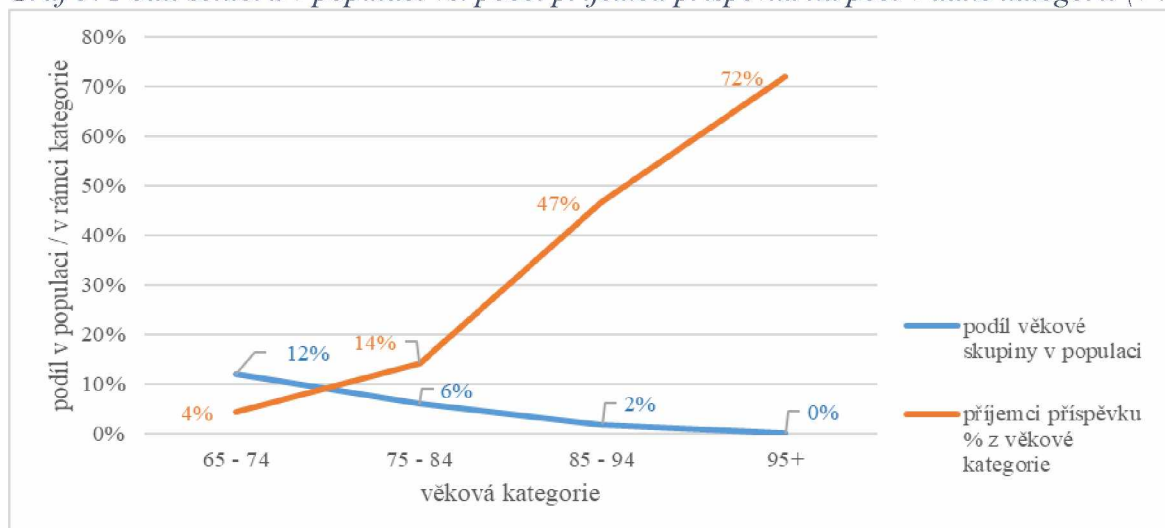
známy ani rozšířeny. Podle vyjádření seniorů, se kterými jsem měla možnost mluvit (i podle výroků příslušníků mladších generací), by se mnoha z nich takové bydlení líbilo. Je tak otázkou, zda v dohledné době kromě velkokapacitních domů pro seniory izolovaných od okolního světa, kde se necítí dobře téměř nikdo, začnou i v ČR vznikat projekty, které by seniorům umožňovaly prožít závěr života dle jejich představ. Podle výpovědí i neverbální komunikace seniorů představuje otázka bydlení v pozdějším věku pro mnoho z nich významný zdroj stresu.

5 Sociální vztahy

„V příbězích dochází běžně k opomíjení doby trvání a jejich celkový charakter často definuje jejich zakončení. Stejně klíčové vlastnosti se objevují v pravidlech vyprávění i ve vzpomínkách“
(Kahneman 2012: 413).

Podle údajů ČSÚ žilo k 31. 12. 2019 v ČR 2 131 630 seniorů nad 65 let věku (tj. cca 20 % z celkové populace). Z toho 247 593⁴⁰ jich pobíralo příspěvek na péči. Senioři tak tvořili 69 % všech příjemců příspěvku na péči⁴¹ a v úhrnu z celkového počtu seniorů jich příspěvek na péči čerpalo 11 %. Rozložení čísel podrobněji zobrazuje následující graf.

Graf 5: Podíl seniorů v populaci vs. počet příjemců příspěvku na péči v dané kategorii (v %)



N (řada 1) = 2 131 630, N (řada 2) = 247 593, Zdroj: zpracováno autorkou na základě dat ČSÚ a MPSV

Může působit zvláštěně vkládat graf na úvod kapitoly o sociálních vztazích. Dle mého názoru ale dobře ilustruje rozdíly v životní situaci seniorů třetího a čtvrtého věku. Zatímco značná část seniorů do cca 80 let je schopna žít relativně samostatně – často ve vlastním bytě či domě, od této hranice se šance na nezávislý život podstatným způsobem snižují. A i když samozřejmě i zde platí, že chronologický věk je velmi nespolehlivý ukazatel pro individuální situace (můžeme najít plně samostatné devadesátníky a naopak seniory těsně po šedesátce,

⁴⁰ Data pocházejí ze zdrojů MPSV k 31. 12. 2018. Vzhledem k údajům o populaci je zde roční disproporce. S ohledem na zanedbatelný přírůstek populace, ale tento fakt zanedbávám. V době psaní práce nebyla data za 2019 na stránkách MPSV dostupná.

⁴¹ celkové číslo k 31. 12. 2018 bylo 359 387

kteří již potřebují nepřetržitou péči), přesto má z obecnějšího pohledu jistou vypovídací schopnost.

Při rozhovorech se seniory se v souvislosti se vztahy objevovalo opakovaně několik témat. Postoj k nim byl značně ovlivněn právě tím, zda daný senior byl schopen fungovat samostatně nebo zda již byl nějakým způsobem odkázán na vnější pomoc. Hlavními tématy, ke kterým se během rozhovorů obvykle stočila pozornost, byly: rodina, vrstevníci, osamělost, otázka péče ve stáří a zažívaná smysluplnost či potřeba užitečnosti. V následujících podkapitolách se tak chci u každého z těchto témat krátce zastavit.

5.1 Rodina, vrstevníci a otázka osamělosti ve stáří

Během rozhovorů se seniory se ukazovalo, že s postupujícím věkem nabývá rodina na významu i pro jedince, kteří (dle vlastních slov) měli dříve jiné priority. Mladší senioři často vypichovali i důležitost vrstevníků, se kterými sdíleli stejné vzpomínky, názory na hudbu apod. a byli schopni k sobě být naprosto upřímní bez ohledu na sociální postavení (posledně jmenované zmiňovali zejména muži):

S dětma to máš těžký, někdy si s nima není co říct. Jsou fajn, ale práci, kterou dělaj, nerozumím, jejich život je jinej a kecat jim do toho nechci. Takže se líp cejtím mezi svejma (*vrstevníky*), protože tam je pořád o čem mluvit a nemusíš si před nima brát servítky. Prostě si všechno řeknem na férovku a jdem dál a neděláme z toho vědu. [...] Takže se na ty naše akce vyhrabu, i když jsem někdy línej. (muž 65+)

Objevovalo se i téma koníčků a komunity kolem nich:

Co mě těší? Že můžu vobčas zajít s chlapama do lesa, na ryby, pak se stavíme v hospodě, kde máme ty naše schůze. Jako já mám pořád hodně co dělat, ale vobčas prostě potřebuju zajít mezi lidi. (muž 75+)

Přítelkyně a koníčky byly důležité i pro ženy; ty ale častěji zmiňovaly na prvním místě děti a vnoučata. Kamarádky hrály důležitou roli zejména u žen, jejichž děti žily nebo pracovaly v zahraničí nebo daleko od místa bydliště, a s nimiž se tak vídaly pouze zřídka:

My máme takovej spolek. Občas spolu chodíme do galerií, popovídat si na kávu a občas se společně vypravíme i na výlety. Držíme se vzájemně nad vodou. Někdy je mizerně té, jindy oné. Tak se z toho navzájem vypovídáme, přijdeme na jiné myšlenky. [...] Moje děti žijí daleko, tak jsem za ty moje souputnice hodně vděčná. (žena 70+)

U mladších seniorů (minimálně u těch, se kterými jsem měla možnost mluvit) se izolovanost či osamělost nezdála jako téma, které by je příliš trápilo. Situace vypadala jinak až u starších seniorů:

Mě už to na tom světě někdy vůbec nebaví. Z mezech vrstevníků už nikdo nežije, tomu modernímu světu nerozumím. Celý dny jen luštím křížovky, koukám na televizi a občas čtu, ale ani to nevydržím dlouho. [...] Nohy už mi moc neslouží, takže už se nikam nedostanu. Mám hodné děti, vnoučata i pravnoučata, ale tu prázdnotu to nezaplňuje. Už jsem naprosto k ničemu. (žena 90+)

Tady v domově jsou na mě všichni hodní, ale už to není, co to bývalo. Stáří jsou ztráty, permanentní ztráty – blízkých lidí, špatně vidím i slyším, o chůzi ani nemluvě. Snažím se to nevzdávat, ale někdy to není lehké. Stáří prostě není pro zbabělce (smích). [...] Ale lepší tady než být zavřený sám doma, tady aspoň vidím hezký sestřičky (smích). (muž 85+)

Téma osamělosti ještě získalo na významu v době karantény kvůli COVID 19. Někteří senioři se v té době naučili pracovat s aplikacemi jako Zoom nebo Skype, ale dle jejich slov jim to fyzický kontakt (např. s vnoučaty) nenahradilo.

V nějaké etapě jsem si řekla, že mi to za to nestojí. Na něco umřít musím a tohle (*COVID 19*) aspoň vypadá na celkem rychlou smrt. Už se mi po nich moc stýskalo (*po vnoučatech*), takže jsem přemluvila děti, ať mi je přivezou. S vědomím všech rizik. Za co by ale takový život stál, kdybych měla být pořád zavřená sama doma [...] (žena 70+)

Minimálně v první etapě nesli senioři karanténu velmi statečně (jak jsme se mj. dozvídali z mnoha médií). Situace se začala měnit až po několika týdnech izolace a výroky podobné tomu předchozímu jsem si vyslechla od více seniorů. Někteří klienti domovů pro seniory si podle vlastních slov začali připadat jak vězni, kterým je odepřen kontakt s těmi nejbližšími.

