
Muži a ženy pečující o seniory v rodině*

RADKA DUDOVÁ, MARTA VOHLÍDALOVÁ**

Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Praha

Men and Women Caring for Elderly Family Members

Abstract: Current data show that most elderly care in the Czech Republic, as well as worldwide, is provided by family members and in most cases women. Men also provide care, but they are less likely to do so, the intensity of the care they do provide is not as great, and the care activities they engage in are of a different type than those performed by women. This article seeks to answer two questions: What share of Czech women and men are caring for an elderly member in the family? Do the experiences of sons and daughters as caregivers differ? For this purpose the article presents a quantitative analysis of the Wave 5 of the SHARE 2013 dataset and a qualitative analysis of in-depth interviews with men and women caring for their frail elderly mother (and father). The results indicate that although the share of men providing some care in the CR is similar to the share of women, as carers men spend less time providing care, and they are more likely to care for their wife or partner than for other family members. Daughters are more likely to be the ones who provide care when an elderly parent needs more intensive help. Qualitative data indicate that when caring for their parents, men and women tend to 'do gender', if not in their care practices, then in their narrations of care. Men tend to provide care that is 'good enough' (instead of 'the best' care) and to use managerial and expert discourse when talking about care.

Keywords: elderly care, gender, family, intergenerational support, masculinities

Sociologický časopis / Czech Sociological Review, 2018, Vol. 54, No. 2: 219–251

<https://doi.org/10.13060/00380288.2018.54.2.400>

* Tento text vznikl s podporou grantu GA ČR „Konfigurace péče o starší v ČR“, reg. č. 15-07898S.

** Veškerou korespondenci posílejte na adresu: Mgr. Radka Dudová, Ph.D., PhDr. Marta Vohlídalová, Ph.D., Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Jilská 1, 110 00 Praha 1, e-mail: radka.dudova@soc.cas.cz, marta.vohlidalova@soc.cas.cz.

Úvod

V České republice je více než 80 % péče o starší poskytováno v rodině [Svobodová 2006; Nešporová, Svobodová, Vidovičová 2008; Zavázalová 2001]. Jen přibližně pětina seniorů z těch, kdo potřebují každodenní pomoc, se nachází v rezidenční péči (v rámci sociálních nebo zdravotních služeb).

Po období defamilializace v padesátých a šedesátých letech minulého století začal být v socialistickém Československu již v sedmdesátých letech znovu kladen důraz na poskytování péče v rodinách a tento trend pokračoval i po roce 1989. V současnosti většina odborníků, politiků i veřejnosti sdílí přesvědčení, že formální ústavní péče by měla být využívána jen v případě, kdy rodinní pečující zcela chybí nebo nejsou schopni péči o seniora zajistit [Dudová 2015]. O neformálních (rodinných) pečujících se v odborných i populárních publikacích hovoří zpravidla genderově neutrálně (případně v generickém maskulinu), ačkoli v zahraniční i české odborné literatuře panuje shoda o tom, že jsou to častěji ženy, kdo se pečovatelské role v rodině v případě potřeby „přirozeně“ ujímá [Folbre, Shaw, Stark 2005; Klímová Chaloupková 2013; Jeřábek 2005]. Podíl žen, které se věnují péči, ať už neformální, nebo formální sféře, podle dostupných mezinárodních dat výrazně převyšuje podíl mužů. Ženy častěji nežli muži nemají placené zaměstnání, případně jsou ochotny se ho vzdát či snížit svou pracovní dobu právě z důvodu pečovatelských povinností [Bracke, Christiaens, Wauterickx 2008; Folbre, Shaw, Stark 2006; Guberman, Maheu, Maillé 1992].

V situaci prohlubujícího se „nedostatku péče“ (v souvislosti s rostoucím podílem lidí ve věku, kdy lze předpokládat určitou potřebu pomoci a péče, a s demografickými a socioekonomickými změnami, které mohou vést k nižší dostupnosti neformálních pečujících, a zejména pak žen) je nutné klást si otázku, kdo a za jakých podmínek se stává pečovatelem, pokud je péče v rodině náhle potřeba.

Na základě teoretických východisek a dostupných dat týkajících se genderovanosti péče o seniory proto v tomto článku hledáme odpověď na následující otázky: (1) Nakolik se v České republice na péči o seniory podílejí ženy a nakolik muži? Liší se zapojení žen a mužů (zejména dcer a synů) do poskytování péče, a pokud ano, jak? Jedná se o jednoduchou otázku deskriptivního charakteru, na kterou ale není úplně snadné odpovědět. Tato informace v dosavadních výzkumech neformální péče buďto absentuje, jelikož se tyto výzkumy na dané téma nezaměřují [Jeřábek et al. 2013], anebo jsou zdroje dat nejasné či nereprezentativní [Zavázalová 2001; Svobodová 2006], případně se jedná o odhady založené na zahraničních zkušenostech [Přidalová 2006]. Nejbliže se k odpovědi na tuto otázku v českém prostředí dostává Klímová Chaloupková [2013], která na základě analýzy dat ISSP 2012 konstatuje, že pravidelnou péči o seniory v ČR poskytuje 18 % mužů a 28 % žen. My tuto odpověď doplníme a budeme diskutovat s využitím analýzy datového souboru SHARE 2013.

(2) Jak se projevuje gender v poskytování péče podle vyprávění samotných pečujících? Tedy konkrétněji, čím je podle nich podmíněna volba primární pečo-

vatelky nebo pečovatele v rodině a za jakých okolností se péče ujmají synové? Jak maskulinita a feminita ovlivňuje samotné poskytování péče a jak se projevuje v tom, jak ženy a muži péči prožívají a jak o ní hovoří? Pro odpověď na tyto otázky využijeme kvalitativní výzkum zaměřený na syny a dcery neformálně pečující o rodiče.

Zaměříme se primárně na mezigenerační péči, která je podle kvantitativních zjištění více genderově diferencovaná než péče o partnera či partnerku. Navíc ze stávajících poznatků je zřejmé, že existují i další rozdíly mezi rodinnou péčí o partnera či partnerku a péčí o seniora ze starší generace [Arber, Gilbert 1989; Calasanti 2003]. Proto i v zájmu homogenity zkoumaných situací v kvalitativním výzkumu omezíme zaměření výzkumu na péči dětí o rodiče.

Východiska

Rozhodnutí poskytovat náročnou osobní péči blízké osobě v době, kdy se již o sebe nedokáže postarat sama, je výslednicí mnoha faktorů. Podle Jeřábka et al. [2013] je péče vedena vstřícným altruistickým postojem k péči o rodinné příslušníky obecně, přičemž pomáhá i minulá zkušenost péče v rodině. Přijetí péče o seniora vychází z intenzivního pocitu zodpovědnosti, doplněného pocitem osobní povinnosti, dané rodinným poutem. Dudová [2015: 103] k tomu na základě kvalitativního výzkumu mezi pečujícími ženami přidává další dva klíčové faktory: vlastní disponibilitu k péči a přesvědčení, že jiné (dobré) řešení neexistuje.

Výzkumy v různých zemích světa ukazují, že většina péče o seniory se odehrává uvnitř rodiny a častěji ji vykonávají ženy nežli muži (cca v 60–80 % případů, liší se podle konkrétních studií) [např. Eurofamcare 2006]. Nejčastěji se péče ujmají dospělá děti a životní partnerky či partneři seniora či seniorky (mezinárodní data se neshodují v rozložení). Muži zpravidla nejvíce péče přijímají od svých partnerek a manželek, zatímco o ženy častěji pečují jejich příbuzné ženského pohlaví – dcery či snachy [viz Abel 1990; Stark 2005; Bracke, Christiaens, Wauterickx 2008]. Muži také poskytují péči, ale méně často než ženy, pečují nižší počet hodin týdně a zaměřují se na jiné typy aktivit [Gerstel, Gallagher 2001], případně tak činí jen ve specifických okamžicích své životní dráhy [Arber, Gilbert 1989; v českém prostředí Přidalová 2006]. Zahraniční výzkumy se shodují v tom, že dospělá dcery poskytují péči s výrazně větší pravděpodobností než dospělí synové; dcery poskytují více pomoci s domácností a více se podílejí na osobní péči, zatímco muži mají tendenci spíše se podílet na aktivitách, které odpovídají tradičním či normativním rolím přisuzovaným mužům, jako je technická údržba domácnosti a finanční či organizační podpora [Campbell, Martin-Matthews 2003].

České autorky uvádějí, že většinou (75–80 %) jsou primárními pečovatelkami ženy [Přidalová 2006; Zavázalová 2001; Svobodová 2006]. Výsledky výzkumu Vidovičové a Rabušice [2003] ukazují, že intenzita pomoci stárnoucím rodičům je do velké míry ovlivněna pohlavím dítěte, které péči poskytuje. Také data z vý-

zkumu Životní dráhy 2010¹ vypovídají o vyšší participaci žen na neformální péči o stárnoucí členy rodiny, a to co se týče osobní a každodenní péče, ale i co se týče péče občasně. Pokud byl v rodině senior, o kterého bylo třeba každodenně pečovat, většina dotázaných se na této péči nějakým způsobem podílela; ženy významněji nežli muži (92,7 % žen a 83 % mužů). Rozdíl byl ale mnohem výraznější při odpovědích na otázku, kdo „většinou“ poskytoval péči, tedy kdo byl primárním pečovatelem. V oblasti osobní péče, tj. běžné denní hygieny či jedení, to byly v 80 % právě ženy [Dudová 2015: 36].

