

4. Бабляк С.Д., Панишко Ю.М., Чорненький І.П. Своєчасна діагностика артеріальної гіпертензії – важливий крок до збереження здоров'я (огляд літератури) // Здоровий спосіб життя: Зб. наук. ст. / Ред.- доц. Ю.М.Панишко. – Л.: 2008. – Вип. 30, С. 5-9.
5. Багрий А.Э., Исследование MOSES. Антагонисты рецепторов ангиотензина II во вторичной профилактике цереброваскулярных катастроф // Мистецтво лікування, 2005, № 9, С. 68-70.
6. Батюшин М.М. Зайцева Н.С. Медико-генетическое прогнозирование риска развития мозгового инсульта // Клиническая медицина, 2006, № 6, С. 49-51.
7. Гуляев Д.В. Инсультомор: мысли вслух о политике здравоохранения в борьбе против инсульта в Украине // Thegaria, 2007, № 3, С. 78-81.
8. Дубенко Е.Г., Дубенко О.Е. Первичная и вторичная профилактика инсультов //Международный медицинский журнал, 1999, № 2, С. 32-35.
9. Корнацький В.М., Ревенко І.Л. Соціальні та медичні проблеми цереброваскулярної патології // Український кардіологічний журнал, 2008, № 1, С. 121-124.
10. Мищенко Т.С. Неиспользованные возможности профилактики мозгового инсульта //Практична ангіологія, 2007, № 5, С. 28-31.
11. Чазова И.Е., Мычка В.Б., Мамырбаева К.М. и др. Цереброваскулярные осложнения при метаболическом синдроме: возможные подходы к снижению риска // Терапевтический архив, 2004, № 6, С. 74-81.

О.М.ПРОДАНЧУК

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ НАРКОМАНІЇ

В статті розглядається проблема наркоманії. Підкреслюється важливість формування здорового способу життя, починаючи з дитячого віку.

В статье рассматривается проблема наркомании. Подчеркивается важность формирования здорового образа жизни, начиная с детского возраста.

It is told of drug problem in the article. The importance of forming healthy life-style since childhood is stressed.

НАРКОМАНІЯ – це хворобливий психічний стан, зумовлений систематичним вживанням у медичних цілях шляхом ковтання, вдихання або ін'єкцій деяких лікарських чи інших речовин (природних або штучних), що супроводжуються звиканням і непереборним потягом до постійного їх прийому з метою отримання специфічних переживань, різних біо- і психотропних ефектів, а також для полегшення психічного або фізичного стану.

Наркоманії – «енфорікоманії» - неконтрольований потяг до речовин, що впливають на центральну нервову систему, викликаючи стан штучного психологічного та фізичного благополуччя, аналгезії, сп'яніння, аж до наркотичного сну.[7]

Наркоманія оцінена ООН як глобальне явище, яке охоплює більше як один мільярд людей. Це соціальна трагедія.[3]

Перше місце за розповсюдженістю займає США, де майже половина населення старше 12 років хоча б раз спробували наркотики. Географічний розподіл вживання наркотичних речовин в Європі різноманітний: в Об'єднаному Королівстві Великої Британії, Ірландії, Італії, Чехії, Данії – продукти коноплі; ЛСД та екстазі, амфетамін в Об'єднаному Королівстві, синтетичні засоби – в Ірландії, регіонах Західної частини Тихого океану; опіум, канабіс, кхат – в країнах Близького Сходу. В країнах Центральної Америки поширене вживання летючих розчинників, в Південно-Східній Азії вживають комбінації кількох наркотиків.

В 1971 році був організований цільовий фонд ООН для боротьби з наркотиками. В рамках ООН функціонують міжнародні комісії з наркотичних препаратів і міжнародна Рада контролю над наркотичними речовинами.

Всі ці інстанції співпрацюють з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) і приймають відповідні міжнародні конвенції.

З 1993 року в структурі МВС України були створені самостійні підрозділи для боротьби з незаконним обігом наркотичних речовин, при Кабінеті Міністрів – Національна координаційна Рада. Але політика заборони наркотиків не досягає мети – тотального звільнення суспільства від них.