5.2 Potřeba užitečnosti

„Bereme práci jako riziko. V domovech seniorů pak lidi nenecháme namazat si ani chleba, protože by si mohli něco udělat. Tak je raději necháme dělat keramické výrobky, které jsou k ničemu.“

Lucie Vidovičová (Fojtů 2020)

Fokusní skupiny a rozhovory s některými příslušníky sendvičové generace jsem prováděla před odletem na terénní výzkum do Indonésie, větší část rozhovorů se seniory proběhla ale až po mém návratu. A i když jsem se snažila nesrovnávat a nenechat se v Indonésii proběhlým výzkumem ovlivnit, byly momenty, kdy se mi to dařilo jen obtížně. Jedním z nich byly situace, kdy nás rozhovor zavedl k tématu zažívané smysluplnosti ve stáří.

Pracovat ve stáří je pro mnohé Indonésany nutnost, nikoli otázka osobní volby (ve věku 80+ stále pracuje více než 22 % Indonésanů). I v pokročilém věku často vykonávají velmi obtížné práce, protože je to jediný způsob, jak přežít. S ohledem na chybějící vzdělanostní kapitál velké části současné generace indonéských seniorů⁴² jsou právě fyzicky náročné profese jedinou oblastí, kde se mohou uplatnit (Adioetomo & Mujahid 2014).

Nepopírám, že využití v yogyakartských ulicích becak⁴³ řízený pánem ve věku kolem osmdesátky, mi zprvu činilo potíže. V naší kultuře se setkáváme s druhým extrémem. Mnohdy ještě velmi mladým seniorům upíráme možnost zůstat v práci, která je těší, a vytlačujeme je na existenční periferii. Mladší senioři si často najdou alternativu v podobě sportu, koníčků či hlídání vnoučat (i když u některých zpovídaných seniorů byla cítit jistá hořkost z toho, že se stali „nepotřebnými“; jiní si tuto „nezávislost“ velmi užívali). Odlišná byla situace seniorů, u kterých se již začaly objevovat první zdravotní komplikace. V dobré víře jim začneme pomáhat natolik, až je zcela zbavíme jakéhokoli pocitu užitečnosti.

Senior v reakci na článek o prevenci pádů v domácnosti, který právě dočetl

To jako, že v 65 je z člověka křípl, který se neudrží na nohou? Autorka je zřejmě invalida na mozek. Právě to, že se člověk začne takhle hystericky chránit a chodit pomalu s berlema, to ho fyzicky úplně odrovná! A nedokážu si představit byt oblepený gumou a s koberečky na zdi [...] to jsou články pro dementy, fakt. No, já chodit těch skoro třicet roků s klackem, to bych teda dopad. Bych se v těch zhruba devadesáti nehnul. Soused si přerazil v sedmdesáti hnát, začal tahat berle, rehabilitace ho bólela - no zblbnul z toho, odtekl do kanálu a už je po něm tak asi od 75. Tou dobou mně bylo o deset víc a to jsem byl po třech infarktech a to jsem ani jednou nebyl ve špitále. Vždycky to zjistili až náhodně. No jo, nikdy jsem své psy neměl v kotci. Běhal jsem s nimi několikrát denně do kopce. Soused v důchodu seděl akorát na lavičce, neměl holt trénink na průsery. [...] Jenom já starý vůl, emeritní vysokoškolský učitel a filozof si říkám, že i do hrobu může člověk dojít důstojně. A třeba i po svých. Oni v penzi sednou na prvních pět roků do hospody, na dalších pět k televizi a potom už je jim jedno, jestli jsou u piva nebo v pemprskách [...] (muž 90+)

Všichni senioři, se kterými jsem měla možnost v Indonésii mluvit, měli kolem sebe rozsáhlou sociální síť, která zahrnovala nejen rodinné příslušníky a přátele, ale také sousedy, členy stejné náboženské komunity a mnoho dalších lidí. Byli zvaní jako čestní hosté na svatby

⁴² Nejde přitom jen o chybějící znalost práce s PC či znalost angličtiny, ale v některých případech i o vyšší formu gramotnosti, která by jim umožňovala zastávat byt' jen nižší administrativní pozice.

⁴³ Manuálně ovládaná forma „tríkolky“ se sedadlem pro pasažéry umístěným ve přední části, která je modifikací např. v Indii používané rikši. Zejména na Jávě je tento dopravní prostředek používán velmi často a poskytuje zaměstnání milionům lidí.

v sousedství i na další oslavy. Nikomu (alespoň na první pohled) nepřekáželo jejich pomalé tempo ani to, že jim s určitými činnostmi museli mladší mnohdy pomáhat. Dostávalo se jim respektu a péče, a to bez ohledu na jejich sociální status. Měli svoje problémy a dostupnost zdravotní péče byla pro mnohé se stavem v ČR naprosto nesrovnatelná. Za celý svůj pobyt jsem ale nepotkala jediného seniora, který by byl izolován ve svém bytě, a život se odehrával jen za jeho okny.

Po rozhovorech s některými staršími českými seniory, kteří již nebyli schopni naplňovat ideál prodlouženého středního věku, ve mně občas přetrvával zvláštní smutek. Ani tak kvůli jejich chorobám a omezením, se kterými se ve většině statečně vyrovnávali. Spíš proto, že jsme je jako společnost ve jménu péče o ně možná připravili o něco velmi podstatného – o životní smysl, naplnění, pocit, že jsou ještě někomu užiteční – o dobré zakončení jejich příběhu. Mnohým tak nezbylo než prázdno, které se snažili nějak zaplnit.

Že ani zdaleka všichni mí respondenti nebyli „pohádkovými stařečky“ či „stařenkami“ s laskavým úsměvem a nadhledem, je jistě také pravda. Byly ale situace, kdy mi minimálně část jejich frustrace přišla pochopitelná.

5.3 Podoby péče ve stáří

„Dobré odpoledne,
Tak jsme zase začali pracovat s „fotografiemi míst, kde klienti žili“.
[...] Pomohli nám hodně i studenti, kteří tady byli na praxi v dubnu (hledali fotografie). Jelikož vytvořit „knihu míst, kde klienti žili“ zabere spoustu času.
Např. když klient žil v 30tých letech v Kolíně, najít dobovou fotografii je někdy umění....:-)
[...]
Dnes jsem tuto „knihu“ nesla pí. [...]
Hned na první fotografii Kolína reagovala. „tak tento pohled vidím po 90ti letech...“ a začaly jí téct slzy dojetí... Což u ní nebývá běžné...
„Jéé a moje milované Pardubice, zde jsem strávila nejkrásnější roky života od 6 let do 18ti let. A Sněžka, Krkonoše jsou moje nejoblíbenější hory....
A jak to všechno o mně víte?“
Tak jsem jí znovu vysvětlovala, jak s Tomášem [...] zpracovávala svoji biografii, ze které jsme při tisku fotografií vycházeli.
Byla moc dojatá a děkovala za to, co pro ni všichni děláme, je jí teď přeci jen více smutno.⁴⁴
Aničko, vyřid' díky pečovatelům, moc je chválila!!!!
Tak je vidět, že naše práce s biografií má smysl.“

⁴⁴ Odkaz na situaci, kdy domov pro seniory byl pro veřejnost uzavřen kvůli karanténním opatřením.

(kopie části emailu pracovnice domova pro seniory odesílaného ostatním zaměstnancům organizace, květen 2020).

V kapitolách věnovaných bydlení jsem se zaměřovala spíše na negativní aspekty domovů pro seniory. Výše uvedená ukázka je dokladem, že institucionalizovaná péče může mít i jiné podoby. Osobně jsem za poslední dva roky poznala desítky lidí, kteří v této oblasti odvádí skvělou práci. Bohužel se stále ještě často jedná spíše o výjimky jak na straně institucí (dobré domovy pro seniory jsou vyhlášené a jejich kapacity limitované), tak na straně jednotlivců.

5.3.1 Péče v datech

V roce 2018 proběhlo v ČR rozsáhlé šetření realizované Fondem dalšího vzdělávání. Šetření se zaměřovalo na podporu neformálních pečujících a jeho cílem bylo zejména zmapovat:

- postoje obyvatel ČR k neformální péči a neformálním pečujícím,
- postoje obyvatel ČR k dalším formám péče,
- přímé i nepřímé zkušenosti s péčí,
- postoje k opatřením sociální politiky, která se péče týkají,
- další témata souvisejících s neformální péčí (FDV 2018: 4).

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že domácí forma poskytování péče je dle respondentů z hlediska péče o staré a nemohoucí podle většiny české veřejnosti vhodnější. S výrokem souhlasilo 66 % osob, 28 % si nebylo jisto a jen 6 % osob se domnívalo, že péče by neměla probíhat v domácím prostředí.

Podle průzkumu se ze sociodemografického hlediska odpovědi jednotlivých skupin příliš nelišily. Zajímavé je, že názory na problematiku domácí péče nebyly výrazně diferenciovány ani podle toho, zda dotyčná osoba o někoho pečuje či nikoliv (např. v mém výzkumu toto dělení hrálo poměrně významnou roli). Zaznamenané rozdíly se ukazovaly pouze u následujících témat:

- Ženy, osoby 60+ let a lidé z větších měst častěji souhlasili s tím, že tématu domácí péče by se měli politici věnovat. Naopak častěji s tím nesouhlasili muži, mladí lidé a osoby z menších vesnic.