Ačkoliv ženy mezi neformálními pečujícími podle existujících výzkumů převažují, nelze říci, že by muži o své stárnoucí blízké vůbec nepečovali. Někteří autoři [např. Thompson 2000] namítají, že práce zabývající se neformální péčí ignorují a zneviditelnují pečující muže a navíc představují péči mužů jako deviantní či ne tak dobrou jako péči poskytovanou ženami, jelikož berou péči žen jako normu. Muži například zastávají instrumentální úkony, které neodpovídají běžnému chápání péče (odvoz, oprava zařízení bytu apod.) a jejich práce tak může být přehlížena muži i ženami. Je otázka, do jaké míry to skutečně platí; podle Campbella a Martin-Matthewse [2003] mají totiž sami muži ve výzkumných šetřeních naopak tendenci svůj podíl na péči spíše nadsazovat. Pečujícím mužům se navíc zpravidla dostává většího ocenění než pečujícím ženám kvůli přesvědčení, že péče je pro ženy „přirozená“ a nepotřebuje chválu [Harris, Long 1999]. Zatímco ženy chápou mnohé pečovatelské aktivity (např. praní a vaření) jako součást svých běžných domácích povinností a neoznačují čas jimi strávený jako čas strávený péčí, muži tyto aktivity chápou jako aktivity péče a jako takové je uvádějí ve výzkumech, což může vést k určitému nadhodnocení podílu mužů na péči [Calasanti 2003].

Podle Gerstel a Gallagher [2001] je účast mužů na péči podmíněna jejich vztahy se ženami: pečovatelské aktivity jejich manželek a dcer je vedou k větší účasti na péči, zatímco péče jejich sester vede ke snížení podílu mužů na péči. Muži, kteří se stávají primárními pečovateli, jsou zpravidla bez sourozenců, bez sester, a žijící geograficky blízko u rodičů [Campbell, Martin-Matthews 2003]. Podle dalších autorů má zásadní vliv vztah pečujícího k opečovávané osobě. Muži poskytují přibližně stejný díl péče jako ženy ve vztahu manžel–manželka (partner–partnerka), ale v případě jiných vztahů je jejich podíl na péči nižší [Arber, Gilbert 1989]. Dále se liší to, kolik času pečující péči věnuje: mimo partnerské vztahy mají ženy tendenci péči věnovat mnohem více času a pravděpodobněji se stávají primárními pečovatelkami (zatímco v rámci partnerských vztahů – péče o manželku či manžela – je podíl žen i mužů podobný). Ve výzkumu proto není možné směřovat péči v rámci partnerského vztahu (kde je podíl mužů a žen víceméně vyrovnaný) s jinými druhy péče, kde je účast žen významně vyšší; zároveň

¹ Datový soubor Životní dráhy 2010 obsahuje 4 000 respondentů ve věku 25–60 let. Je výsledkem výběrového reprezentativního šetření české populace (s ohledem na standardní výběrové kvóty), které proběhlo na konci roku 2010 pod vedením SOÚ AV ČR, v.v.i.

je třeba zkoumat zvlášť situace, kdy se jedná jen o primární pečující, a situace, kdy jsou zahrnuty všechny osoby poskytující péči [Calasanti 2003].

Dlouhodobě se významný genderový rozdíl projevuje v míře stresu spojeného s péčí: muži udávají nižší úroveň stresu, zatímco ženy udávají vyšší úroveň úzkosti, deprese, fyzických potíží a zdravotních problémů a nižší životní spokojenost než muži poskytující péči v podobném rozsahu. Existující vysvětlení spočívají v tom, že mužský styl péče je více „manažerský“ – více vnímají péči jako práci, ve které usilují o kontrolu a snaží se o co nejvyšší výkonnost; péče jim pak poskytuje pocit zvládnutí situace, sebeuspokojení a možnosti volby [Russell 2001; Thompson 2000]. Dokážou oddělit emocionální a funkcionální dimenze péče, což je chrání před nadměrným stresem. Genderové odlišnosti panují i v představách a očekáváníích okolí o tom, jak by měla péče vypadat – na muže jsou kladeny nižší nároky. Podoba péče a stresu z ní pramenícího je také pravděpodobně utvářena rozložením ekonomických zdrojů a neformálních pomocných sítí, které zvyšují muže (muži mají při péči větší podporu svých manželek než ženy od svých manželů [Yee, Schulz 2000], více používají formální služby a další externí zdroje [Russel 2001]). To, že pečující muži udávají menší míru stresu, může ale také souviset s genderově odlišnými pravidly, jak hovořit o stresu a emocionální zátěži: To, jak se lidé vyjadřují o svých emocích a jak je vůbec prožívají či jakými pravidly se jejich emoce řídí v různých interakcích, se liší u mužů a u žen a také v různých kulturách [Aranda, Knight 1997].

Existuje řada teoretických vysvětlení převahy žen v dlouhodobé péči o seniory; jejich přehled přinesla v českém prostředí studie Marie Přidalové [2006]. Na základě teorií Sandry Harding [1986: 52–56] a Joan W. Scott [1986] je možné rozlišit několik úrovní, na kterých se projevuje gender jako určující charakteristika sociálních vztahů. Ty lze zjednodušit na dvě skupiny faktorů, které určují i genderovaný charakter dlouhodobé péče o starší. Na jedné straně se jedná o kulturní faktory, které se projevují na úrovni identit a na úrovni symbolicko-normativní (genderové identity; hodnoty, normy, očekávání a genderové ideologie přítomné v dané společnosti). Díky nim je volba ženy jako primární pečovatelky v rodině vnímána jako přirozená, samozřejmá, správná či jediná možná. V naprosté většině světa je péče vnímána jako „ženská práce“ – zejména pokud jde o úkony zahrnující péči o tělo, potravu a celkovou hygienu [Twigg 2004]. U žen se „přirozeně“ předpokládá větší starostlivost o druhé, mimo jiné proto, že jsou k pečování od narození socializovány. Schopnost a ochota rozvíjet afektivní vztahy, poskytovat péči a upřednostňovat zájmy jiných před svými vlastními se tak ve většině případů stává součástí jejich identity [Graham 1983].

Na druhé straně jsou to strukturální faktory, které vedou k tomu, že volba ženy jako pečovatelky může být fakticky schůdnější, jednodušší, praktičtější či je jako taková všemi zúčastněnými aktéry vnímána. Jedná se o úroveň společenských institucí: o genderově odlišné biografie, genderovou dělbu práce v dané společnosti, nastavení pracovního trhu, rozdělení rolí v rodině či organizaci dalších společenských institucí (péče o děti, formální péče o seniory). Tyto dva typy

faktorů jsou propojené a vzájemně se ovlivňují. Ve skutečnosti jsou ale jak sociální struktury, tak osobní identita a kultura výsledkem sociálních interakcí – to vše je v průběhu interakcí utvářeno, utvrzováno a měněno. O genderu je tak nutné uvažovat jako o „vynořujícím se rysu sociálních interakcí“, který je třeba neustále rekonstruovat prostřednictvím aktivit, jež jsou ve shodě s očekáváním spojenými s chováním ženy či muže [West, Zimmerman 1987: 127; viz také Vohlídalová 2014]. Gender je tedy dynamický, je to něco, co „myslíme“ a co „děláme“ [Gherardi 1994; viz také Butler 1988]. Gender se pak stává zároveň výsledkem i odůvodněním sociálního řádu a skrze děláni genderu je tento sociální řád legitimizován jako něco přirozeného, normálního a nevyhnutelného [West, Zimmerman 1987: 126]. Péče představuje jednu z oblastí, kde probíhá děláni genderu. Rozhodování o tom, kdo bude péči poskytovat, v jaké míře a na jaký druh pečovatelských aktivit se zaměří, je tedy výsledkem působení různých úrovní, na kterých gender působí, a způsobů, jakými lidé „dělají“ gender v interakcích v rámci rodiny a pečovatelského vztahu.

Narativní výzkumný rozhovor o poskytování péče je prostor, ve kterém dochází k intenzivní interakci mezi vypravěčem a posluchačem (tazatelem) a ve kterém také probíhá „dělání genderu“. Vzhledem k velké volnosti při vyprávění příběhu má vypravěč či vypravěčka příležitost konstruovat tento prostor podle vlastních očekávání a pravidel. Volí celkové ladění příběhu, tón řeči a hovoru, hlavní linii vyprávění: nějakým způsobem prezentuje sám či sama sebe, určité věci zdůrazňuje a o jiných naopak mlčí. V průběhu rozhovoru probíhá konstrukce vlastní identity: vypravěč či vypravěčka popisuje sám či sama sebe jako syna či dceru, jako pečující osobu. U posluchače či posluchačky hledá ospravedlnění svého přístupu k péči a celkově vnímání situace, prostřednictvím aktivního naslouchání posluchač či posluchačka potvrzuje takto představovanou identitu.

Metodologie

Povaha položených výzkumných otázek vyžaduje využití kombinace kvantitativních a kvalitativních analytických přístupů. Kvantitativní analýza umožňuje zkoumat agregovaná data a kauzální souvislosti. Oproti tomu kvalitativní analýza je schopna odкрыtí palety možných jednání, motivací a interpretací. Umožní nám porozumět tomu, jaké charakteristiky a procesy ovlivňují volbu nejvhodnější pečující osoby v rodině, tedy co je příčinou (předpokládané) převahy žen v péči, jak muži a ženy zdůvodňují svou (ne)účast na péči, jak poskytování péče prožívají a jaký význam mu přiřkládají.

Pro odpověď na první výzkumnou otázku analyzujeme datový soubor SHARE, 5. vlny z roku 2013. SHARE je mezinárodní panelová databáze mikrodát týkajících se zdraví, socioekonomického statusu a sociálních a rodinných sítí osob starších 50 let. Soubor cílí na reprezentativní vzorek populace ve věku 50+, která žije v domácnostech mimo pečovatelské instituce. Obsahuje odpovědi respondentů a v případě některých proměnných také odpovědi jejich partnerů

a partnerek, s nimiž tito lidé sdílí společnou domácnost. Tito lidé pocházejí z celkem 3 744 domácností, přičemž výběrový soubor 5. vlny SHARE obsahuje údaje celkem o 5 689 respondentech a respondentkách. Aby byla zachována homogenita souboru z hlediska věku, z analýzy jsme vyřadily 178 respondentů a respondentek v době šetření mladších 50 let, kteří se do výsledného souboru dostali v rámci rozhovorů prováděných s oběma partnery žijícími ve společné domácnosti. Analyzovaný vzorek se pohyboval podle jednotlivých otázek od několika set odpovědí (v případě otázek týkajících se charakteristik každodenní intenzivní péče poskytované v domácnosti) až po soubory zahrnující kolem 4 500 odpovědí u ostatních obecnějších otázek [Börsch-Supan 2017].