За даними Європейського бюро ВООЗ у регіоні налічується близько 16 млн. наркоманів. В Україні на обліку в закладах охорони здоров'я з приводу вживання наркотиків знаходиться більше, як 90 тисяч людей. За оцінками МВС України реальна кількість наркоманів у 10-12 разів більше від офіційно зареєстрованої.[3]

Найбільш уражені Дніпропетровська, Донецька, Запорізька області, регіон Чорноморського басейну (Миколаївська, Одеська, Херсонська області) та АР Крим, великі промислові центри (Київ, Львів, Харків, Кривий Ріг). У Волинській, Рівненській, Харківській та Тернопільській областях контингент хворих наркоманією та токсикоманією мінімальний.

Протягом останніх років в Україні склалася загрозлива ситуація щодо поширення наркоманії.

У нашій країні кримінальну відповідальність передбачено за незаконний посів або вирощування снотворного маку чи коноплі та їх збуту.

Проблема наркоманії та токсикоманії багатогранна і пов'язана з стражданнями та трагічною загибеллю людей.

Наслідки наркоманії для суспільства різноманітні:

медичні – це підвищення захворюваності на хвороби системи кровообігу (ХСК), на СНІД та хвороби, які передаються статевим шляхом, психічні розлади, травматизм, підвищення інвалідності, підвищення потреби в спеціальній медичній допомозі та ін.;

соціальні – зменшення кількості працездатного населення, зростання злочинності, підвищення нестабільності;

демографічні – підвищення смертності, зниження народжуваності, підвищення смертності немовлят, народження вже перинатально наркозалежних дітей від матерів, які вживають наркотики;

економічні – економічні збитки на виробництві, витрати на утримання інвалідів, витрати на організацію спеціалізованої медичної допомоги наркотично залежних хворих, витрати суспільства, пов'язані зі зменшенням кількості працездатного і репродуктивного населення за рахунок наркоманів. [4]

Наркотики спрямовані проти майбутнього, бо переважна кількість людей стає наркоманами в молодому, навіть в підлітковому віці. Наркомани живуть недовго – до 35 років. Серед них найбільше травм і самогубств.[10]

Протягом останнього десятиліття наркоманів частіше уражає ВІЛ-інфекція, вони швидко помирають від Сніду.[1]

Наркоманії (токсикоманії) поділяються на групи залежно від наркологічних властивостей речовини, що їх споживають.

Опіоманія (опійзм) – це наркоманія, пов'язана зі звиканням до медичних або саморобних препаратів опію. Різновидом опіоманії є морфінізм, або морфіноманія – вид, обумовлений хронічним отруєнням морфієм. Це важка форма наркоманії, відмінна неухильним прогресуванням ускладнення з боку фізичної і психічної сфери та високою смертністю.

Різновид опіоманії – **кофеїноманія, або кофеїнізм** – хронічне захворювання, що розвивається у разі зловживання кофеїну або препаратів, до яких він входить.

Героїнізм – це важка форма наркоманії, яка виникає у разі вживання героїну.

Гашишизм є, мабуть, найпоширенішою наркоманією у світі.[7]

Кокаїнізм – це більш важкий вид наркоманії порівняно з гашишизмом.

Лікоманія – зумовлена зловживанням снотворними засобами.[2]

Наступна форма лікарської залежності з'являється у разі зловживання стимуляторами нервової системи. Їх часто починають приймати для підвищення працездатності, подолання втоми і сонливості під час роботи в нічний час, для стимуляції розумової діяльності.

Серед препаратів, що спричиняють цей вид наркоманії, найпоширеніші кофеїн і теїн. Кофеїністи вживають «кінські» дози кави, а теїсти – чаю, і вони вмирають від хвороб серця і судин.

Не можна не сказати про вживання різних алкогольних напоїв – алкоголізм і тютюнопаління – нікотинізм (нікотиноманія), що є найпоширенішими видами токсикоманії. Практично 95% людей вживає алкоголь протягом свого життя, 25% – палять.