- Výdej peněz na podporu domácí péče častěji schvalovaly osoby v důchodovém věku, naopak nejméně jej v rámci průzkumu podporovaly osoby s nejvyššími příjmy domácnosti.
- Lidé z největších měst častěji nesouhlasili s tím, že v ČR je úroveň péče dobrá a že pečující se těší respektu a uznání. S tímto výrokem naopak častěji souhlasili lidé z menších obcí (FDV 2018: 9)

5.3.2 Příprava na péči o vlastní osobu

Odpovědi na níže uvedené otázky naznačily, že o tématu případné budoucí péče se mezi blízkými lidmi téměř vůbec nemluví. Toto jednoznačně potvrdily i výsledky mého výzkumu.

- Bavili jste se již někdy s blízkými o tom, jak si přejete, aby případná péče o Vás vypadala? / Shodli jste se s nimi přitom na řešení?
- Vyberte, které z následujících kroků jste podnikl/a nebo se v blízké době chystáte podniknout v souvislosti s přípravou na dobu, kdy budete sám/sama potřebovat péči.

U první otázky pouze 8 % z dotázaných respondentů potvrdilo, že se svými blízkými hovořili o tom, jak by si péči o sebe představovali. Nejčastěji to byli lidé důchodového věku (20 %), lidé se středními a výraznými zdravotními potížemi (17 %), mírně více také ženy a ti, co pečují doma o někoho blízkého. Pokud se lidé o tomto tématu se svými blízkými bavili, podle autorů zprávy se v naprosté většině shodli na řešení.

Více než polovina obyvatel ČR se na dobu, kdy sami budou potřebovat pravidelnou péči, nepřipravuje (57 %). Existuje silná závislost mezi plánováním konkrétních kroků a věkem. Zatímco u nejmladších osob nečinilo žádné kroky 82 % osob, v důchodovém věku toto číslo bylo více než dvakrát menší (36 %). Velký vliv na přípravné kroky měl zejména současný zdravotní stav. Čím větší zdravotní potíže respondenti měli, tím intenzivněji se na budoucnost připravovali.

Mezi kroky, které lidé provádějí, převažovalo odkládání peněz (31 %). V menší míře se lidé soustřeďovali na konzultace a zjišťování informací (celkem 16 %). Ani u osob s nejvyššími příjmy domácnosti (nad 50 tis. Kč) nebylo zaznamenáno výraznější odkládání peněz bokem, nebo častější úpravy bydlení. Autoři zprávy konstatují, že tudíž ani osoby, které by si určitá opatření aktuálně mohly dovolit, se přípravě na případnou péči nijak nevěnují (FDV 2018: 75).

5.3.3 Přípravy na vlastní stáří – výstupy z fokusních skupin

„Současná věda zatím nesmrtelnost zajistit neumí, ale umí prodloužit život. Bohužel se ukazuje, že neumí prodloužit život ve zdraví. Aspoň v Česku, kde, jak vyplynulo ze zjištění statistiků, délka aktivního věku zůstává stejná a prodlužuje se jen doba, po kterou člověka souží neduhy...“

Tzv. čtvrtý věk života vědci definují jako období špatného zdravotního stavu, kdy se lidé nemohou skoro postarat sami o sebe a zvládat každodenní rutinu. Je to doba nemocí, sešlosti, závislosti a končí smrtí. Čtvrtý věk ve společnosti, která uctívá výkonnost, krásu a peníze, znamená společenskou i kulturní smrt – ještě než dojde k té pravé. Z hlediska těch, kteří se čtvrtého věku dožili, jde o období hluboké osamělosti”
(Hrstková 2019).

Na rozdíl od předchozího průzkumu se v rámci proběhlých fokusních skupin na stáří a případnou bezmoc připravovali zejména respondenti, kteří již měli nebo mají s péčí o seniory vlastní zkušenost.

Mladší dospělí si stáří a případnou bezmoc nepřipouštěli a neuvědomovali – tato témata pro ně byla příliš vzdálená. Projektovali svou současnou vitalitu do raného důchodového věku a představovali si to, jak v tomto období aktivně naloží s volným časem (cestování, sport).

Pro sendvičovou generaci byla tato témata často palčivá. Zejména pak pro ty, kteří měli vlastní zkušenost s péčí o rodiče nebo prarodiče. Tito respondenti (zejména ženy) se na vlastní stáří aktivně připravovali, a to především finančně (zde je opět shoda s předchozím průzkumem). Někteří účastníci fokusních skupin se aktivně připravovali na případnou bezmoc – například úpravou domu nebo bytu na bezbariérový.

Ukazovala se značná disproporce mezi tím:

- jak by si účastníci přáli zestárnout (většinou doma),
- co pro to dělají a
- jak si myslí, že skutečně zestárnou (nechtějí být na obtíž dětem -> zvažují ústav).

Tato disproporce mezi přáními a očekáváními může být jedním z důvodů, proč účastníci obecně tvrdili, že se snaží o stáří moc nepřemýšlet - u mladších to bylo dané spíše vzdáleností tématu, u SG naopak obavami z něj.

Nikomu nepřeju, co jsem zažila já. Nechci dcerám zničit život. Půjdu do nějakýho ústavu.
(žena, 50+)

Na stáří není nic hezkého [...] Nedovedu si představit, že by mi moje děti měly utírat zadek. (muž 55+)

Půjdu do nějakýho důchodáku. [...] bejt pořád sama? Když spadnu, najdou mě třeba za tři dny. (žena 50+)

Nechci o tom přemýšlet. Budu to řešit, až to nastane. Měla bych z toho jenom depresi. (žena 45+)

Respondenti ze SG zdůrazňovali nutnost postarat se ve stáří sami o sebe. Uváděli, že vlastní finanční rezervy jim zajistí komfort pečovatelské služby, rekonstrukci bydlení, nebo „lepší“ domov důchodců.

Mám dům upravený tak, aby byl bezbariérový a abych v něm mohl dožít... Myslím, že to je do určité míry moje povinnost, postarat se sám o sebe. (muž 55+)

Respondenti kladli v kontextu stáří značný důraz na soběstačnost. Zejména účastníci ze SG tvrdili, že nejhorší je „být někomu ve stáří na obtíž“.

Dětem jsem jasně řekla, že vím, že se o mě nebudou moct starat, že se o svoje stáří postarám sama. Že plánuju odejít do domova s adekvátní péčí a že si na to sama našetřím. (žena, 55+)

Děti se těm rozhovorům brání, akorát nás ujišťujou, že se o nás postarají. Ale jak když budou muset ještě pracovat? (žena, 55+)

Ideál soběstačnosti akcentovaný mnoha respondenty při diskusi o nejdůležitějších tématech, je jedním z hlavních rozdílů proti výzkumu realizovanému v Indonésii. Rozdíl byl viditelný i u jedné z respondentek vietnamského původu, která se zúčastnila „pražského“ výzkumu. Pro ni samostatnost ani nezávislost nebyly ani zdaleka tak důležité. Naopak daleko více zdůrazňovala význam pomoci v rámci širší rodiny.

Podle respondentů ze SG kapitalismus přinesl větší důraz na individualismus a zároveň i zdravý životní styl. Někteří se obávali toho, že sami vstoupí do důchodového věku a zároveň se budou muset starat o rodiče, kteří teprve tehdy „budou skutečně staří“.

5.3.4 Představy o podobě péče

U otázek:

- Kdybyste někdy pravidelnou péči potřeboval/a, kde byste si přál/a žít? Uved'te své přání bez ohledu na další osoby i reálnou situaci.
- Kdybyste někdy pravidelnou péči potřeboval/a, kdo byste si přál, aby o Vás pečoval?,

se ukázalo, že přibližně třetina české populace o tom, kde by v případě potřeby péče chtěla žít a kdo by o ně měl pečovat, nepřemýšlela. Nejkonkrétnější představy měli občané ČR ve věku 60+. Mladší lidé do 45 let (zejména ve věkové kategorii 18 - 29 let) o tomto tématu ještě nepřemýšleli vůbec.

Pokud lidé již o problematice přemýšleli, pak by si v případě potřeby pravidelné péče nejčastěji přáli, aby o ně bylo postaráno v domácím prostředí (57 %). Nejsilnější toto přesvědčení bylo mezi osobami staršími 60 let a ženami. Častěji k němu inklinovali rovněž lidé, kteří aktuálně domácí péči realizují.

Pouze 7 % Čechů hodlá žít v sociálním nebo jiném zdravotnickém zařízení (např. dům pro seniory, LDN, ...). O této variantě přemýšlelo více lidí z nejstarší věkové kategorie (12 %), volba byla v rámci této věkové kategorie ještě častější u lidí, kteří již nyní mají výraznější zdravotní potíže (16 %). Tuto alternativu také častěji uváděly ženy. Podle autorů zprávy se může tedy jednat spíše o realistické posouzení současného zdravotního stavu a možností domácí péče než skutečnou preferenci.

Značná část osob projevila přání, aby se o ně v případě nutné péče starali jejich blízcí v kombinaci s pracovníky profesionální služby. Dotazovaní si tedy připouštěli, že jejich blízcí by případnou domácí péči nemuseli zvládat a umí si představit i péči profesionálů, kteří by jejich rodinným příslušníkům s péčí pomohli. Pro třetinu osob byl jako pečující osoba přípustný pouze rodinný příslušník nebo blízký člověk. Takto striktní byly častěji osoby ve vyšším věku a také ženy (FDV 2018: 74).

5.3.5 Znalost přání blízkých ohledně možné potřeby péče

Většina účastníků SG se o přání rodičů dozvěděla až ve chvíli, kdy nastaly vážné problémy. Respondenti ze SG, kteří se o své (často již bezmocné) rodiče starali, měli bližší informace o přáních seniorů. Ti respondenti, kteří neměli zkušenosti s péčí o rodiče, neměli ani přesné informace o jejich přáních (byla zřejmá absence otevřených diskusí na toto téma).