Odpovědi na druhou sadu výzkumných otázek dává kvalitativní výzkum žen a mužů pečujících o seniora v rodině, který provedla jedna z autorek v letech 2012–2016. Sběr dat byl proveden technikou hloubkového rozhovoru s narativními prvky, kde komunikační partneři a partnerky měli po stanovení základního tématu (péče o stárnoucího rodiče v rodině) volnost při volbě témat, o kterých budou hovořit, přičemž následně byly tazatelkou kladeny doplňující otázky. Téma péče bylo uchopeno jako vyvíjející se v čase, s přesahem do méně i více vzdálené minulosti i do budoucnosti. Do analýzy bylo zařazeno celkem 36 rozhovorů, z toho osm s muži a 28 se ženami, žijícími v Praze a ve dvou regionech ČR (viz Příloha 1). Záměrem bylo, aby všichni měli bezprostřední nebo nedávnou zkušenost s časově náročnou každodenní péčí osobního charakteru o svou matku či otce. Rozhovory byly následně přepsány, anonymizovány a analyzovány s využitím softwarového programu pro analýzu kvalitativních dat Atlas.ti. Analýza měla pro potřeby tohoto textu průřezovou povahu – kódování, kategorizace a komparace se zaměřila na témata spojená s „genderovaností“ péče.

Péče v populaci 50+ z kvantitativní perspektivy

Jedno z mnoha témat, která zachycují data SHARE, se týká právě péče, ať už poskytované, nebo přijímané. V případě analýzy péče poskytované respondenty a respondentkami druhým je omezení na populaci starší 50 let určitou nevýhodou. Je totiž zřejmé, že o členy rodiny a přátele nepochybně pečují i lidé před dosažením 50 let věku, byť s ohledem na časování životního cyklu lze očekávat, že právě v této věkové skupině bude břemeno péče o starší lidi nejvýraznější [viz Klímová Chaloupková 2013]. Údaje o péči, kterou populace 50+ naopak přijímá od svých blízkých, nicméně toto omezení do určité míry vyvažují, protože umožňují identifikovat základní genderové vzorce poskytované péče a charakteristiky pečujících osob, a to bez ohledu na jejich věk.

V následující deskriptivní analýze se zaměříme na zmapování základních charakteristik vztahů péče, které nám umožňují data SHARE 5. vlny, tj. na identifikaci pečujících osob, na frekvenci poskytované péče se zvláštním důrazem na genderové rozdíly, a to jak v případě péče přijímané lidmi staršími 50 let, tak v případě péče, kterou tito lidé poskytují druhým.

Lidé starší 50 let jako aktivní pečovatelé a pečovatelky

Datový soubor rozlišuje mezi péčí poskytovanou členům stejné domácnosti a péčí poskytovanou mezi lidmi, kteří spolu nežijí. Lze přitom předpokládat, že se tyto formy péče od sebe zásadním způsobem liší, zejména co se týče náročnosti a intenzity.

Respondenti a respondentky, kteří uvedli, že v posledních 12 měsících poskytl/a péči někomu ve svém okolí, s nímž nesdílejí společnou domácnost,² měli možnost uvést až tři hlavní osoby, jimž takovou péči poskytli. Pokud vyloučíme péči o ty příbuzné, u nichž lze očekávat, že budou výrazně mladší než respondenti a respondentky (tj. neteře a synovce, děti, zetě a snachy apod.), zmiňovalo péči o někoho ve svém okolí celkem 25,5 % dotázaných. Rozdíly mezi muži a ženami nebyly v tomto případě statisticky významné.³

Péče poskytovaná lidem mimo respondentovu či respondentčinu domácnost se ale výrazně odlišovala podle intenzity. Zahrnovala péči od každodenní práce až po občasnou péči jednou za čas, která klade na člověka mnohem menší nároky. Právě v tomto ohledu se mezi muži a ženami jakožto poskytovateli péče starším osobám ukázaly statisticky významné rozdíly. Ženy byly častěji zastoupeny v kategoriích každodenně (21,6 % mužů a 32,4 % žen) nebo týdně (36,2 % mužů a 42,8 % žen) poskytované péče, zatímco muži byli naopak častěji zastoupeni v případě péče poskytované s nižší časovou intenzitou (jednou měsíčně pečovalo 34,5 % mužů a 30,8 % žen a méně než jednou měsíčně pak poskytovalo pomoc 33,6 % mužů a 21 % žen).

Pokud jde o péči, kterou respondenti starší 50 let poskytují lidem, s nimiž sdílí společnou domácnost,⁴ celkem 9,6 % mužů a 12 % žen uvedlo, že o někoho takového ve své domácnosti pečují. Tento údaj zahrnuje velice různé formy péče, vedle péče o staré a nemohoucí nebo o partnera sem lidé řadili také např. péči o děti nebo o vnoučata. Ani v tomto případě se přitom rozdíly mezi muži a ženami neukázaly být statisticky významné. Suverénně nejčastěji přitom ve své domácnosti lidé pečují o partnera či partnerku (61,7 %), s výrazným odstupem pak následuje matka (11,1 %) a také děti (11,1 %). Jiným osobám je pak tato forma péče poskytována jen velice zřídka (viz Tabulka 1). Zejména v případě péče o partnera a péče o matku jsou přitom rozdíly mezi muži a ženami jen nepatrné a nejsou statisticky významné. Nevýhodou těchto dat je přitom skutečnost, že v případě

² Otázka: V posledních 12 měsících, poskytl/a jste Vy osobně některému rodinnému příslušníku žijícímu mimo Vaši domácnost, příteli nebo sousedovi osobní péči nebo praktickou pomoc v domácnosti? Prosím nezahrnujte péči o vnoučata.

³ Není-li uvedeno jinak, jsou všechny statisticky významné rozdíly testovány χ^2 testy na hladině významnosti 5 %.

⁴ Otázka: Nyní budeme hovořit o pomoci uvnitř Vaší domácnosti. Žije v této domácnosti někdo, komu jste pravidelně pomáhal/a v posledních 12 měsících s osobní péčí, např. při mytí, vstávání nebo oblékání? (Pod výrazem pravidelně chápeme denní nebo skoro denní pomoc po dobu nejméně tří měsíců.)

**Tabulka 1. Péče respondenta či respondentky o členy domácnosti
(% souhlasných odpovědí)**

	muži	ženy	celkem
partner /ka	61,7	61,7	61,7
matka	11,2	11,0	11,1
děti*	6,6	13,1	10,5
tchýně	5,1	2,8	3,8
vnouče	3,6	3,2	3,3
otec	1,5	1,8	1,7
soused	2,6	0,7	1,5
tchán	1,5	0,0	0,6

Zdroj: SHARE 2013, 5. vlna.

Poznámka: N = 476; v položce označené * statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami.

péče o členy domácnosti se v 5. vlně výzkumu SHARE nezjišťuje také míra časové intenzity, s níž se respondenti a respondentky této péči věnují. Implicitně to tedy předpokládá, že tato péče má ve všech případech podobnou míru intenzity. To však může zastírat podstatné genderové rozdíly, které tkví zejména v tom, jaký typ péče poskytují ženy a jaký muži a v jaké intenzitě.

Pokud porovnááme odpovědi mužů a žen týkající se toho, zda pečují, je tedy třeba vzít v potaz zejména intenzitu a povahu této péče. Zatímco v tom, zda respondenti a respondentky vůbec někdy poskytují péči, genderové rozdíly nejsou patrné nebo jsou zcela minimální, z hlediska frekvence poskytované péče (co se týče péče mimo svou domácnost) se ukazují jednoznačné statisticky významné rozdíly.

Není překvapivé, že spíše pečují osoby v mladších věkových kategoriích (tj. 50–70 let) nežli lidé starší (70 let a více). Vzdělání nemá vliv na poskytování péče v rámci jedné domácnosti, péči někomu mimo vlastní domácnost ale poskytují statisticky významně častěji muži i ženy s vyšším vzděláním. Rodinný stav má podle analýzy našeho souboru pečujících nejednoznačný vliv: svobodné a rozvedené ženy sice poskytují péči někomu mimo svou vlastní domácnost ve více případech, ale s výrazně menší frekvencí (např. méně než jednou za měsíc) než ženy vdané či žijící s partnerem (které častěji pečují denně). Ve společné domácnosti poskytují péči seniorovi spíše svobodní muži a ženy (u žen ale není rozdíl podle rodinného stavu tak výrazný jako u mužů). Na rozdíl od zjištění Gerstel a Gallagher [2001], podle kterých přítomnost sester snižuje podíl mužů na péči, se neprokázal jasný vliv počtu a pohlaví sourozenců na poskytování péče. Pouze u péče ve vlastní domácnosti lze říci, že zatímco ženy bez sourozenců se častěji stávají pečovatelkami, muži jedináčci naopak pečují o blízkého seniora jen velmi zřídka.

Lidé starší 50 let jako příjemci péče

Zjištění týkající se toho, kdo péči respondentům a respondentkám poskytuje, do velké míry korespondují s poznatky o tom, o koho pečují sami respondenti a respondentky. V případě péče, kterou lidé čerpají od blízkých a přátel, s nimiž nesdílejí domácnost, pečovaly o respondenty nejčastěji jejich děti (ty zmiňovalo 95,7 % mužů a všechny dotázané ženy, z nichž 13 % zmínilo více než jedno dítě, viz Tabulka 2). Zdá se tedy, že matky mají se svými dětmi, pokud jde o vztahy péče, užší vztah, který se projevuje také tak, že o ně jejich děti pečují častěji než o muže. Ženám se pak také častěji dostává péče ze strany vnoučat (14,9 % žen a 10,6 % mužů). Další výraznější rozdíly jsou patrné v případě péče ze strany sourozenců, kterou zmiňovalo 11,1 % mužů, ale jen 4,9 % žen.