Полінаркоманія – це систематичне звичне і одночасне вживання декількох (не менше двох) наркотичних або токсичних речовин, що належать до різних фармакологічних груп. Наркомани часто поєднують кокаїн з амфетаминами, а також кокаїн з героїном. Таке поєднання часто призводить до їх передозувань і смертельних наслідків. [2]

Основними чинниками, що сприяють поширеності наркоманії у всьому світі є соціальні, біологічні та психологічні. До соціальних відносяться кризові періоди розвитку країн – дестабілізація

суспільства, періоди стагнації, «занепаду ідеалів». Основними біологічними чинниками є вік і стать. Найризикованишим є вік 13-19 років, серед чоловіків наркоманія зустрічається частіше, ніж у жінок.

Групи чинників, що сприяють виникненню наркоманії:

- соціальні;
- медико-біологічні;
- психофізіологічні.

Соціальні чинники – спосіб життя, порушення взаємодії особистості та навколишнього середовища, зuboжіння, непевність у майбутньому, низький культурний рівень, неповна чи конфліктна сім'я, безробіття та інші, що призводять до «соціальної дезадаптації».

Медико-біологічні чинники обумовлені особливостями обміну речовин, вадами в роботі печінки, нирок, системи кровообігу і дихальної системи.

Психофізіологічні чинники впливають на швидкість виникнення наркотичної залежності. Насамперед у споживача наркотиків формується психологічна залежність.

Експерти ВООЗ виділили наступні психологічні типи особистостей, схильних до наркотичної залежності:

- інфантильні, що легко підкоряються чужій волі; тип з вразливою психікою, непевнені в собі, сором'язливі, які вважають себе неповноцінними, з підвищеною втомлюваністю;
- дратливі і запальні, нездатні втримати гнів, схильні до ризику і гострих відчуттів;
- емоційно нестабільні, схильні до депресій, плаксиві, з потягом до негайного задоволення.

Формуванню наркомана сприяють такі причини: ринок, що вільно постачає наркотики, середовище, що сприяє або допускає застосування наркотиків, певний індивідуальний нахил до вади.

Наркоманія – соціальна хвороба. Збільшення поширеності наркоманії у важкі періоди історичного розвитку суспільства те, що має сьогодні місце в країнах СНД, в тому числі в Україні. [4]

Різні біди і соціальні потрясіння також сприяють поширенню наркоманії; чим гірше у країні люди забезпечені матеріально, житлом, харчуванням, роботою, медичним обслуговуванням, чим гірше вирішуються соціальні питання тощо, тим гірше загальне психологічне тло, тим виразніше незадоволення, нервозність, напруженість, депресивність, непевненість у завтрашньому дні, перевтома, заклопотаність, ілюзії на власний рахунок.

Звідси – роздвоєння самосвідомості й пристрасне бажання вважати внутрішній світ єдиною пов'язаним з сутністю індивіда. Слабовольні, нестійкі особи, що не вміють переносити життєві труднощі, шукають можливість спричинити заспокоєння або збудження, і вдаються до вживання наркотиків. Внаслідок ми знаходимо обмежену особистість, що копається в собі, нещасну, жалюгідну, і яка відрізняє себе від свого реального положення лише у свідомості, насолоджується думкою про свою внутрішню свободу.

Такі слабкі люди, багато хто з них намагається забути, врятуватися від реального життя. Особливо це стосується молоді – невлаштованість життя, відсутність чіткої перспективи, неясність політичної платформи, бездуховність, відсутність цілеспрямованості ведуть до розгубленості перед лицем суперечливої дійсності та можуть сприяти залученню до наркотиків.

Постійна гонитва за наживою, політичний обман, лицемірство, егоїзм, розгубленість перед життям, спроби відсторонитися від нього, вивертитися, сховатися, спричиняє стан глибокого відчуження, духовну пустоту, яку часто заповнюють наркотичним дурманом. [11]

Додатковою причиною наркоманії є відсутність розумних розваг, телепередачі, в яких смакується життя і пригоди наркоманів.