Kdybychom o tom mluvili dřív, celá rodina by se rozhádala. Takhle - když to bylo urgentní - všichni museli hledat řešení. Bylo to složité, ale možná nám to ušetřilo hodně hádek, nevím. Ale je pravda, že některá řešení už pak nebyla možná. (žena, 40+)

Není s nima rozumná řeč (*s rodiči*). Mají pocit, že všechno zvládnou, že si zbytečně děláme starosti. Ještě mě obvinili, že z nich dělám neschopný chudáky. (žena, 45+)

Přehodnotil jsem názor na svou švagrovou, kterou moc nemusím. Tuhle situaci zvládla skvěle. O skutečných přáních mého otce jsme ale nic nevěděli. Dělala, co považovala za nejlepší. (muž, 45+)

Respondenti v mnoha případech mluvili o tom, že se občas uchylují k „bílým lžím“. Činili tak údajně jak z ohleduplnosti, tak kvůli neochotě čelit nepříjemným skutečnostem. Zahájit diskusi o stáří a případné bezmoci se ukazovalo jako obtížné pro všechny.

Je to strašně těžké, nechtěla jsem tatínka urazit tím, že o tom budeme mluvit... a pak jsme to museli řešit vlastně bez něj. Měli jsme to téma otvírat mnohem dříve. (žena, 55+)

Mezi nejobtížněji otvíratelná témata patřilo téma smrti, nemoci & snížené soběstačnosti i to, jak s rodiči mluvit o potřebě péče (zde se jako problematické ukazovalo např. téma hygieny, nabídnutí pomoci apod.) či obavách ze špatné péče v zařízeních sociálních služeb (a jaké kroky případně podniknout) - viz Obrázek 4.

Obrázek 4: Obtížná témata rozhovorů (výstupy fokusní skupiny SG)



N = 9, zdroj dat: autorka

V některých případech respondenti mluvili o „opatrných“ rozhovorech, po kterých následovaly praktické kroky reflektující např. sníženou mobilitu rodiče (často šlo např. o přestěhování rodiče do bezprostřední blízkosti dětí - ovšem ne nutně do společné domácnosti). Příslušníci SG uváděli, že je často jednodušší vést na toto téma diskusi s vlastními dětmi (otevřeněji než s vlastními rodiči). Respondenti ze SG tvrdili, že dětem připomínají hlavně to, že jim nechtějí ve stáří zůstat na obtíž a seznamují je s vlastními plány ohledně konkrétních kroků.

5.4 Sociální vztahy ve stáří – shrnutí

Obklopujeme se lidmi, které máme rádi a oni nás, rodinou, přáteli, láskami. Většinou si můžeme vybrat, koho chceme mít blízko. Neuvědomujeme si, že jednou nemusí být kolem nás už nikdo a nebude možnost někoho nového si do své blízkosti najít a pustit. Svou blízkost zároveň věnujeme svým blízkým, je to přirozené. Ale pak jsou mezi námi takoví, kteří svou blízkost rozdávají v práci. Ale jen upřímná blízkost dává sílu. A já hluboce smekám před těmi, kteří mají srdce tak veliké, že ji rozdávají, upřímně, opravdově, i za cenu toho, že je darovaná blízkost

cizímu člověku jednou doběhne a oni sami budou trpět tím, že si ke svým vlastním, životem nasbíraným blízkým, přidali dalšího, který je také bude muset opustit.

Mně osobně setkání s takovými zaměstnanci domova otevřelo oči. Viděla jsem jak se se starými lidmi (klienty) baví, jak se jich dotýkají, jak vnikají do jejich přirozeného osobního prostoru bez ostychu proto, aby je mohli obejmout, dotknout se, pohladit, povzbudit a to i ve chvílích, kdy nemusí být jasné, zda o to stojí nebo zda si to uvědomují. Tuto vlastnost mívají děti a věkem se ztrácí. Já ji už také pomalu ztrácela a jsem vděčná, že jsem ji zpět našla ve chvíli, kdy se blížilo rozloučení s osobou mě velmi blízkou, ke které jsem ale měla respekt a ostych. Momenty, které jsem zachytila na následujících fotografiích (*viz Přílohu 1A, str. 7 a 13*) mi osobně pomohly v tom, že jsem překonala svůj vlastní ostych a stihla se ještě alespoň na chvíli stát tím, kdo se nebojí a nestydí pohladit a obejmout. I za cenu toho, že potěším a mě to bude bolet. Šárka Klímová.

S postupujícím stářím vztahy rozhodně neztrácejí na důležitosti (mnohdy právě naopak), obtížněji se ale navazují a v pozdním stáří – mj. se ztrátou vrstevníků – hrozí izolace a osamělost. Mnoho vztahů je v naší kultuře navázáno na práci, a proto odchod do důchodu představuje pro některé seniory první „šok“, se kterým se musí vyrovnat. Naše země patří mezi ty, kde „privátní“ život v rámci rodiny či užší skupiny přátel hraje důležitější roli a zapojení do širších komunit není tak obvykle jako v jiných kulturách.

Způsobu péče ve stáří v předchozí kapitole věnuji tolik prostoru ne proto, že by ostatní formy vztahů nebyly ve stáří důležité, ale proto, že tento aspekt vztahů je v naší kultuře spojen s mnohými strachy. Vyhledky pro většinu lidí v případě odkázanosti na vnější pomoc totiž nejsou příliš uklidňující.

V uplynulých desetiletích vznikaly na severu Ameriky a na západě Evropy různé typy penzijních systémů i ústavů institucionalizované péče. Paralelně s tím se zvyšoval důraz na hodnoty nezávislosti a soběstačnosti, a to i v pokročilém věku (Kaufman 2015, Lamb 2017 a další). V České republice byl vývoj modifikován ideologií socialistické éry, kdy převládajícím narativem bylo, že o potřebné (vč. seniorů) se má postarat stát. „Zásahy“ rodiny do této oblasti byly často vnímány negativně. Po revoluci v roce 1989 v ČR postupně docházelo k prolínání „socialistické“ a „západní“ perspektivy. Provedený výzkum ukazuje, že v současné době postoje odborné veřejnosti i politiků odrážejí ve valné většině „západní“ diskurzy. U laické veřejnosti pak došlo k mezigeneračnímu zlomu. Očekávání ohledně průběhu a podoby péče ve stáří mezi generací stávajících seniorů a jejich dětí se u mých respondentů vcelku významně lišila. Lišila se dokonce i mezi různě starými seniory.

Zatímco generace nejstarších seniorů (85+) uváděla, že ve svém dětství považovali za zcela normální, že staří lidé stárnou a dožívají doma, změna režimu (která se plně projevila za jejich - většinou již - dospělého života), přinesla i změnu ideologie. „Normální“ začala být představa institucionalizované péče. Naproti tomu generace seniorů 70+ vyrůstala a podle vlastních slov podstatnou část svého života žila s představou, že „stát se o ně ve stáří postará“. Minimálně část z nich je proto rozladěna, když z médií či od mladších generací slyší, že jejich přístup je neodpovědný a měli by se o sebe v první řadě postarat sami.

Respondenti ze SG uváděli, že si uvědomují, že na stát rozhodně spoléhat nemohou, na druhou stranu jim často (dle jejich vlastního vyjádření) chybí klíčové kompetence pro domácí péči a často z ní mají i obavy. A to jak ve vztahu k péči o své rodiče, tak z představy, že by ji mohli nebo měli očekávat od svých dětí.

Ocitli jsme se tak v situaci, kdy sotva jsme si jako společnost začali zvykat na nový normativ nezávislého a soběstačného seniora; sotva začínáme rozumět tomu, proč se v některých zařízeních senioři ani při vší snaze personálu nemohou cítit dobře (a co proti tomu můžeme dělat), stárnutí populace začalo přinášet nové výzvy a otázky. Je zjevné, že na optimální péči o seniory nebudou (beze změny systému) mít ani nejbohatší země. A tak se na scéně objevil nový apel na rodinu jako primárního poskytovatele péče. Je ale rodina v současné době (a podobě) schopna tuto roli plnit?

Výše uvedené odstavce jsou samozřejmě velmi zjednodušující generalizací. Chci na nich pouze demonstrovat, že to, co bylo (a mnohdy stále je) v mnoha kulturách vnímáno jako „samozřejmé“, se v té naší stalo velmi nesamozřejmým. Množství existujících webů na téma „pečuj / stárni doma“ a vzrušené diskuse v rámci mého výzkumu, svědčí o tom, že volba podoby péče se stala jednou z oblastí, kde se střetává podoba oficiální politiky státu (dominantní diskurz), historické zkušenosti i konkrétní habitus jednotlivých lidí či rodin. Pro naplnění ideálu autonomního a samostatného seniora nám chybí dostatečné kapacity terénních služeb (a mnohdy i finance), pro ty, kteří zvažují služby institucionalizovaných zařízení, situace není lepší.

Na straně rodin dochází k tomu, že příslušníci SG (často již sami vyčerpaní z požadavků, které na ně klade profesní i rodinný život) se buď snaží kombinovat několik různých služeb, aby zajistili potřebnou péči, případně se dohodnou, že se někdo z rodiny „obětuje“ a stane se neformálním pečujícím „na plný úvazek“. O tom, že se tento člověk v

případě dlouhodobé péče často ocitá mezi mlýnskými kameny a mnohdy dojde na pokraj svých psychických i fyzických sil, svědčí množství výroků pečujících, jimiž bych mohla zaplnit několik stránek. Genderová perspektiva, kdy většinu takovýchto pečovatелů tvoří ženy (u nichž se tímto způsobem ještě prohlubuje důchodová nerovnost a zvyšuje riziko chudoby ve vlastním seniorském věku), je jen další stránkou věci.