Obraz péče poskytované mezi lidmi, kteří spolu nebydlí, je třeba doplnit o informace týkající se vztahů péče mezi lidmi, kteří sdílejí společnou domácnost. I v případě respondentů na pozici osob přijímajících péči se ukazuje, že tato péče se odehrává zejména mezi partnery. Na rozdíl od údajů týkajících se péče, kterou poskytují sami respondenti a respondentky, se ukázalo, že o pomoci ze strany partnerek vypovídali zejména muži (84,1 % mužů a 66,2 % žen). Naopak, ženy častěji než muži uváděly, že o ně pečují děti, s nimiž sdílí domácnost (10,3 % mužů a 24,2 % žen). Tyto rozdíly přitom patrně souvisejí s věkovou strukturou

Tabulka 2. Kdo pečuje o respondenta či respondentku – lidé, s nimiž nesdílejí domácnost (v %)

	muži	ženy
děti	95,7	112,8*
ostatní příbuzní	20,7	17,9
sousedí	16,1	18,9
přátelé, kolegové	14,0	12,2
sourozenci	11,1	4,9
vnoučata	10,6	14,9
partner	7,7	3,0
matka	1,4	1,9
otec	1,0	0,6
tchýně	0,2	0,1

Zdroj: SHARE 2013, 5. vlna.

Poznámka: Souhrnné údaje až za tři osoby, které o respondenta či respondentku pečují; % vyjadřují podíly respondentů či respondentek, které dané osoby zmínili, jejich součet tedy není roven 100 %; na otázku odpovídali pouze ti, kteří uvedli, že o ně někdo z jejich okolí pečuje (N = 1 452). * Hodnoty nad 100 % znamenají, že všechny respondentky zmínily děti jako pečující osoby, přičemž 12,8 % z nich zmínilo mezi třemi osobami, které o ně pečují, více než jedno dítě.

Tabulka 3. Kdo pečuje o respondenta či respondentku – lidé, s nimiž sdílejí společnou domácnost (% souhlasných odpovědí)

	Muži	Ženy
partner /ka, manžel/ka	84,1	66,2
některé z dětí	10,3	24,2
vnoučata	2,1	3,8
sourozenci	1,4	1,3

Zdroj: SHARE 2013, 5. vlna.

Poznámka: Pouze nejčtenější varianty; na otázku odpovídali pouze ti, kteří uvedli, že o ně pečuje někdo z jejich domácností (N = 302).

partnerů a s odlišnou nadějí dožití u žen a u mužů. V prvním kroku si tedy poskytují péči partneři mezi sebou a teprve potom nastupuje pomoc ze strany dětí. Další lidé, kteří by se o respondenty a respondentky starali v jejich domácnosti, byli přitom opět zmiňováni jen velice zřídka (viz Tabulka 3).

Pokud jsou lidé bezdětní, péči poskytovanou lidmi žijícími mimo domácnost respondenta či respondentky přebírají častěji sourozenci, dále pak také synovci a neteře, přátelé a zejména pak sousedi či sousedky. V případě péče poskytované lidmi v domácnosti pak bezdětní zmiňovali nejčastěji svoje partnery či partnerky a v několika případech také své sestry. Tito lidé také častěji využívají různé formy placené profesionální péče (tyto formy péče využívá 17,7 % těch, kteří uvedli, že nemají děti, ale jen 8,3 % těch, kteří děti mají).

V případě dětí, které o respondenty a respondentky pečují a sdílejí s nimi společnou domácnost, jednoznačně převažují dcery – ty tvořily 63,2 % pečujících dětí, 36,8 % pak byli synové. V případě péče dětí, s nimiž lidé nežijí ve společné domácnosti, je naopak podíl mužů a žen vyrovnaný. Muži zmiňovali častěji než ženy péči svých synů (86,4 % mužů vs. 72,4 % žen) a ženy naopak zmiňovaly častěji péči svých dcer (75,9 % žen vs. 64,7 % mužů). Pokud se však podíváme na frekvenci péče poskytované dětmi respondenta či respondentky žijícími mimo společnou domácnost, i v tomto případě se potvrzuje, že ženy mají tendenci vykonávat častěji ty formy péče, které jsou časově náročnější a probíhají častěji. Mezi dětmi, které o respondenty pečují denně, je 56 % dcer a 44 % synů. Se vzrůstající frekvencí péče zastoupení synů klesá (v případě varianty méně než jednou měsíčně bylo zmiňováno 55,3 % synů, ale 44,7 % dcer).

Podle Jeřábka et al. [2013] se určité vzorce pravidelnosti v poskytování péče mezi generacemi projevují až tehdy, kdy existuje silná potřeba pomoci (tj. v rodině se vyskytuje senior s vysokým indexem BADL⁵). Pokud se podíváme blíže na

⁵ Basic Activities of Daily Life – základní aktivity každodenního života. Podle Katz et al. [1970] jsou jimi koupání, hygiena, toaleta, jedení, oblékání a pohyblivost. V souboru

Tabulka 4. Od koho získávají lidé péči, podle míry závislosti (v %)

	V instituci	Pomoc v rámci domácnosti	Pomoc mimo domácnost
Zvládá vše	1	4	31*
Nezvládá některé instrumentální aktivity	3	18	60
Nezvládá 1–2 základní aktivity	2	30	62
Nezvládá 3–4 základní aktivity	8,2	70	70
Nezvládá 5–6 základních aktivit	18,6	82	63

Zdroj: SHARE 2013, 5. vlna.

Poznámka: Jedná se o procento z těch, kdo zvládají vše / nezvládají některé instrumentální aktivity / nezvládají 1–2 základní aktivity atd. * Součet se nerovná 100, jelikož respondenti mohou dostávat pomoc z více zdrojů anebo nedostávají žádnou pomoc.

péči o respondenty, kteří nezvládají bez pomoci tři a více základních aktivit každodenního života, tak jak jsou definovány v datovém souboru SHARE (oblékání, koupání, přecházení po pokoji, vstávání a uléhání, strava a používání toalety), jsou rozdíly mezi pečujícími muži a ženami, a zejména pečujícími syny a dcerami, ještě výraznější.

Platí, že čím více senior či seniorka potřebovali pomoc, tím spíše se jim jí dostávalo od někoho ve stejné domácnosti, stejně tak častěji pomáhal někdo žijící mimo domácnost respondenta či respondentky. Přesto podíl pomoci od osoby žijící mimo domácnost respondenta či respondentky klesl v případě osob nezvládajících 5–6 aktivit a naopak stoupl podíl seniorů v institucionální péči (viz Tabulka 4).

Pokud vydělíme osoby, které nezvládají více než dvě základní aktivity, tedy osoby s vyšší potřebou pomoci, a kterým poskytuje péči někdo žijící s nimi ve stejné domácnosti, pak je to nejčastěji jejich partner či partnerka (82 % u mužů a 64 % u žen) nebo jejich potomek (18 % u mužů a 40 % u žen). Pokud jim poskytuje péči někdo, kdo s nimi nebydlí, pak jsou to nejčastěji jejich děti (69 % u žen a 40 % u mužů). Mužům v 17 % pomáhá partnerka (která s nimi nežije) a v 11 % sestra, ženám v 7 % některé z vnoučat.

Děti jsou tedy u osob se zvýšenou potřebou pomoci vedle partnerů a partnerek jejím nejčastějším zdrojem. O osoby, které samy nezvládají více než dvě aktivity běžného života a pečují o ně některé z dětí žijících s nimi v domácnosti, pečují v 33 % synové a v 67 % dcery (kvůli velkému počtu chybějících pozorování to jsou ale velmi malá čísla, jen šest synů a 12 dcer). Pokud bylo dítě označeno

SHARE byly definovány jako oblékání, koupání, přecházení po pokoji, vstávání a uléhání, strava a používání toalety.

jako první osoba poskytující péči mimo domácnost seniora a pokud nebereme ohled na frekvenci péče nebo na míru potřeby péče, je podíl synů a dcer vyrovnaný. Čím vyšší je ale potřeba péče, tím spíše je pečujícím dítětem dcera nežli syn; u osob, které nezvládají více než dvě aktivity každodenního života a pečují o ně na prvním místě některé z dětí, je to v 75 % dcera (N = 52). Zároveň se liší i frekvence takto poskytované péče u synů a u dcer: synové (pokud byli uvedeni jako první pečující osoba) pečují nejčastěji jednou týdně – 54 % z nich, „jen“ 31 % pečujících synů poskytuje péči každodenně. Dcery (uvedené jako první pečující osoba u seniora či seniorky nezvládající tři a více aktivit) pak pečují nejčastěji každodenně (64 % z nich), 26 % z nich poskytuje péči jednou týdně. Dcery jsou tedy častěji uváděny jako první pečující osoby, a to ať žijí ve stejné domácnosti jako senior či seniorka s vyšší potřebou pomoci, nebo žijí v jiné domácnosti. Navíc častěji poskytují péči na každodenní bázi. Synové se oproti dcerám stávají primárním pečujícím o seniora s vyšší potřebou pomoci ve čtvrtině případů, navíc polovina z nich pečuje jen jednou týdně a jen necelá třetina z nich pečuje denně. U dětí označených jako druhá osoba poskytující péči osobě s vyšší potřebou pomoci se žádné pravidelnosti neprojevují. Dcery a synové pomáhají podobně, cca 15 % z nich poskytuje péči denně. Každodenní péče je častější, pokud senior či seniorka nezvládá více než dvě aktivity – ale pouze u dcer. Celkový počet případů seniorů a seniorek s vyšší potřebou pomoci je ale v souboru poměrně nízký, proto je nutné brát tato čísla s rezervou, jako určité naznačení trendu.