Наркоманії підвладні підлітки, у яких соціальна зрілість відстає від фізичного розвитку. Особи підліткового і дитячого віку споживають психо-активні речовини (ПАР). Це явище стало дуже поширеним як закордоном, так і в нашій країні. Основна частина вперше зареєстрованих в останні роки наркоманів – особи молодого віку. Відмічено тенденцію до зниження віку початку вживання різних психо-активних речовин. Початок приймання одурманюючих речовин частіше приходиться на дитячий або підлітковий період життя.

Із року в рік паралельно з розвитком фармакологічної і хімічної промисловості, спостерігається розширення групи ПАР, а також способи їх вживання. Арсенал летючих наркотично діючих речовин (ЛНДР) використовується в багатьох галузях промисловості, а також у побуті. В цьому списку зустрічаються пальне для авіамоделей, лак для взуття, антипригарний склад для кухонного посуду, аерозолі (дезодоранти, спреї для боротьби з комахами), лаки для волосся, фарби, рідини для зняття лаку, газу для запальничок, канцелярські маркери і рідини для корекцій тексту, розчинники фарб, речовини для розширення коронарних артерій та ін. [6]

Класифікувати ЛНДР можна по наступним групам:

аліфатичні, ароматичні і галогенізуючі вуглеводи, кетони, ефіри, нітрити та речовини для наркозу.

Споживачі ЛНДР утаємничують факт вживання від батьків, педагогів та ін. дорослих, які можуть повідомити про це лікарів. ЛНДР добре депонуються в організмі на протязі першої доби після їх вживання і можна легко відчутти специфічний запах, який виділяється через шкіру, волосся, повітря, яке видихається. Характерною ознакою пристрасті до ЛНДР є загальне збудження особи при розмові з нею.

Споживання ЛНДР підвищує продовжність сну (12-14 год. і більше), важкість після пробудження і тому спостерігається прогулювання навчання чи роботи.

Батьки, педагоги і вихователі стараються сформувати у дитини або підлітка вірну настанову на навчання, а у старших підлітків – на трудову діяльність.[2]

Осіб, які епізодично вживають ЛНДР, раціонально ставлять на профілактичний наркологічний облік, тоді вони спостерігаються дільничним психіатром-наркологом з певною періодичністю.

Відносно вживання найбільш неблагополучними, а це означає, потребуючими більшої уваги, є район и з високою концентрацією промислових підприємств.[6]

У випадку виявлення вогнища споживання ЛНДР необхідні спільні профілактичні огляди учнів лікарями, педагогами і працівниками міліції. Добрі результати дають бесіди з дітьми і підлітками в формі дружньої розмови, відповідей на запитання з доскональними роз'ясненнями незрозумілого, а не шляхом читання нотацій. Велике місце в профілактиці споживання дітьми і підлітками ЛНДР відводиться сімейним відносинам. Правильне виховання, належний догляд за поведінкою дітей самі по собі є бар'єром для формування асоціальних форм поведінки дітей та підлітків, це і є формування здорового способу життя.

Останніми роками отримані дані про деяку роль патологічної спадковості наркоманії. Наркоманами не народжуються. Спадковий чинник являє собою лише ґрунт для розвитку пристрасті до наркотиків і формування наркоманії. У споживачів наркотиків нерідко зустрічаються люди зі зниженим психофізичним розвитком, з низьким інтелектуальним рівнем, примітивним колом інтересів, не бажаючих раціонально і творчо проводити своє дозвілля. Вони часто конфліктують з батьками, йдуть з дому, бродяжать, схильні до авантюри, здатні переступити закон, Здебільшого, вони не здатні протистояти негативному впливу навколишнього середовища. Всі ці особи складають так звану групу ризику, ті, що за певних сприятливих умов можуть почати вживати наркотичні засоби. Загроза виникнення наркотичної залежності стає реальною, якщо людини не розуміє небезпеки будь-яких ліків без лікарського призначення.

Неправильне виховання часто є однією з причин вживання наркотиків. Особливу тривогу викликає зростання наркоманії серед школярів і студентів (в 6-8 разів за останні 5 років).

Недостатня санітарно-просвітня робота також сприяє поширенню наркоманії.