S tím, jak populace stárne, se řešením naznačených problémů zabývá množství expertů, kteří si uvědomují, že ani v nejrozvinutějších zemích není situace udržitelná. Někteří odborníci předpokládají masovější nástup robotizace. Konstatují, že průkopníkem v této oblasti se stalo - a do budoucna ještě nějakou dobu bude - Japonsko. A to nejen kvůli technologické vyspělosti a tomu, že stárnutí populace čelí dříve než ostatní. Významnou roli hraje i to, že díky odlišné kulturní tradici mají Japonci k (z našeho pohledu) neživým předmětům jiný vztah. Využití robotů je pro ně tak daleko přirozenější. Řeší spíše to, jaký by daný robot měl optimálně být (např. jaký poměr by měl být mezi tím, kolik času robot naslouchá a kolik odpovídá), než otázky, zda je pro ně péče robota představitelná a zda jim dokáže nahradit lidský kontakt (Ross 2016).

Dovedu si představit, že i pro mnoho lidí v naší kultuře se robot může stát ve stáří vítanějším prostředkem zachování autonomie než spoléhání na vztahy vzájemné závislosti, které nejsou současným nastavením společnosti příliš podporovány. Domnívám se ale, že žádný robot v dohledné době nevyřeší téma vztahů. Minimálně pro střednědobý horizont mi proto přijde jako podmínka „dobrého stárnutí“ materiální i konceptuální společenská podpora komunitních projektů umožňujících propojenost bydlení s okolním světem i dostupnost potřebné péče či napomáhání tvorbě prostředí „komunitních vesniček“, kde si senioři budují a na míru upravují služby sami pro sebe (viz např. projekt bostonské Beacon Hill Village⁴⁵).

I rozhodnutí postarat se o nemohoucího seniora může přinášet četná obohacení (a mluvili o nich spontánně i sami respondenti):

Výhodu domácí péče spatřuji v tom, že máte možnost s vaším tátou či mámou vztah uzavřít. [...] s domácí péčí vidíte život trochu jinak. (žena, 50+)

⁴⁵ Pro více info viz např.: PROGRAMSFOROLDERLY.COM/HOMECARE-BEACON-HILL-VILLAGE.PHP

Předpokládá ale na straně pečovatelů (ať v rámci rodiny nebo lidí, kteří si „pečovatelství“ zvolí jako profesi) mnoho schopností, dovedností i postojů, které nejsou většinou společností zrovna oceňovány.

6 Obrazy stáří

„Fotografické konvence používané v těchto časopisech jsou navrženy tak, aby vyhladily estetické nedostatky starých těl - výběrem atraktivních modelů, kteří obvykle vypadají mladě, a jejich prezentací v lehkém rozostření; nebo u novějších vydání ve spojitosti se sportovními aktivitami“

(Tulle-Winton 2000: 69 in Faircloth (ed.) 2003: 18).

V kapitole 2.4 jsem hledala odpověď na otázku, jaké asociace se v ČR se stářím pojí. Odborná antropologická literatura rozlišuje dvě základní etapy mediální reprezentace stárnutí: období do 80. – 90. let minulého století, kdy stárnutí bylo zobrazováno především jako období fyzického i mentálního úpadku a přelom tisíciletí jako období masivnějšího rozšíření diskurzů úspěšného či aktivního stárnutí. To s sebou přineslo pozitivněji orientované obrazy stárnutí, zároveň ale i nové výzvy v podobě normativních vzorců a obrazů (Faircloth 2003, Rozanova 2010 a další).

Tento obrat je spojen jak s trendem stárnoucí populace, tak zvyšováním kupní síly starších – a tudíž rozšířením jejich konzumního potenciálu (viz např. Loos & Ivan 2018 nebo Rozanova 2010). Uvedená změna se však týká zejména starších osob v tzv. třetím věku (tj. v období plné soběstačnosti). Třetí věk je pak zobrazován čistě jako prodloužení středního věku se všemi jeho ideály vč. plně funkčního těla. Čtvrtý věk zůstává v médiích i nadále stejně „neviditelný“ - nebo zatížen negativními stereotypy. S tímto trendem souvisí i v médiích vzrůstající počet „heroických“ příkladů lidí, jimž se podařilo uchovat si kvality mladšího věku do pozdních let. Na ty odkazovala i citace muže (kapitola 3.6, str. 49), pro kterého se etalonem, se kterým se poměřoval, stal výstup na Mount Everest.

Média často zobrazují i „nový ideál starého těla“ (viz např. záznam módní přehlídky s Wangem Deshunem, přezdívaným také „China’s hottest Grandpa“, který se stal virální, a v reakci na něj se rozhovory s W. Deshunem objevily snad ve všech světových médiích vč. The New York Times⁴⁶). Uchování pozitivního vztahu k vlastnímu tělu v kultuře, která adoruje mladé a výkonné, tak není jednoduchý úkol.

⁴⁶ dostupné z: [NYTIMES.COM/2016/11/04/WORLD/ASIA/CHINA-WANG-DESHUN-MODEL-80.HTML](https://www.nytimes.com/2016/11/04/world/asia/china-wang-deshun-model-80.html)

Bill Bytheway se domnívá, že fotografie starších lidí představují na počátku 21. století primární reprezentací stárnutí. Tyto fotografie doplněné popisky / texty pak ve světě, který je více a více vizuální, vytvářejí a potvrzují asociace, že *toto je stáří* (Faircloth (ed.) 2003: 25 – 26). V rozhovorech s autorkami fotografií (Příloha 1) jsem se proto snažila zjistit, jakým způsobem přemýšlí ony o obrazech stáří, které vytváří.

Společným jmenovatelem všech tří autorek byl respekt k lidem, které zobrazovaly, snaha zachovávat jejich důstojnost, aniž by přitom rezignovaly na „reálnost“ zobrazení. Zajímavá pro mě byla např. diskuse s Pavlou, která otevřela mnoho témat, které s vizuální reprezentací čtvrtého věku souvisí. Její úvahy mi připomněly myšlenky výše zmíněného Bythewaye. Ten ve svém textu mj. analyzuje knihu *After Ninety* Imogen Cunninghamové (kterou nafotila ve svých 92 letech) a uvádí: „Cunninghamová zjevně neměla v úmyslu prezentovat život po devadesátce v podobě, v jaké ho zažívá reprezentativní vzorek lidí, kteří tohoto věku dosáhli. Záměrně se rozhodla nepřinášet důkazy závislosti, deprese nebo selhání. Přesto je z jejího záměru patrné, že chtěla, aby portrétovaní „zastupovali“ širokou škálu lidí vysokého věku a aby její fotografie vytvářely obecný a pozitivní obraz stáří. Na základě interakce s portrétovanými; toho, jak pracovala se zrcadlením zkušeností i vzhledu, i při samotném výběru fotografií zamýšlela vytvořit specifické porozumění stáří. Chtěla vyvolat představu, jak pozdní stáří může představovat pozitivní etapu“ (Bythaway 2003: 31 in Faircloth (ed.) 2003).

Je zjevné, že Pavla přemýšlí o tématu podobně: „Na fotky dokonalých rozesmátých seniorů jsem už trochu alergická. Ale i v sobě při výběru fotografií občas řeším vnitřní konflikt, jak by zobrazení stáří mělo vypadat. Na jednu stranu se snažíme zachytit lepší stránku stárnutí – a dělám to i já, na druhou chceme, aby ty fotografie byly reálné [...] Důležité je tam pro mě etické hledisko – přestože se snažím ukazovat reálný obraz, je pro mě zásadní zachování důstojnosti daného člověka.“

Kromě tématu hledání rovnováhy mezi realismem a pozitivním pohledem na stáří vystávalo i téma zobrazování konkrétních lidí, kteří se stávají reprezentanty určité symboliky. U jedné fotografie tak Pavla např. zmínila: „Tuhle fotku ráda používám, protože obě ženy jsou na ní zezadu. Je z ní cítit intimita, jejich vztah, ale přitom nejsou zachyceny detaily obličeje, takže je zachována jejich anonymita.“ Dalšími diskutovanými tématy byly i otázky získávání

souhlasu s focením u klientů s demencí či postoj jejich rodin k použití fotografií ve veřejném prostoru.

V neposlední řadě u fotografií stárnoucího těla ještě více nabývá na významu otázka schopnosti těla adekvátně reprezentovat vnitřní já. Protože tělo má hmotnou přítomnost, jeho hmatatelnost a viditelnost při pohybu v každodenním světě praktických činností dává vzniknout pocitu, že víme, co vidíme. Podobně je tomu s obrazy těla. Zdá se, že mají vysoký stupeň realismu a indexality: jako by tělo bylo něco, co „proklouzlo” dozorem diskurzu a procesu reprezentace do té míry, že těla vidíme jako věci, které jsou zjevně tím, čím se zdají být. Vzniká tudíž tendence vidět tělo jako něco, co lze snadno reprezentovat, stejně jako v případě fotografie vzniká tendence vnímat ji jako přesný záznam toho, jak určitý člověk v určitý okamžik vypadal (Featherston 2003).

U fotografií prezentovaných v Příloze 1 jsem neměla možnost s lidmi na fotografiích hovořit (mj. proto, že někteří z nich již nežijí). Nemohla jsem tak porovnat jejich pohled s pohledem autorek. Věřím ale, že i ten posledně jmenovaný může přinést cenné informace a rozšířit pohled na „dobré stárnutí“ o jinou perspektivu.