Můžeme tedy shrnout, že pokud jde o neformální péči o seniory, podílejí se na ní na základě naší analýzy datového souboru SHARE 2013 jak muži, tak ženy. Gender sám o sobě muže z péče nevyvazuje, rozdíl se nejvíce tak výrazně jako v jiných (domácích i zahraničních) výzkumech. Zásadní rozdíly spočívají v tom, jak často (s jakou frekvencí) péči poskytují. Zatímco ženy najdeme častěji mezi těmi, kdo pečují s vyšší časovou frekvencí (denně, týdně), muži naopak poskytují častěji takové formy péče, které nejsou tak časově náročné. Ženy častěji pečují o seniory a seniorky s potřebou větší míry pomoci. Rozdílné výsledky z různých výběrových šetření nicméně vyplývají z odlišně položené otázky, potažmo z toho, na jakou intenzitu rodinné péče je daný výzkum zaměřen (či jak této intenzitě sami respondenti a respondentky rozumí). I přes tyto odlišnosti se však potvrzuje, že čím vyšší frekvence a intenzita péče, tím vyšší podíl žen a nižší podíl mužů na ní participuje.

Data týkající se přijímané péče potvrzují pro ČR model, podle kterého nejprve o seniora pečuje primárně jeho životní partner či partnerka, pokud je k dispozici, což je vzhledem k delší naději dožití žen pravděpodobnější u mužů (viz také Arber, Gilbert [1989], podle kterých se muži a ženy podílejí rovnoměrně na péči o svého partnera či partnerku). Následně péči přebírají děti, častěji dcery než synové (pečující zpravidla o ovdovělé matky, se kterými také častěji sdílejí společnou domácnost). V případě osob bez partnera a bez dětí přechází péče na další příbuzné – nejčastěji sestry, ale i na sousedy či sousedky, případně na formální služby péče. Muži se na péči o své stárnoucí příbuzné také podílejí,

ale často s nižší frekvencí. Lze tedy předpokládat, že zastávají spíše podpůrnou úlohu a pomáhají primární pečovatelce [podobně viz Gerstel, Gallagher 2001; Campbell, Martin-Matthews 2003].

Muži a ženy v příbězích péče

V následující části vycházíme z analýzy kvalitativních rozhovorů se ženami a muži, kteří poskytují péči své matce, případně i otci. Naším cílem je osvětlit příčiny odlišného zapojení žen a mužů do časově náročné péče o rodiče, prokázáno kvantitativní analýzou. Zaměříme se konkrétně na to, za jakých podmínek se dcery a synové stávají primárními pečujícími; zda lze z vyprávění soudit, že se praxe péče u synů a u dcer nějak odlišuje, a pokud ano, tak v čem; a zda existuje rozdíl v tom, jak o péči muži a ženy hovoří. Naším cílem je odhalit, jak gender vstupuje do poskytování péče jak na úrovni sociálních institucí (s jakými překážkami se muži a ženy jako pečovatelé setkávají, jak podle vyprávění pečujících pečování interaguje s dalšími institucemi, jako je např. pracovní trh či sociální služby, jak jim jejich biografie usnadňuje či naopak komplikuje přijetí závažku péče), tak na úrovni sociálních a kulturních norem (od koho se péče očekává a za jakých podmínek, kdo se může z poskytování péče vyvázat), i na úrovni osobních identit (jak synové a dcery hovoří o tom, jak péči prožívají; jak vnímají sebe jako pečovatele). Vycházíme přitom z předpokladu, že na všech těchto úrovních muži i ženy „dělají gender“, ať už v samotných praktikách péče, nebo v tom, jak o své účasti na péči vypovídají v průběhu vyprávění [Bruni, Gherardi, Poggio 2005].

V první fázi výzkumu bylo provedeno 25 rozhovorů s lidmi poskytujícími péči svým rodičům na každodenní bázi. Z analýzy vyplynulo, že osobní péče v domácnosti je mnohdy kombinována s využitím formálních sociálních služeb, případně se formální a neformální péče v čase střídají a doplňují [viz Dudová 2015]. Proto bylo ve druhé fázi cíleně zahrnuto dalších 11 rozhovorů s lidmi, kteří péči v době rozhovoru zajišťovali s pomocí různých typů sociálních služeb. Výběr byl veden požadavkem primárního pečovatelsví. Poskytovaná péče měla mít (alespoň v některém období života dotázané či dotázaného) každodenní charakter a musela trvat denně alespoň hodinu. Pokud bychom hodnotili výsledný výzkumný soubor 36 dotázaných mužů a žen optikou škály BADL, 32 z nich pečovalo (nebo bylo odpovědných za péči) o seniora, který měl potíže s alespoň dvěma základními aktivitami každodenního života (těmi jsou podle Katz et al. [1970] koupání, hygiena, toaleta, jedení, oblékání a pohyblivost). Nejčastěji se jednalo o kombinaci koupání, pohybu, případně hygieny (kontinence) a jedení. Sedmnáct z nich pak v určité fázi mělo zodpovědnost za péči o člověka, který potřeboval pomoci se všemi šesti základními aktivitami. V devatenácti případech se u opečovávaného seniora či seniorky projevovala nějaká forma kognitivní poruchy (Alzheimerova nemoc, stařecká demence). V následující analýze se zaměříme na příběhy těch dotázaných, kteří se označili za primárně zodpovědné za péči o osobu (matku, otce či oba zároveň), která nezvládala minimálně dvě základ-

ní aktivity bez pomoci někoho druhého. Jedná se tedy o pravidelnou a časově náročnou péči a podporu, vynucenou vysokým indexem BADL, u níž lze podle Jeřábka et al. [2013: 276] očekávat výskyt určitých vzorců pravidelnosti.

Ve výzkumném souboru je pouze osm mužů pečovatelů. Z kvantitativní analýzy je zřejmé, že mezi primárními pečujícími převažují ženy. Při rekrutaci vzorku navíc mohly hrát roli další faktory, jako je menší ochota mužů účastnit se rozhovoru, jejich menší „viditelnost“ v pečovatelské roli pro okolí či to, že se sami nedefinují jako primární pečovatelé, i když péči poskytují. Přesto našich osm komunikačních partnerů může posloužit jako základ pro srovnání a jejich životní příběhy mohou objasnit některé mechanismy, které se projevují v datech z reprezentativních šetření a které vysvětlují odlišné zapojení mužů a žen do péče o seniory v rodině.

Již samotný proces získávání výzkumného vzorku poukazuje na určitá specifika „mužské“ péče: dva komunikační partneři, kteří sami sebe označili jako pečující a byli jako takoví kontaktováni, podle výběrových kritérií nebyli primárními pečovateli. Zároveň nejvíce mužů se do vzorku podařilo získat ve druhé fázi sběru dat, kdy jsme se zaměřili na lidi, kteří při péči využívají kombinaci formálních služeb, zejména pečovatelské služby v domácnosti. Čtyři muži pečovali o rodiče, který potřeboval pomoci se dvěma a více základními aktivitami každodenního života, dva pomáhali s instrumentálními aktivitami a dva dotázání v okamžiku, kdy nastala potřeba pomoci se základními aktivitami, převedli seniora do bytové péče.

Volba primárního pečujícího

První oblast, které se věnujeme, je rozhodování o poskytování péče, o přijetí role primárního pečovatele či pečovatelky. Jak ukázaly předchozí analýzy, pro pečující ženy byla klíčovou kategorií „samozřejmost poskytování péče“ [viz Dudová, Volejníčková 2014]. V první části vyprávění většinou zdůrazňovaly, že rozhodnutí poskytovat péči rodiči (nejčastěji matce) bylo pro ně samozřejmé, automatické, nebylo ani potřeba o tom přemýšlet. Tato samozřejmost byla součástí „dominantního kulturního příběhu“, se kterým se ženy identifikovaly a sdílely jej ve svém vyprávění [viz Erel 2007]. Teprve v dalším průběhu rozhovoru vycházely najevo okolnosti, které ovlivnily jejich rozhodování o poskytování péče: diskuse a vyjednávání s dalšími příbuznými, podmínky, které podle vypravěčky musely být splněny, aby se péče ujala – odchod do důchodu, geografická blízkost, dobrý zdravotní stav. Péče tedy byla popisována jako „samozřejmá“, ačkoli taková rozhodně nebyla; o tom svědčí i pluralita řešení velmi podobných situací u různých žen. Co ale pečující ženy spojovalo, byl fakt, že odpovědnost mužských příbuzných minimalizovaly, případně vůbec nezmiňovaly. Ty komunikační partnerky, které měly bratra, ve většině případů přijaly jako samozřejmé, že péče jako „ženská záležitost“ spočívá v první řadě na nich jako dcerách. Hodnotily velmi

pozitivně, pokud se bratr do péče zapojoval například tím, že matku navštěvoval, pomáhal finančně či vypomáhal s různými pochůzkami, nákupy či odvozem. Tento podíl vnímaly jako adekvátní a dostačující a svou hlavní pečovatelskou roli braly jako samozřejmost. Gender tak nebyl ve většině vyprávění vůbec explicitně tematizován, nastavení situace, kdy pečuje dcera a syn pomáhá „zdálky“, byla vyprávěčkami vnímána jako „přirozená“ a „spravedlivá“. Když hovořily o svých očekáváních do budoucna, konkrétně o tom, zda si myslí, že jim poskytnou jejich děti péči, až ji budou potřebovat, lišily se podle toho, zda měly syny či dcery. Očekávání spojené s péčí kladly téměř výhradně na své dcery, zatímco o synech jako budoucích pečovateli neuvažovaly, případně je explicitně z péče omlouvaly jen na základě jejich genderu:

Takhle asi bych se takovýhleho věku nechtěla ani dožít, aby se o mne musel někdo starat. Protože ono je něco jiného, když je to matka, je to dcera. Já jsem dcera, teď mám syny, co můžeš od kluků očekávat? Tam akorát jde o to, jak se k tobě postaví třeba pak ta snacha. (Věra, 63 let, SŠ, pracující důchodkyně – pedagožka)

Pečující muži v našem souboru ovšem také pokládali poskytování péče za samozřejmé a automatické. Pokud se stali primárními pečujícími, stali se jimi podle svých slov proto, že nebyla jiná alternativa, protože byli jedinými příbuznými, kteří pro péči připadali v úvahu – podobně jako pečující ženy. Rozdíl byl ale v tom, jaké možnosti péče jiných osob vůbec připouštěli. Pečující ženy ve svých vyprávěních podrobně řešily podíl svých sester na péči (jakým způsobem se na péči podílejí, případně proč se nepodílejí), zatímco o svých bratrech vůbec nemluvily, případně je z péče velmi rychle „vyvázaly“ na začátku rozhovoru poukáním na to, že žijí daleko, ještě chodí do práce či mají malé děti. Pečující muži byli buďto jedináčci, nebo měli bratry, kteří se s nimi o péči dělili; žádný z nich neměl sestru. To naznačuje, že muži se stávají pečovateli v situaci, kdy není k dispozici příbuzná žena, která by se péče „samozřejmě“ ujala.