Наркоманія – хвороба молодих. 85% хворих на наркоманію – це люди віком від 16 до 35 років і більшість (90% з них навіть не передбачають, які наслідки їх чекають).

Наркотик служить для задоволення, розваг. Потім виникає звичка і залежність. І, нарешті, настає стан, коли наркотик уже потрібний для позбавлення від фізичних і психічних страждань. Наркоманія – це важка хвороба психіки і всього організму, яка без лікування веде до деградації особистості, повної інвалідності і передчасної смерті.

В Україні за останні 5 років показники поширеності і смертності від наркоманії зросли майже в 2 рази.

У тих осіб, які почали вживати наркотики в період становлення особистості (у підлітковому віці) протягом 2-5 років формуються стійкі патологічні особистісні зміни, їх поведінка стає психоподібною, часто поєднується з антисоціальними і асоціальними діями.[11]

Порушення стану здоров'я у хронічних наркоманів настільки глибокі, що деякі автори вважають: навіть за ретельного і тривалого лікування тільки 3% хворих можуть повністю вилікуватись і стати повноцінними людьми. Згідно зі статистикою, від захворювань вмирає 30% наркоманів, приблизно стільки ж – від самогубств, 40% - припадає на інші випадки. Типова смерть наркомана – від передозування наркотику.

У нашій країні боротьба з наркоманією будується на основі здорових моральних принципів, властивих духу нашого народу і релігії. За допомогою засобів масової інформації вона містить пропаганду здорового способу життя, популяризацію гігієнічних знань, найширшу санітарно-освітню

роботу, виховання гармонійної особистості. Боротьбу з наркоманією слід вести у двох основних напрямках – профілактика і лікування.

Профілактика – це система комплексних, державних і суспільних, соціально-економічних і правових, медико-санітарних, психолого-педагогічних і психологічних заходів.

Комплекс заходів слід направляти на збереження високого рівня людей, їх творчого довголіття, усунення різних причин захворювань, поліпшення умов праці, побуту і відпочинку, охорону навколишнього середовища.

Найбільш ефективними методами боротьби є не заборонні, обмежувальні, а тривалі загальнодержавні та громадські заходи щодо формування здорового способу життя, спрямовані в першу чергу на дітей, підлітків і молодь. В Україні розроблено національну програму профілактики наркоманії. Вона включає в себе кілька розділів: медичний, соціальний, психологічний та юридичний. Такий комплексний підхід до проблеми є найбільш ефективним. [3]

Поширеним видом наркоманії є паління тютюну – **нікотиноманія**. Сьогодні тютюн є фактором ризику більш ніж 25 хвороб, що є причиною смертності населення. Втрати населення України внаслідок паління тютюну майже 120 тисяч осіб щорічно. Серед працездатного населення 42% чоловіків палять тютюн, а жінок -26%. Розповсюдження серед підлітків становить майже 40%. При палінні утворюється тютюновий дим, який є небезпечний не тільки сам по собі, він вступає в реакцію з уже перебуваючими в повітрі забрудненнями і посилює їх дію на організм людини в багато разів. Підвищує в сотні і тисячі разів токсичність шкідливих викидів підприємств та автотранспорту. Конденсує присутній в атмосфері радіоактивний газ – радон. Таким чином, тютюновий дим допомагає підвищенню концентрації в повітрі шкідливих речовин, які потрапляють в легені людини, яка не палить, що погано відбивається на її здоров'ї.

Дим, який мусять вдихати ті, що знаходяться поряд з курцем, містить 30 різноманітних натуральних отрут і 500 канцерогенних речовин, які не тільки провокують розвиток раку, а й посилюють отруйну дію один одного.

Нікотин – сильний токсин. Курець отримує тільки третину нікотину, решта припадає оточуючим.

Полоній-210 – радіоактивний елемент. Той, який викурює кожен день 20 сигарет, отримує за рік дозу, яка дорівнює 300 рентгенівським знімкам. Таку кількість полонія-210 отримують люди, які знаходяться поряд з курцем. З кожним роком сигарети стають все більше радіоактивними: кількість полонія-210 в тютюні збільшується, що пов'язано з екологічною ситуацією в світі.