7 Dobré stárnutí – závěr

7.1 Reflexe průběhu výzkumu

„[...] Dík diskurzivní montáži, umožňující položit vedle sebe statický obraz, fotografii, výňatek z rozhovoru, faksimile dokumentu a abstrakční řeč analýzy, se v mé práci může prolínat naprostá abstrakce s naprostým konkrétním, [...] Veškerá má vědecká práce se totiž opírá o přesvědčení, že tu nejhlubší logiku sociálního světa lze zachytit jedině ponorem do partikulárnosti určité empirické, historicky situované a datované skutečnosti, ale s cílem postavit ji [...] jako “jeden případ možného”, to jest jako jeden ze vzorců ve vesmíru o konečném počtu možných konfigurací“
(Bourdieu, 1998: 10).

Dokončená diplomová práce je mým prvním setkáním s terénním výzkumem, tématem antropologie stárnutí i aplikací metod vizuální antropologie. Již v raných fázích výzkumu jsem si uvědomovala, že navzdory provedené redukci, je téma dobrého stárnutí tak široké, že mi umožňuje se klíčových témat pouze dotknout, nikoli jít do hloubky. Když jsem v průběhu výzkumu občas přemýšlela nad momentem, kdy budu data syntetizovat, přišlo mi, že držím v ruce krasohled. Každý nový rozhovor, příběh ... vytvářel nové konstelace, pohledy.

S ohledem na to, že jsem ve svém výzkumu nepracovala s reprezentativním vzorkem populace, jeho výstupy přináší pouze ilustrativní obrázek a mohou nabídnout pouze předběžné a dílčí odpovědi na otázky, které jsem si na počátku výzkumu položila. Některé odstavce následující kapitoly ze stejného důvodu představují „pracovní hypotézy“, které by bylo pro jejich potvrzení či vyvrácení třeba ověřit jinak koncipovaným výzkumem.

Výsledný tvar dokončené práce, která zahrnuje kombinaci nejrůznějších typů dat, metod i přístupů, ve mně nejprve budil rozpaky. Místo jednoznačných odpovědí přináší spíše fragmentární útržky mozaiky, která ani po provedeném výzkumu není úplná. Citát Bourdieuho z úvodu této kapitoly mě ale přiměl nepodlehnout prvotní tendenci převést většinu dat do jazyku statistiky a pracovat s nimi v podobě grafů a tabulek, jak je pro naši kulturu typické (viz citát Kaufmanové na straně 40). Místo toho se ve své práci snažím o plastičtější obrázek stárnutí – i když podložený daty.

7.2 Dobré nebo aktivní?

Asociací spojovanou se stářím bývala moudrost. Stáří představuje období, které nám obvykle poskytuje svobodnější volby (odpadá péče o děti, pracovní povinnosti či splácení hypotéky),

prožití zkušenosti umožňují větší nadhled. Tyto asociace se objevovaly v souvislosti se stářím i u mých respondentů (viz. Obr. 3 – 5 na str. 33 a dalších). Dosažení moudrosti podle mnohých psychologů souvisí se schopností obrátit se dovnitř a v případě významných předělů (jako je např. odchod do důchodu) redefinovat svoje cíle a realisticky zhodnotit vlastní zdroje a životní situaci (např. Jung et al. 2014). Pro některé zaneprázdněné seniory, které jsem měla možnost potkat, tento úkol ale nepředstavuje ani vítanou ani „reálnou“ perspektivu, protože na něj „nemají čas“.

Zaměření na „dobré stárnutí“ zůstává v západní společnosti doménou zejména pozitivní psychologie. V českém prostředí s tímto pojmem pracuje např. Jaro Křivohlavý, který konstatuje, že jako společnost nemáme pro období třetího věku ujasněný jednoznačný cíl. „Nemáme jasnou představu o tom, co je úkolem, účelem a nakonec i smyslem tohoto životního období [...]“ (Křivohlavý 2011: 24).

Při analýze dominantního diskurzu se ukazovalo, že vyprázdněný prostor, o kterém Křivohlavý mluví, v naší kultuře zaplnila aktivita. Ta se pro většinu mých respondentů stala i synonymem dobrého stárnutí. Jakkoli je její vliv na fyzické i psychické zdraví nezpochybnitelný, problematické jsou spíše představy, které si s ní spojujeme. Výroky mých respondentů svědčily o tom, že většina z nich uvažuje o aktivitě v kontextu činností, jejichž předpokladem je zdravé tělo. Pokud se jejich zdravotní stav zhorší, nastává problém s redefinicí vlastního sebepojetí a s udržení pozitivního sebeobrazu, jak o tom mluví Hasmanová Marhánková v kap. 2.3 Česká republika a aktivní stárnutí, a jak se v mém výzkumu ukazovalo:

- přímo – např. na dříve popsaném případě seniora, jehož zdravotní stav se v průběhu výzkumu dramaticky změnil, či ve výročí některých starších seniorů,
- nepřímo - na základě výroků seniorů, kteří v této situaci ještě nebyli, ale mohli se v ní kdykoli ocitnout.

Toto pojetí aktivity rovněž posouvá většinu negativních představ spojených se stářím do období čtvrtého věku. Ukazovalo se, že respondenti, kteří v této etapě ještě nebyli, o ní neradi mluví či přemýšlí. V médiích je pak prezentována často redukcionistickým způsobem (člověk „je převeden“ na předmět péče či zobrazován jako potenciální hrozba pro náš blahobyt).

Negativní percepce čtvrtého věku přetrvává navzdory novým studiím, které ukazují, že jednou z nejspokojenějších skupin obyvatel jsou právě senioři (viz kapitolu 2.4.1) i výsledkům

kvantitativního výzkumu (tamtéž), které uváděly, že více než 2/3 seniorů si stáří užívají, nebo se cítí stejně jako v mladším věku. U některých respondentů mého výzkumu se snížení spokojenosti vázalo na zhoršený zdravotní stav (např. ztrátu mobility), u některých k tomu ale nedošlo ani v tomto případě. Jejich spokojenost však odvisela od schopnosti vytvořit si alternativní strategie k dominantnímu diskurzu, který jim mnoho nástrojů k nalézání smyslu v této životní etapě neposkytuje.

V kapitole 4.4 zmiňuji pohled Vidovičové, která jako nejefektivnější strategii přípravy na stáří vidí přijetí myšlenky, že stáří nastane a může mít různé podoby. Je třeba se tak mentálně připravit na různé alternativy a vědět, kde mohu získat potřebné informace či pomoc. S ohledem na hodnotu, kterou respondenti výzkumu přisuzovali soběstačnosti a nezávislosti se ale ukazuje, že schopnost požádat o pomoc se pro mnohé stala symbolem slabosti a selhání. Pocity zahanbení (které zmiňovala např. i Lambová – viz kapitola 2.2) tak u mnohých seniorů vedly k popírání skutečného stavu (a tím i k prostoru pro spekulace a ke zvýšeným obavám na straně SG).

Bylo by kontraproduktivní pouze jednostranně kritizovat diskurz, který propaguje mnoho přístupů, které jsou pro dobré stárnutí skutečně přínosné. Problémem je spíše jeho normativnost; to, že nenabízí alternativy a navozuje dojem, že jen aktivní stárnutí je to „dobré“. V kapitole 3. 7 jsem zmiňovala Foucaulta, který tvrdí, že normalizace těl se stala nástrojem sociální kontroly. Můj výzkum potvrzoval, že i v ČR je tento normalizační potenciál diskurzu aktivního stárnutí politiky hojně využíván.

Narativ „nezávislého aktivního seniora optimalizujícího péči o své zdraví i materiální zabezpečení“ v rámci mého výzkumu ukazoval na různé problematické důsledky, z nichž zmiňuji jen ty, které nejvíce souvisí s předmětem výzkumu:

- u respondentů, kteří tento obraz internalizovali, komplikoval:
 - otevřenou diskusi o případné bezmoci (obrazy bezmoci byly většinou respondentů vytěšňovány a odmítali o nich mluvit i si je připustit),
 - přístup k péči (mnozí senioři trvali na tom, že jsou plně soběstační, i když to ani zdaleka neodpovídalo realitě),
 - vytváření pozitivního sebeobrazu v případě neschopnosti dostat tomuto ideálu.
- Senioři, kteří tento koncept odmítali, měli tendenci uchýlovat se k různým „obranným“ strategiím (jako např. poskytování nepravdivých informací lékařům či úředníkům či

vyhýbání se jim), ale zároveň se u nich objevovaly i obavy, že v případě závislosti na pomoci jiných budou „vydáni na milost systému“ a zbavení volby některé praktiky běžné v našem kulturním okruhu odmítnout.

Realizovaný výzkum mi pomohl lépe zvědomit i ve společnosti zatím stále převládající paternalistický přístup ke stáří, který jsem v určité míře zaznamenala i u sebe, a o kterém svědčily i mnohé výroky mých respondentů. Tomu odpovídaly i artikulované obavy většiny respondentů z budoucích možných omezení autonomie v případě jejich případné závislosti na pomoci druhých. Jako problematické se jevílo i to, že dosažení určitého věku v naší společnosti značně ztěžuje (a u seniorů čtvrtého věku někdy zcela znemožňuje) možnost seberealizace a tím i pocit zažívané smyslupnosti vlastní existence.