Specifickou roli v organizaci péče hrály jejich manželky či partnerky. Pokud muži žili v dlouhodobém manželství, jejich ženy jim s péčí poměrně významně pomáhaly. Jednalo se ale vesměs o vzdělané a pracovní vyčerpané ženy, které pokládaly spolu se svými muži za samozřejmé, že každý se postará o své rodiče, přičemž ten druhý mu pomůže, ale nepřevzme hlavní díl péče. Přemyslova manželka pracovala ve zdravotnictví a vyjednávala tak s lékaři a zdravotnickými institucemi, Pavlova manželka tchýni vařila a starala se o prádlo, Milanova manželka rodiče manžela navštěvovala a vstupovala do organizace péče – koordinovala další příbuzné, fungovala společně se švagrovou jako zprostředkovatelka rozdělení péče mezi oběma bratry. U pečujících vdaných žen se oproti tomu úloha manžela omezovala na „vzdálenou kontrolu“ (v době, kdy manžel byl doma a pečující žena v zaměstnání) či občasné „dělání společnosti“ – v obou případech za podmínky, že bydleli se seniorem či seniorkou ve společné domácnosti. Ve většině případů jako „pomoc“ ženy označovaly pouze to, že manželovi péče nevadí a že manželčino rozhodnutí pečovat respektoval. Ženy ale i tuto „pomoc“

významně oceňovaly. Podobně Yee a Schulz [2000] ukázali, že pečujícím synům se dostává více podpory od manželek než pečujícím dcerám od manželů.

K „samozřejmosti“ převzetí primární pečovatelské role přispívala u mužů stejně jako u žen zejména prostorová disponibilita – bydleli velmi blízko, případně ve stejném domě či domácnosti. Dva dotázaní, Jindřich a Přemysl, řešili přestěhování seniorky do své blízkosti, aby mohli péči dále poskytovat a nemuseli dojíždět: oba koupili rodičům žijícím mimo Prahu byt na okraji Prahy, o kterém uvažovali také jako o investici na své vlastní stáří. Dotazované ženy takové řešení nezvažovaly. Pokud to bylo nutné a možné, řešily situaci přestěhováním seniora či seniorky do svého bytu, případně se samy na nějaký čas odstěhovaly do jeho či jejího bytu, i když to pro ně představovalo značné nepohodlí a narušení jejich vlastního života. To může souviset s odlišnými ekonomickými zdroji, kterými muži a ženy disponují.

U žen byla významnou podmínkou převzetí primární pečovatelské role jejich časová disponibilita – to, zda již nemusely chodit do práce, případně zda dokázaly péči s placenou prací skloubit. Ve vyprávění mužů nebyla tato podmínka přímo tematizována. Všichni až na Milana byli pracovně aktivní a jejich práce byla poměrně časově náročná. Milan sice období nezaměstnanosti vítal jako čas, kdy se může více věnovat péči, ale práci si hodlal znovu najít. Pečující ženy také nebyly ochotny opustit své zaměstnání kvůli poskytování péče, toto rozhodnutí ale potřebovaly samy před sebou legitimizovat a v průběhu rozhovoru vysvětlovat. Uvažovaly o péči v časovém horizontu svého odchodu do důchodu s tím, že postupně budou péči věnovat více času. Stark [2005] ukazuje, že ženy se stávají častěji primárními pečujícími proto, že častěji nežli muži nemají placené zaměstnání, případně jsou ochotny se ho vzdát či snížit svou pracovní dobu, pokud to vyžadují pečovatelské povinnosti. V české realitě se nejedná ani tolik o snížení pracovního úvazku jako spíše o relativně brzký odchod do důchodu a případně přijetí méně časově náročné brigádní práce [viz Dudová, Hašková 2014].

Dotázaní muži možnost opuštění či přerušování placené pracovní aktivity vůbec nezmiňovali a budoucí odchod do důchodu do jejich plánů nezasahoval, nijak o něm nehovořili. Vesměs organizovali péči tak, aby se dala skloubit se zaměstnáním na plný úvazek, zvyšování časové náročnosti péče si buďto nepřipouštěli, nebo plánovali, že je pokryjí formálními službami. Formální péče jim nezdědka umožňovala nastavit péči tak, aby pro ně byla časově zvládnutelná spolu s prací i s volnočasovými aktivitami.

Rozhodnutí stát se primárním pečovatelem tak bylo ženami i muži popisováno jako samozřejmé a automatické. U žen bylo rozhodující, zda již dosáhly důchodového věku a mohly se péči věnovat naplno; spíše nežli o „dělání genderu“ bychom v jejich případech mohli hovořit o „dělání věku a genderu“ [Utrata 2011]. Ženy akceptovaly předpoklady o věku a placené práci, které jim ukládají povinnost zajistit péči o své starší příbuzné, jakmile dosáhnou zákonného důchodového věku, zatímco muži žádné takové očekávání nezmiňovali ani nezaznamenali. Neformální péče o seniory tak slouží jako příklad intersekcionality věku a pohlaví tím, že zviditelňuje to, jak genderové identity, normy týkající se věku a pohlaví

a sociální struktury činí ženy odpovědné za poskytování podpory a péče mezi generacemi.

U mužů pak hrálo zásadní roli to, že nebyla k dispozici žádná ženská příbuzná – sestra či manželka –, která by tuto roli převzala. To, že „nebyl nikdo jiný“, má jiný obsah u pečujících žen a mužů. V případě žen ostatní sourozenci a příbuzní mohou snáze využít některé z „legitimních omluv“: Podle Campbell a Martin-Matthews [2003] existuje určitý soubor vysvětlení, ospravedlnění a omluv, které jedinci utvářejí a využívají v okamžiku, kdy se projednávají rodinné závazky a pečovatelské vztahy. V našem výzkumu se jako „dostatečné“ omluvy ukázaly být pracovní aktivita, vzdálenější bydliště, péče o malé děti či horší zdravotní stav. Pro muže je soubor těchto legitimních omluv širší a jsou snadněji přijímány jejich okolím. Navíc jsou tyto omluvy jednoznačně genderované (tj. pro muže častější a dostupnější než pro ženy), což je dáno mimo jiné odlišnými životními drahami. Pokud měly pečující ženy bratry, tito byli v roli živitelů rodin a zároveň byli pracovně aktivní do vyššího věku. Jejich manželky byly mladší, a proto měli mladší děti. Dcery také častěji žily ve větší blízkosti svých matek.

Zároveň toto „není nikdo jiný“ vyplývalo z genderových stereotypů, které nebyly v rozhovoru přímo vyřčené, v různých okamžicích ale vyplouvaly na povrch – nejsilněji při zvažování toho, zda se o komunikační partnery a partnerky postarají jejich vlastní děti. Přesto, pokud se již pro pečování rozhodli, pokládali muži i ženy tuto volbu zpětně za samozřejmou a jedinou možnou. Rozhodnutí tak záviselo spíše na pocitu povinnosti a přijetí osobní zodpovědnosti spojeném s přesvědčením, že domácí rodinná péče je pro seniora či seniorku tou nejlepší volbou.

Při rozhodování o tom, zda budu pečovat, tak hraje roli na jedné straně tzv. normativní solidarita (či solidarita rodinných závazků) – přesvědčení o významu mezigeneračních závazků, včetně víry, že dospělé děti by se měly postarat o své rodiče [viz Jeřábek et al. 2013: 180–188]. Pocit odpovědnosti postarat se o své blízké, vycházející z kulturních a etických norem dané společnosti [viz Nye 1979; Bengtson, Roberts 1991; Rossi, Rossi 1990], je tak tím prvním impulzem k automatickému a samozřejmému přijetí pečovatelské role. Na druhé straně hraje ale roli i to, zda je v rodině někdo další, kdo se jeví být „vhodnějším“ pečovatelem. Vzhledem k odlišným životním drahám mužů a žen [viz také Přidalová 2007: 22] a jinak nastaveným souborům „legitimních omluv“ a „přirozenému“ spojení péče s feminitou [viz např. Graham 1983] se tak pečovatelkami (v případě intenzivní osobní péče) stávají ženy spíše než muži.

Podoba poskytované péče

Kvantitativní analýza zjistila, že ač se muži na péči podílejí, činí tak s významně menší časovou frekvencí než ženy. Rozhovory s pečujícími ženami a muži umožňují porozumět tomu, z čeho tato odlišná frekvence pramení, jak konkrétně, v detailu vypadají jejich pečovatelské aktivity a jaké to má důsledky na organizaci a zvládnutí péče.

Naše zjištění o konkrétních podobách poskytování péče jsou nutně omezená povahou použité výzkumné metody, a sice individuálního narativního rozhovoru. K poznání praktik máme přístup pouze skrze vyprávění zkoumaných osob a jedná se tedy o „interpretaci interpretace“ [Denzin, Lincoln 2003]. V narativním rozhovoru mají lidé navíc poměrně vysokou volnost při výběru témat, ve vyprávění zaměřeném do minulosti hraje úlohu také selektivní povaha paměti [Clausen 1998]. Dozvídáme se tak nikoli to, co skutečně dělají či dělali, ale co si myslí, že dělají a co pokládají za důležité a hodné sdělení. Na druhé straně ale analýza rozhovorů umožňuje i poznání vnějších struktur a institucí, které formovaly a formují zkušenosti vypravěčů. Podle Bertaux [2003] jsou vyprávěné životní příběhy jedinečným nástrojem pozorování těchto struktur. Jakmile je shromáždíme dostatečné množství, abychom je mohli mezi sebou srovnávat ve vztahu k jednomu sociálnímu kontextu nebo zkoumanému problému, začnou se zviditelňovat „mocenské sociální linie“ (lignes de force sociales), objektivně existující sociální struktury, které tvarují sociální procesy. Když lidé vyprávějí svůj životní příběh, popisují, jak ve svých zkušenostech sami naráželi na tyto linie, jak se jim pokoušeli přizpůsobit, jak jim tyto struktury zabránily cosi učinit či jim naopak poskytl neočekávané zdroje [Bertaux 2003: 40].