Кадмій – тяжкий метал, володіє сильною канцерогенною дією, спонукає розвитку раку легень, 10% його дістається курцю, решта потрапляє в повітря і легені оточуючих.

Нікель – велика кількість його в організмі – основна причина кашлю, астми та алергії. Він накопичується в організмі, печінці, легенях, головному мозку, нирках і дуже важко виводиться. Він вимиває життєво необхідні організму кальцій і магній. Половиною цього металу курці діляться з людьми, які їх оточують. Дружини курців втричі частіше вмирають від раку, ніж жінки, чий чоловіки не палять. Наявність в сім'ї одного курця в 2,5 рази збільшує ризик онкологічних і серцево-судинних патологій у членів сім'ї. Якщо курять двоє – шкідливість збільшується в 5 разів. Якщо вагітна жінка вдихає прокурене повітря, то через 5 хвилин нікотин досягає організму плоду, в результаті чого у плоду починаються проблеми з диханням і обміном речовин, батько, який палить в 5 разів збільшує ризик внутрішньоутробних аномалій у своєї майбутньої дитини.[9]

Найбільша кількість курців проживає на Кубі - 40% громадян. В Росії, Білорусії, Кувейті, Чилі, Бангладеш курять - 37%. В Естонії, Латвії, Україні, Азербайджані та Індонезії менше - 36%. В Казахстані - 35%, Литві - 34%, Аргентині та Китаї - 33%, у В'єтнамі - 32%, Мавританії та Словачків - 31%, Бурундії - 30%, США - 24%. В Афганістані і Естонії - 9%, Сальвадорі і Гані - 9%, а в Нігерії курять лише 6% населення [12].

Відмова від тютюну зумовлює іноді низку неприємних відчуттів, однак загальний стан здоров'я покращується, як вказано в таблиці №1

Самопочуття та стан здоров'я колишнього курця

24 години	48 години	2-12 тижнів	1 рік	15 років
Легені починають очищуватися від харкотиння	Зникає нікотин, відновлюються відчуття запаху і смаку	Покращується кровообіг	Ймовірність інфаркту зменшується удвоє порівняно з курцем	Ймовірність інфаркту така, як в людини, яка не палила
СИГАРЕТИ				
20 хвилин	8 годин	72 години	3-9 місяців	10 років
Тиск і пульс повертаються до нормальних величин	Кількість нікотину і вуглекислоти у крові зменшується удвічі	Покращується дихання, бронхи розслабляються, відчувається приплив сил	Зникають проблеми з диханням, зменшується кашель, легенева функція зростає на 10%.	Ризик раку легень зменшується удвоє порівняно з курцем

Деякі люди, що кинули палити, страждають від неприємних відчуттів, як вказано в таблиці №2

Таблиця 2

Неприємні відчуття колишніх курців

*	10 %	25 %	60 %	70 %	50 %	60 %	60 %	70 %
**	Менше 48 годин	менше 1 тижня	менше 2 тижнів	більше 2 тижнів	менше 4 тижнів	менше 4 тижнів	менше 4 тижнів	більше 10 тижнів
запаморочення	часті прокидання, безсоння	зниження концентрації уваги	тютюновий голод	дратливість, агресивність	депресивний стан	неспокій	збільшення апетиту	

* відсоток екс - курців, що відчувають симптоми

** тривалість неприємних відчуттів

Але головне в подоланні тютюнопаління є створення відповідної законодавчої бази, розробка нових лікувальних засобів, профілактично – освітні програми, які слід запроваджувати з дитячого віку.