Sinclair má možná pravdu a v dohledné době se v rozvinutých zemích délka dožití sto dvaceti nebo sto padesáti let stane novou normou (viz kapitola 3. 4), životní křivka se promění a sedmdesátka se stane novým středním věkem. Možná péče o seniory bude vyřešena za pomoci robotů, autonomie tak zůstane zachována a vztahy v pozdní fázi života budou charakterizovány jinými tématy než např. podobou poskytované péče. Jednou možná vymizí i období spojené s častějším výskytem chorob či úbytkem sil a lidstvo bude tuto oblast řešit úplně jinak (a budou se s ní pojít zcela jiná témata). Než se tak ale stane, má dle mého názoru smysl zabývat se i tím, jak osobám aktuálně se nacházejícím v tomto období umožnit žít smysluplný a důstojný život.

V tomto duchu bych svoji práci ráda uzavřela příběhem. Ten dokládá, že ani život v terminálním stádiu nemoci nemusí být prost dobrých okamžiků.

7.3 Poslední přání paní Marie

„[...] Byla středa, venku foukal silný vítr a bylo tak sychravo, že by člověk nejraději seděl pod dekou a usrkával horký čaj. Přesto ze Sue Ryder vyjela zvláštní výprava. Doprovázali jsme paní Marii, která si přála naposledy vidět Říp a Roudnici nad Labem, kde se v roce 1926 narodila. Této cestě by sice víc slušely jarní kulisy, ale my se báli cestu odložit. Někdy jindy mohlo v tomto případě znamenat už nikdy.

Paní Marii již několik měsíců ubývají síly a postupně se tak stala klientem v paliativní péči. Ona i řada našich dalších klientů trpí nevyléčitelným onemocněním v pokročilém stádiu. Proto uplatňujeme prvky tzv. paliativní péče, která se zaměřuje na zvládání bolestí, dušnosti a

jiných tělesných nebo duševních útrap. Alfou a omegou je zde zachování kvality života až do úplného konce. Jak říkají kolegové z organizace Cesta domů, se kterou úzce spolupracujeme: „Paliativní péče podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces, neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti.“ Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb klientů. A někdy se jako naléhavé ukáže přání navštívit nějakého člověka nebo místo.

„Z cesty jsme měli trochu strach. Velkou obavou pro nás bylo, zda paní Marie dokáže tak dlouho sedět, protože už tráví většinu času na lůžku. Díky speciálnímu autu ale nemusela složitě přeseďat a celou cestu zvládla pohodlně na vozičku a během zpáteční jízdy dokonce klidně podřimovala. Starost nám dělala velká zima, která ten den panovala. Proto jsme se dobře připravili – teplý fusak pro vozičkáře proti větru, zásoba teplých dek, šátky a samozřejmě svačina. Asi nejvíc jsme se ale báli toho, zda paní Marie pozná známá místa. Zda se to přání vlastně splní a bude stát za fyzický diskomfort, kterému se musela vystavit. Ale ona nejen že místa poznala. Ona se úplně probudila a začaly ožívat její vzpomínky. U nohou jí ležela Polabská nížina, kterou sledovala z úpatí hory, protože výš jsme se nedostali. Znovu viděla dům, kde žila, a málem zdolala i Říp - marcipánový dort v cukrárně na náměstí“, říká Kateřina Holmanová, vedoucí terapeutů a pečovatel Ondra, kteří paní Marii doprovázeli.

[...] Od naší cesty uběhly téměř 2 měsíce. Paní Marie stále žije v domově pro seniory Sue Ryder, nad její postelí visí obraz s horou Říp a má další poslední přání. Chce vidět Paříž!”
(*Květen 2020*, zdroj: SUE-RYDER.CZ/CLANKY/POSLEDNI-PRANI-PANI-MARIE-NENI-POSLEDNI)

Fotografie 1: Paní Marie, autorka: Radka Kulhánková



Seznam použitých zkratk

FS – fokusní skupina

SG – sendvičová generace

SR – označení organizace Domov Sue Ryder, z. ú.

WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam obrázků, grafů a fotografií

Seznam obrázků

Obrázek 1: Asociace související se stářím - mladší dospělí	33
Obrázek 2: Asociace související se stářím – sendvičová generace.....	33
Obrázek 3: Asociace související se stářím – senioři	35
Obrázek 4: Obtížná témata rozhovorů (výstupy fokusní skupiny SG)	82

Seznam grafů

Graf 1: Podmínky šťastného života (v %)	24
Graf 2: Naděje na dožití v ČR v letech 1962 a 2010 v genderové perspektivě	50
Graf 3: Subjektivní vnímání zdravotního stavu seniorů v roce 2015 (v %)	51
Graf 4: Subjektivní vnímání dostatečnosti příjmů seniorských domácností (v %)	51
Graf 5: Podíl seniorů v populaci vs. počet příjemců příspěvku na péči v dané kategorii (v %) ...	72

Seznam fotografií

Fotografie 1: Paní Marie, autorka: Radka Kulhánková	94
---	----

Literatura

- Adioetomo, S. M., Mujahid, G. 2014. *Indonesia on the Threshold of Population Ageing*. UNFPA, the United Nations Population Fund.
- Alexander, C., et al. 1977. *A pattern language: towns, buildings, construction*. New York: Oxford University Press.
- Anderson, S. C., Cryan, J. F., Dinan, T. G. 2019. *The psychobiotic revolution: Mood, food, and the new science of the gut-brain connection*. Washington, DC: National Geographic Partners.
- Asprey, D. 2019. *Super human: The bulletproof plan to age backward and maybe even live forever*. New York, NY: Harper Wave, an imprint of HarperCollinsPublishers.
- Australian Government, Health Department (2017). *Aged Care Changes Campaign - Quantitative Benchmarking and Evaluation*. Available at: <HTTPS://WWW.HEALTH.GOV.AU/RESOURCES/PUBLICATIONS/AGED-CARE-CHANGES-CAMPAIGN-QUANTITATIVE-BENCHMARKING-AND-EVALUATION> [23. 7. 2020]
- Baltes, P. B., Baltes, M. M. 1993. *Successful aging. Perspectives from the behavioral science*. Cambridge University Press.
- Barney, J. L. 1974. Community presence as a key to quality of life in nursing homes. *Am J Public Health* 64(3): 265-268.
- Bauman, Z. 2013. *Tekutá láska: o křehkosti lidských pout*. Praha, Academia.
- Bauman, Z., Gabajová, Z. 2017. *Cizinci před branami*. Olomouc, Broken Books.
- Bourdieu, P. 1977. *Outline of a theory of practice*. Cambridge, U.K: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P., Dvořáková, V. 1998. *Teorie jednání*. Praha, Karolinum.
- Burzyńska, M., Pikala, M., Maniecka-Bryła, I. 2019. Hierarchy of Conditions of Happy Life as Described by Elderly People Using Social Help in a City Environment. *Journal of Health Study and Medicine*: 2019, nr 4 ss. 45-68, DOI 10.36145/JHSM2019.29
- Buettner, D. 2012. *The Blue Zones: 9 lessons for living longer from the people who've lived the longest*. Washington, D.C.: National Geographic Society.
- Buettner, D. 2011. *Thrive: Finding happiness the Blue Zones way*. Washington, D.C.: National Geographic Society.
- Byock, I. 2012. *The best care possible: A physician's quest to transform care through the end of life*. New York: Avery/Penguin Group

- Calasanti, T. M., Slevin, K. F. 2001. *Gender, social inequalities, and aging*. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Clarke, L. H., Griffin, M., PACC Research Team. 2008. Failing bodies: body image and multiple chronic conditions in later life. *Qualitative health research*, 18(8), 1084–1095. <https://doi.org/10.1177/1049732308320113>
- Clarity Foundation. 2007. *Final Report: Aging in Place in America*. Available at: <HTTPS://WWW.SLIDESHARE.NET/CLARITYPRODUCTS/CLARITY-2007-AGING-IN-PLACE-IN-AMERICA-2836029> [6. 4. 2020]
- Coughlin, J. F. 2017. *The longevity economy: unlocking the world's fastest-growing, most misunderstood market*. New York: PublicAffairs.
- Disman, M. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.
- Ember, C. R., Ember, M. 2004. *Encyclopedia of medical anthropology: Health and illness in the world's cultures: Topics*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- European Commission. 2006. *Independent Living for the Ageing Society*, Available at: HTTPS://EC.EUROPA.EU/INFORMATION_SOCIETY/ACTIVITIES/ICT_PSP/DOCUMENTS/INDEPENDENT_LIVING.PDF [6. 4. 2020]
- Faircloth, CA (ed.) 2003. *Aging Bodies: Images and Everyday Experience*. AltaMira Press, California.
- Featherstone, M., Wernick, A. (eds) 1995. *Images of Aging: Cultural Representations of Later Life*. Routledge, London.
- Fond dalšího vzdělávání. 2018. *Závěrečná zpráva - Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“*, dostupné z: HTTP://WWW.FDV.CZ/DATA/ORIGINAL/FOTOGRAFIE/ZAVERECNA-ZPRAVA_NEFORMALNI-PECUJICI_FIN.PDF [21. 10. 2019]
- Fojtů, M. 2020. Senioři nemůžou za vaše posraný životy, říká socioložka, *Finmag*, dostupné z: <HTTPS://FINMAG.PENIZE.CZ/EKONOMIKA/413258-SENIORI-NEMUZOU-ZA-VASE-POSRANY-ZIVOTY-RIKA-SOCIOLOZKA> [15. 8. 2020]
- Foucault, M. 2010. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart.
- Foucault, M. 1999. *Dějiny sexuality I. Vůle k vědě*. Praha: Herrmann a synové.
- Foucault, M. 1984. Of Other Spaces, Heterotopias. Translated from *Architecture, Mouvement, Continuité* no. 5 (1984): 46-49. Available at: <HTTPS://FOUCAULT.INFO/DOCUMENTS/HETEROTOPIA/FOUCAULT.HETEROTOPIA.EN/>