Muži, i pokud se stali primárními pečovateli, popisovali svou roli hlavně jako koordinační. Jejich aktivita spočívala zejména v organizaci a koordinaci zajištění dostatečné péče od různých osob. Tuto úlohu zdůrazňovali i v případech, kdy sami poskytovali svým rodičům přímou péči (pomoc s hygienou či stravováním apod.). Ženy, které v nějaké fázi péče využívaly formálních služeb (ať už v domácnosti seniora, nebo pobytových) měly sice podobnou funkci – kontaktování a vyjednávání se sociálními a zdravotními službami, vytváření denních a týdenních rozvrhů tak, aby senior či seniorka nezustávali dlouho sami, kontrolování jeho či jejího stavu, kontrola medikace a vyprovázení k lékaři –, při prezentaci těchto aktivit v průběhu rozhovoru ale zdůrazňovaly spíše jiné aspekty – osobní péči, časté návštěvy, a zejména zdůvodnění svého rozhodnutí řešit péči pomocí formálních služeb.

U pečujících žen se poměrně často vyskytoval model, kdy primární pečovatelka přebrala naprostou většinu zodpovědnosti a ostatní členové rodiny pomáhali jen ve velmi specifických a časově ohraničených aktivitách. Dotazovaní muži oproti tomu častěji sdíleli péči i zodpovědnost za ni s dalšími členy rodiny. Pokud měli bratry, měli rozdělené oblasti zodpovědnosti, a nemuseli tak „nosit v hlavě“ vše, co se týče potřeb seniora či seniorky. Pokud žili sami a neměli sourozence, intenzivně využívali terénní služby péče (placené pečovatele a pečovatelky).

Co se týče využití pobytových sociálních služeb, u mužů i u žen bylo možné pozorovat velmi odlišné přístupy (zatímco pro některé nepřipadala v úvahu, pro jiné byla jediným vhodným řešením v určité situaci). Rozdíl se objevoval zejména v tom, jak rozhodnutí přesunout seniora či seniorku do ústavní péče muži a ženy prožívali či jak o něm vyprávěli. Pro ženy to byl velmi emocionálně nabitý až traumatizující okamžik, o kterém nechtěly hovořit nebo o něm hovořily s pláčem. Cítily potřebu toto rozhodnutí tazatelce vysvětlit a legitimizovat, zároveň je ale vnímaly jako své selhání, nad kterým vyjadřovaly lítost.

Muži věcně hovořili o podmínkách, za kterých je podle nich ústavní péče vhodnější nebo nezbytná. Nejčastěji se jednalo o případy kognitivní poruchy, jako např. stařecká demence nebo Alzheimerova choroba, kdy ani rodina „nemá o tom takové povědomí, jak se s takovým člověkem zachází“ (Milan, 59 let, SŠ, nezaměstnaný). Přemysl, jehož matka byla po úraze v nemocnici, věnoval mnoho času a energie zajištění kvalitní zdravotní i sociální péče. Zároveň ale jasně v rozhovoru konstatoval, že domácí péče o jeho matku pro něj nepřipadá v úvahu. Jasně vymezil možnosti své rodiny a to, kam až jsou ochotni zajít. Svě rozhodnutí přitom neměl potřebu nijak legitimizovat, jednoduše konstatoval, že jako rodina mají jiné priority (věnovat se dětem ve starším školním věku, mít čas na sebe) a vědí, jaké jsou jejich limity.

... protože stav maminky je ne úplně tak uspokojivý na to, aby se vrátila zpátky do domácího prostředí. Ne, že by to nešlo, ale je tam problém, že by tam muselo být zajištění nějaké hodinové péče, hlavně v noci, což se přiznáme, že někdo je schopen, že má svůj život nastaven tak, že dokáže tohle absolvovat v rámci svojí rodiny. U nás ta možnost v současné době není. (Přemysl, 47 let, VŠ, technik)

Muži měli častěji než ženy jasnou hranici, kdy už objem a obsah péče pro ně přestával být únosný, a tuto hranici neměli tendenci posunovat podle zhoršující se situace (jak to často činily pečující ženy). Fungovala u nich tzv. segmentace času a pozornosti [Andrews, Bailyn 1993] – jednotlivé oblasti jejich života, včetně péče, se tolik neprolínaly a nezasahovaly jedna do druhé. Zároveň oproti ženám neměli potřebu toto „oddělení“ vysvětlovat a zdůvodňovat. Výsledkem pak může být jejich menší zatížení tzv. břemenem péče ve srovnání se ženami, popisované v zahraniční literatuře.

Na nižší míře stresu a únavy, kterou udávají muži v zahraničních výzkumech a kterou bylo možné pozorovat i v našem výzkumu, se také může podílet rozdílnost nároků na kvalitu péče. Na muže jsou kladeny menší požadavky ohledně péče a mezigenerační podpory obecně a určité úkony od nich nejsou vůbec očekávány [Calasanti 2003; Arber, Ginn 1995]. Ženy v našem výzkumném vzorku mnohem častěji usilovaly o „co nejlepší péči“. To v jejich podání znamenalo pokud možno neměnit prostředí, ve kterém senior či seniorka žije, tj. nebylo pro ně myslitelné matku či otce přestěhovat nebo přesouvat z místa na místo tak, aby péče byla pro pečovatelku snazší. Samozřejmě, několik dotázaných tento způsob volilo, pro ně pak platilo stejně jako pro muže, že péče pro ně byla méně náročná. Pro většinu žen bylo ale nemyslitelné, aby se pečující osoby střídaly a aby do péče (zejména intimní tělesné péče) vstupovaly cizí osoby. Ženy pak samy sebe v péči vnímaly jako nezastupitelné, což znamenalo, že si nemohly odpočinout, a tíha každodenní péče a odpovědnosti pečovatelské břemeno neúměrně zvyšovala. Tím se dostávaly nebezpečně blízko vyčerpání.

Muži oproti tomu spíše usilovali o poskytování „dostatečné péče“. O rodiče musí být postaráno, ale zájmy opečovávané osoby a pečujících se nesmí vylučovat a situaci je třeba přizpůsobit tak, aby byla kompromisem pro všechny zúčastněné.

To obnášelo např. přestěhování seniorů, sdílení péče s dalšími příbuznými, využití formálních služeb péče včetně pobytových (třeba jen dočasně). Zároveň to znamenalo nižší požadavky na intenzitu domácí péče. Zjištění potvrzují vyšší schopnost mužů oddělit emocionální a funkcionální dimenze péče. Na jedné straně by se ženy mohly z tohoto přístupu poučit, aby pro ně péče neměla tolik negativní dopady [Russell 2001; Thompson 2000]; na druhé straně, jak zmiňuje Calasanti [2003: 22], můžeme polemizovat o tom, zda to nejde proti samotné podstatě péče.

Jako příklad může sloužit srovnání situace Pavla a Anny, kteří oba pečovali o své matky. Obě seniorky se nacházely ve velmi podobném zdravotním stavu – byly jen omezeně pohyblivé a potřebovaly pomoci s minimálně čtyřmi aktivitami každodenního života (hygiena, oblékání, pohyb, jídlo). V obou případech matka bydlela spolu s rodinou svého potomka v rodinném domku. Pavel se o matku staral spolu s manželkou a dcerou, většinu osobní péče ale vykonával sám, zejména péči zahrnující tělesnou hygienu. Anna na tom byla podobně. Anna ale vnímala situaci jako vyžadující její neustálou přítomnost, jelikož musí být k dispozici, když bude matka cokoli potřebovat:

Takhle, pomáhali mi, ale ono potom už to bylo dost složitý, protože ona taky mamka už byla zvyklá hodně na mě a nikoho nechtěla (...). Určitě vím, že by mě zastoupili, i ta moje sestra, ale ona už byla tak navyklá mamka na mě, že nechtěla. (...) ze začátku to šlo, potom ke konci už jsem moc nežila. Veškerý kulturní akce šly úplně mimo mě, i rodina... (Anna, 55 let, SŠ, zaměstnaná na DPČ – pomocná síla v nemocnici)

Pavel oproti tomu pokračoval ve svých veřejných (podnikatelských a politických) aktivitách a svůj čas organizoval tak, aby s nimi péči mohl sladit. V době, kdy byla matka umyta a najedena a kdy s ním nebo s vnučkou strávila nějaký čas a popovídala si, nic podle jeho pohledu nepotřebovala a nebylo třeba pobývat s ní doma.