Спільні дії міжнародних державних органів влади, міністерств і відомств, громадських структур, кожної сім'ї та окремої особи вселяють надію в наближення майбутнього вільного від наркотиків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Брюрингер Г. Употребление наркотиков и ВИЧ-инфекция.// К.: Сфера, 1999.
2. Веер М., Говорун С. Наркотичні речовини та залежність від них.- К.: Сфера, 1998.
3. Громов Л.О. Основні проблеми наркоманії. // Ліки.-1996.-№3
4. Клименко Т. Социальные и биологические причины наркомании // Врачебное дело.-1994.-
5. Клименко Т. Наркомания сегодня.// Врачебное дело.-1995. №4

6. Москвичев В.Г. Лечение и профилактика летучих наркотически действующих веществ несовершеннолетних. // Новости медицины и фармации. №21-22,2007.
7. Погосов А.В., Мустафетова П.К. Опиные наркомании, - М.: Белые айвы, 1998.
8. Пятницкая И.Н. Наркомании. -М.: Медицина, 1994.
9. Радбиль О.С., Комаров Ю.М. Курение.- М.: Медицина, 1988.
10. Соломзес Д.А., Чеусов В., Сколовский Г. Наркотики и общество, - М.: ООО Илой,1998.
11. Тодоренко А.Д. Наркоманом можна стати всього за місяць. // Будьмо здорові. -1996.
12. Еженедельник 24 часа, 2008, № 5.

H. FRANCOVÁ

CARE FOR AGEING PARENTS FROM GENDER ASPECT

Историчний розвиток Європи створив патріархальну структуру сім'ї, в якій за залежними членами сім'ї завжди доглядали жінки. Із зміною громадських економічних умов змінюється стратегія та поведінки членів сім'ї у тому числі розділення роботи по господарстві.

Историческое развитие Европы создало преобладающую патриархальную структуру семьи, в которой за т. наз. зависимыми членами семьи всегда ухаживали женщины. В контексте развивающихся общественных и экономических условий меняется стратегия и образцы поведения членов семьи в том числе и разделение работы по домашнему хозяйству на дело женское и дело мужское. В этой статье я принимаю во внимание современные социальные теории и пытаюсь схватить характерные черты человека, который – в «наше» время - ухаживает за стареющим членом семьи. Моё внимание сосредоточится на том, какие различия в процессе ухаживания появляются в зависимости от джендера, т. е. как сегодня заботятся о членах семьи женщины и как мужчины; остаются их роли одинаковыми или они отличаются?

Europe is related to patriarchal family structures, thus the woman has always been the traditional provider of care for dependent members. In the context of developing social and economic conditions, the strategies and patterns of behaviour of individual family members change as well as the distinguishing of works into the so called man and woman ones. The goal of this text is to underpin the profile of the caring person in the context of different theories.

In spite of growing spectrum of social services providing care for ageing citizens, the actual persons cared for prefer the model of family care. In the Western European civilization circle, it is the historically primary model bound to the key institution of Western Christian society – the family. The current civilization and particularly the future claims of the ageing population create growing pressure on the needs of care for old people, and one of the basic questions is of course what style of care will be applied, developed and supported in the future. It is however sure that the society will approach the family to assume the obligation of care for their seniors more and more frequently for psychosocial, economic and demographic reasons.

Europe is related to patriarchal family structures, thus the woman has always been the traditional provider of care for dependent members. In the context of developing social and economic conditions, the strategies and patterns of behaviour of individual family members change as well as the distinguishing of works into the so called man and woman ones. The goal of this text is to underpin the profile of the caring person in the context of different theories, to point out gender differences in provision of care and to focus on the types of work that the caring persons perform with regard to gender roles.

The care for an old person in the family can have very different forms. It is not only informal family care, but also combination with professional care provided in the form of paid services in home environment (home care) or occasional forms of care and help like e.g. respite care with which the society provides for occasional substitution of the caring family member in his or her duties he or she has assumed. Three degrees of care can be distinguished from the point of view of intensity and urgency of needs the senior requires. The first degree consists in important, but less time, physically and psychically demanding supportive care including e.g. financial support, repairs in the households, transport to the doctor's. The second degree of family help consists in impersonal care. It includes activities related to chores, most frequently the following ones: cook, tidy, wash out. The third and most demanding degree of care is personal care. Such activities, physically and psychically demanding, related to intimate care for the respective person, require almost incessant presence of the caring person. Přidalová [6] quotes foreign studies stating that three quarters of the