- Gawande, A. 2016. *Nežijeme věčně: medicína a poslední věci člověka*. Dokořán.
- Godarová, J., Bodar, V. 2017. *Manuál volnočasových aktivit seniorů*, Praha. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- Goffman, E. 2016. *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Happiness Research Institut. 2019. *The Good Home Report*. Available at: [HTTPS://WWW.HAPPINESSRESEARCHINSTITUTE.COM/PUBLICATIONS](https://www.happinessresearchinstitute.com/publications) [6. 4. 2020]
- Harari, Y. N. 2017. *Homo deus: A brief history of tomorrow*. New York: Harper, an imprint of HarperCollins Publishers
- Hasmanová Marhánková, J. 2013. *Aktivita jako projekt: diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a seniorek*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Holy, L., & Uherek, Z. 2010. *Malý český člověk a skvělý český národ: Národní identita a postkomunistická transformace společnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Hromádková, T. 2020, To, že člověk stojí tváří v tvář smrti, ještě neznamena, že musí skončit se životem, říká lékař Kalvach, *Hospodářské noviny*, dostupné z: [HTTPS://VIKEND.IHNED.CZ/C1-66724110-KAZDY-JE-ZODPOVEDNY-ZA-SVOU-RUZI](https://vikend.ihned.cz/C1-66724110-KAZDY-JE-ZODPOVEDNY-ZA-SVOU-RUZI) [6. 4. 2020]
- Hrstkové, J. 2019. Jiná realita Julie Hrstkové: Máte dlouhověké rodiče? Bojte se! *Hospodářské noviny*, dostupné z: [HTTPS://ARCHIV.IHNED.CZ/C7-66424520-QJ9RJ-00F093ADC26E217](https://archiv.ihned.cz/C7-66424520-QJ9RJ-00F093ADC26E217) [6. 4. 2020]
- Chatterjee, R. (2020). *Podcast Feel Better.Live More*. Available at: [HTTPS://DRCHATTERJEE.COM/BLOG/CATEGORY/PODCAST/](https://drchatterjee.com/blog/category/podcast/) [15. 8. 2020]
- Chatterjee, R., Bell, S. 2019. *How to make disease disappear*. New York: HarperCollinsPublishers
- Cheng, S., Chi, I., Fung, H.H., Li, L.W., Woo, J. (eds). 2015. *Successful Aging: Asian Perspectives*, Springer.
- Chrastina, J., Ivanová, K. 2010. Využití metodologické triangulace kvalitativního výzkumu pro zkoumání limitů životního stylu chronicky nemocných dle ošetřovatelských domén. *Profese on-line*. 3. 151-164.
- Jacka, F. 2019. *Brain Changer*. Sydney: PAN MACMILLAN AUSTRALIA.
- Jenkinson, S. 2015. *Die Wise: a Manifesto for Sanity and Soul*. New York: Random House Publisher Services.

- Jenkinson, S. 2018. *Come Of Age: the Case for Elderhood in a Time of Trouble*. North Atlantic Books.
- Jung, C. G., Adler, G., Hull, R. F. C. 2014. *Collected Works of C.G. Jung, Volume 16*. Princeton: Princeton University Press.
- Kahneman, D. 2012. *Myšlení: Rychlé a pomalé*. Brno, Jan Melvil.
- Kaufman S. 2017. *Medical and social transformations in an aging world*. SDH. 2017;3(3).114-16. Available at: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.22037/SDH.V3I3.18200](http://dx.doi.org/10.22037/sdh.v3i3.18200)
- Kaufman, S. R. 2015. *Ordinary medicine: Extraordinary treatments, longer lives, and where to draw the line*. Durham [North Carolina]; London: Duke University Press
- Kessler, E.-M., et al. 2012. Dementia worry: a psychological examination of an unexplored phenomenon. *European Journal of Ageing* 9(4): 275-284.
- Křivohlavý, Jaro. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada.
- Lamb, S. 2017. *Successful aging as a contemporary obsession global perspectives*. New Brunswick, Rutgers University Press.
- Lamb, S. 2000. *White Saris and Sweet Mangoes. Aging, Gender, and Body in North India*. BERKELEY; LOS ANGELES; LONDON, University of California Press.
- Lejsal, M. 2019. Komentář ke kauze Slunečnice: Důstojně se musí cítit nejen klienti, ale i pečovatelé, dostupné z: [HTTPS://WWW.SEZNAMZPRAVY.CZ/CLANEK/KOMENTAR-KE-KAUZE-SLUNECNICE-DUSTOJNE-SE-MUSI-CITT-NEJEN-KLIENTI-ALE-I-PECOVATELE-83651](https://www.seznamzpravy.cz/clanek/komentar-ke-kauze-slunecnice-dustojne-se-musi-citt-nejen-klienti-ale-i-pecovatele-83651) [15. 8. 2020]
- Leland, J. 2019. *Happiness is a choice you make: lessons from a year among the oldest old*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Levitin, D. J. 2020. *The changing mind : a neuroscientist's guide to ageing well*. London. Penguin Books
- Loos E., Ivan L. 2018. Visual Ageism in the Media. In: Ayalon L., Tesch-Römer C. (eds) Contemporary Perspectives on Ageism. *International Perspectives on Aging*, vol 19. Springer, Cham
- Maté, G. 2019. *When the body says no: The cost of hidden stress*. London: Ebury Digital
- McKinney, J. 2016. *Aging, Discourse, And Ideology*. (Doctoral dissertation). Available at: [HTTP://SCHOLARCOMMONS.SC.EDU/ETD/3755](http://scholarcommons.sc.edu/etd/3755).

- Österlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., Ternstedt, B., Hellstrom, I. 2011. A discourse of silence: Professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing and Society*, 2011, 31(4), s. 529-544
- Petrová Kafková M. 2013. *Šedivějící hodnoty: Aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
- Pool, R., & Geissler, W. 2011. *Medical anthropology*. Maidenhead, Open University Press.
- Prétat, J. R. 1994. *Coming to age: The crowning years and late-life transformation*. Toronto: Inner City Books.
- Příhodová, A. 2016. Blog: *Jen pro ten dnešní den*. Použity články: *Co je za zdmi, toho se bojíme*. Dostupné z: [HTTP://JENPROTENDNESNIDEN.CZ/2016/11/11/CO-JE-ZA-ZDMI-TOHO-SE-BOJIME/](http://jenprotendnesnidem.cz/2016/11/11/co-je-za-zdmi-toho-se-bojime/) a *Domovy*. Dostupné z: [HTTP://JENPROTENDNESNIDEN.CZ/2016/04/11/DOMOVY/](http://jenprotendnesnidem.cz/2016/04/11/domovy/) [15. 8. 2020]
- Ram, Dass, Matousek, M., Roeder, M. 2001. *Still Here: Embracing Aging, Changing, and Dying*. New York: Riverhead Book.
- Rauch, J. 2019. *The happiness curve: why life gets better after 50*. New York: Picador
- Riedl, M., et al. 2013. Being a Nursing Home Resident: A Challenge to One's Identity. *Nursing Research and Practice* 2013: 9.
- Ross, A. 2016. *The Industries of the Future*. S.I.: Simon & Schuster
- Rowe, J. W., Kahn, R. L. 1998. *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Rozanova, J. 2010. Discourse of successful aging in The Globe & Mail: Insights from critical gerontology. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 213–222
- Sinclair, D. A., Laplante, M. D. 2019. *Lifespan: the revolutionary science of why we age-and why we don't have to*. New York : Atria Books.
- Sociologická encyklopedie 2018. *Stáří*. Dostupné z: [HTTPS://ENCYKLOPEDIE.SOC.CAS.CZ/W/STÁŘÍ](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/stari) [15. 8. 2020]
- Sokolovsky, J. 2009. *The cultural context of aging: Worldwide perspectives*. Westport, Conn: Praeger.
- Sontag S. 1997. The double standard of aging. In: Pears-all M, editor. *The other within us: Feminist explorations of women and aging*. Boulder, CO: Westview Press; pp. 19–24
- Sue Ryder. 2020. *Interní dokumenty organizace*. Praha
- United Nations: World Population Ageing Report. 2015. Available at: [HTTPS://WWW.UN.ORG/EN/DEVELOPMENT/DESA/POPULATION/PUBLICATIONS/PDF/AGEING/WPA2015_REPORT.PDF](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_report.pdf) [3. 3. 2020]

- Vavroň, J. 2019. Kdy jsme staří? Hranice se stále posouvá. *Právo*. Dostupné z:
[HTTPS://WWW.NOVINKY.CZ/DOMACI/CLANEK/KDY-JSME-STARI-HRANICE-SE-STALE-
POSOUVA-40270386](https://www.novinky.cz/domaci/clanek/kdy-jsme-stari-hranice-se-stale-posouva-40270386) [6. 4. 2020]
- Vidovičová, L. 2013. *Stáří ve městě, město v životě seniorů*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Vladeck, B. C. (1980). *Unloving care: the nursing home tragedy*. New York, Basic Books.
- WHO 2020. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Available at:
<https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index4.html> [15. 8. 2020]
- WHO 2015. *World report on ageing and health*. Available at:
[HTTPS://APPS.WHO.INT/IRIS/BITSTREAM/HANDLE/10665/186463/9789240694811_ENG.PDF?
SEQUENCE=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1) [15. 8. 2020]
- Winkelman, M. 2013. *Culture and health: applying medical anthropology*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass.

Seznam příloh

Příloha 1 - Vizuální reprezentace stáří a stárnutí