Vstávám v pět a do šesti opečovávám matku, ty základní věci, ty nejintimnější až po to připravení jídla a mlíka na ten den, noviny, časopisy a tak, aby měla tu intelektuální potravu. A pak přijíždím až večer, když mluvíme o pracovním dni, takže to je večer, zase ta elementární intimní péče plus večere a takovýhle věci. (Pavel, 55 let, VŠ, podnikatel – majitel firmy)

Z rozhovorů s pečujícími muži a ženami je zřejmé, že když muži pečují (vnímají sami sebe jako pečovatele), obecně lze říci, že péči častěji a intenzivněji sdílejí s dalšími osobami v rodině, ochotněji využívají formální sociální služby a nemají na kvalitu péče tak vysoké nároky jako ženy – zaměřují se na to, aby poskytli *dostatečnou* péči, nikoliv aby poskytli *co nejlepší* péči. Častěji než ženy zřetelně oddělují různé oblasti svého života a udržují jasnější hranice mezi tím, kolik času a energie jsou schopni a ochotni věnovat péči a kolik ostatním oblastem svého života. Proto také pravděpodobně zakoušejí méně stresu a fyzického vyčerpání při poskytování péče. Nelze ale říci, že by se jednalo o obecně platné rozdělení mezi pečujícími muži a ženami – ve vzorku byly i ženy, které pečovaly podobně (plnily

hlavně koordinační funkci, udržovaly si jasné hranice, kam až byly ochotny zajít a co „obětovat“, zapojovaly do péče intenzivně další osoby), i jeden muž, který péči o matku obětoval veškerý svůj volný čas i soukromý život (přesto ale neodešel ze zaměstnání a péči v té době řešil formálními službami). Vzhledem k povaze a omezení analyzovaných dat tak nelze jednoznačně určit zásadní faktické rozdíly v praxi péče mezi muži a ženami – v situaci, kdy se již rozhodli časově náročnou péči poskytovat. Rozdíl ale panoval v tom, jak o této praxi muži a ženy hovořili, jak ji v průběhu rozhovoru popisovali a zdůvodňovali.

Dělání genderu v rozhovoru

V rozhovoru lidé popisují, jak „dělají gender“ v rámci péče. Možná ještě významnější je ale to, jak „dělají gender“ právě v samotném rozhovoru. Samotný obsah péče se totiž u dvou osob nemusí ani příliš lišit, ale liší se způsob, jakým je o něm referováno. Ve vyprávění volí určité prostředky, kterým lze rozumět jako „typickým“ pro ženy nebo pro muže, zdůrazňují aktivity a vlastnosti, které jsou obvykle asociovány s daným genderem. Ve vyprávěních pečujících mužů a žen tak bylo možné identifikovat několik vypravěčských stylů či diskurzů, které určovaly hlavní linii vyprávění a zároveň sloužily k „dělání“ a utvrzování genderové identity. Tyto styly či diskurzy⁶ je možné identifikovat a postavit do protikladů vůči sobě, přičemž tyto protiklady tvoří dva póly, které lze symbolicky přiřadit k maskulinitě a feminitě.

Obecný versus konkrétní diskurz

Muži volili zpravidla obecné termíny při popisu situací, vyhýbali se detailnímu popisu konkrétních událostí nebo osob. Sahali po abstraktních výrazech, které jim umožňovaly nepojmenovávat věci přímo. Nejlépe to lze ukázat na příkladu tělesné intimní péče. Předchozí kvalitativní analýza ukázala, že zejména tento typ péče je pokládán za „ženskou práci“ [viz Dudová, Volejníčková 2014]. Pečující muži v našem vzorku ale tento typ péče mnohdy (také) poskytovali. Ve vyprávění se o tom ale vyjadřovali pouze mlhavě, využívali odborné termíny, případně se omezili na konstatování ohledně „provádění hygieny“ či „fyziologických potřeb“.

Rozhodně je potřeba pozornost, samozřejmě ty fyziologické potřeby jsou, je potřeba hlídat, je to složitější. Já bych to nechtěl rozvádět. (Josef, 34 let, SŠ, úředník)

⁶ Výraz „diskurz“ zde používáme pro označení určitého stylu či hlavní linie vyprávění, který čerpá z ohraničeného sémantického pole, využívá specifickou lexikalitu, stylistiku a rétorické obraty a odkazuje tím k širším kulturním významům.

Ženy vypravěčky oproti tomu neměly problém líčit podrobně situace, kdy se setkávaly s tělesnými projevy svých příbuzných a kdy musely překonat určitou nechuť či odpor, který to v nich vzbuzovalo; skoro se dá říci, že rozhovor využívaly a vítaly jako příležitost tyto pocity sdílet a vyjasnit.

Teď třeba zazvonila, že musí kaudit, tak jsem musela běžet dolů, protože to nešlo, že bych třeba řekla, mamí za chvíli, teď nemůžu. Takže jsem vždycky musela běžet. To byly takový, že musím vám říct, že to třeba musela být tolerantní i rodina, protože oni to věděli, že třeba vařím a že zavolá. A stalo se mi třeba, i že se pokadila, ale to jsem pak z toho byla sama nešťastná, protože jsem si nikdy nemyslela, že to třeba nezvládnou, že na mě to bude působit jako – já nevím, jak bych vám to řekla –. Za první ona se neudržela na nohách, tak když se to třeba stalo, tak ona vydržela stát jenom chvíli, já jsem si koupila tu pěnu, jak mývají v nemocnicích, tak jsem jí třeba, když se to stalo, tak ona zůstala trošičku opřená o postel, tak jsem jí to postříkala, teď to třeba teklo takhle dolů, tak jsme měli tu papírovou buničinu, tak tím jsem to jako utřela. (Lucie, 60 let, vyučená, v důchodu, pův. dělnice)

Tento rozdíl je možné vysvětlit tím, že muži si jsou vědomi, že obstarávání péče o tělo může být v jejich případě vnímáno jako nepřírozené či nevhodné vzhledem k jejich genderu [Arber, Ginn 1995; Twigg 2004], a necítí se dobře v situaci, kdy o tom mají hovořit s cizím člověkem, navíc se ženou. Ženy naopak „zkoumají“ samy sebe v této pro ně nové situaci, se zájmem zjišťují, co snesou a co je pro ně již nepřijatelné. Tato role, i když je pro ně nová a ne úplně příjemná, je jimi vnímaná a prezentovaná jako „přírozená“ a spíše se snaží ostatní příbuzné, zejména muže, z těchto činností omluvit.

Expertní versus vztahový diskurz

Muži nejenže se klonili k používání obecných termínů, ale velmi často využívali navíc také termíny odborné. Péči popisovali neutrálně, vyhýbali se osobním komentářům či popisům svých pocitů. I když hovořili o vlastním vyčerpání či psychických problémech, činili tak takřka v lékařských termínech. Vyprávění mnohdy vyznívalo tak, jako by mluvili o někom jiném. Zaměřovali se na věcný popis instrumentálních aktivit, na to, co je potřeba udělat a jak je to uděláno. Ženy oproti tomu zacházely do detailů ohledně vztahů mezi jednotlivými členy rodiny, artikulovaly své pocity a obavy, svůj smutek a strach ze ztráty blízké osoby či z nezvládnutí náročné situace.

Když jsem šla domů, tady se *mi* to všechno *stáhlo*, co bude doma. (Věra, 63 let, SŠ, pracující důchodkyně – pedagožka)

Je pravda, že mi manžel někdy říkal, že to viděl, že to dělám jako povinnost. Já jsem to jako neviděla. (s pláčem) On mi to říkal, že se o ni sice starám, to všechno jo, ale že to vidí, že je to moje povinnost, že to nedělám z takový tý, jakoby tý lásky, *mně* je

jí hrozně líto. (...) já právě teď třeba ji chytám, protože se bojím, aby neupadla, nebo jí třeba takhle udělám – (gesto pohlazení; plačtivě). Ale nevím, jestli to vnímá, jako by to vnímala dřív. (Markéta, 48 let, SŠ, úřednice)

Tak to si *člověk* říká, musím tím nějak proplout, nějak to zvládnout. Ono pak nejhorší bylo to, že člověk taky zase musí trošku být –, aby se *člověk* sám nějak nepřepínal moc. Protože já jsem to kdysi zažil s tím *syndromem vyhoření*, tak vím, že se to prostě nesmí přehánět, protože pak kolikrát *člověk* tu energii nemá. (Jindřich, 51 let, VŠ, střední manažer)

Tím naplňovali (muži i ženy) genderovaná očekávání ohledně „správného“ zvládnání a prožívání emocí spojených s obtížnou situací [Aranda, Knight 1997]. Je také možné, že muži, kteří se nacházeli v situaci, která by mohla vést ke zpochybnění jejich genderu, měli potřebu se od této situace ve vyprávění distancovat, dát najevo, že se s ní neztotožňují, aby se tak vyrovnali s napětím, které existuje mezi péčí a maskulinitou [Harris, Long 1999]. K tomu využívali nejen obecný či expertní diskurz, ale i další jazykové prostředky, například používání třetí osoby – „člověk, lidi“; humor; zdůrazňování vlastní efektivity, schopnosti organizace a manažerských dovedností.

Manažerský versus apologetický diskurz

Zahrnuje celkovou hlavní linii vyprávění, která odráží to, jak se vypravěč či vypravěčka v příběhu situuje, jakou zprávu chce podat sám či sama o sobě, jak sám či sama sebe v situaci péče vnímá. Styl vyprávění, který používala většina mužů, lze označit jako „manažerský“ – představovali sami sebe jako manažery, organizátory péče [viz také Russell 2001; Thompson 2000]. Péči prezentovali jako jeden z dalších úkolů, které ve svém životě zvládají, k čemuž využívají řadu strategií a instrumentů. Typickým, možná až vyhoceným příkladem manažerského diskurzu byl Pavel (55 let, VŠ, podnikatel – majitel firmy). Ten prezentoval péči jako další z oblastí, kterou dobře zvládá a zažívá zde úspěch. Představoval sám sebe jako úspěšného manažera v pracovní oblasti, jako úspěšného politika, dobrého otce a manžela. Zároveň pečoval o svou matku. Opakovaně zdůrazňoval, že péče pro něj nepředstavuje problém, není to nic těžkého:

V případě tý matky je to tak, že tenhle způsob, jak to vedem, je pro mě nekomfortnější. Navenek to vypadá velmi tak, jako že se obětuju, ale já jsem si to vyhodnotil takhle, že tenhle způsob je pro mě nepřívětivější, pro mě osobně, sobecky. Tím jsme doúřadovali? (Pavel, 55 let, VŠ, podnikatel – majitel firmy)

Jako „manažerský“ by se dal označit i jeho přístup v interakci s tazatelkou: odpovědi jsou rychlé a věcné, několikrát opakuje, že už řekl všechno a není třeba ztrácet čas, tj. snaží se rozhovor zvládnout co nejrychleji. Přitom „hodnotí“ otázky, které tazatelka pokládá, ať už pozitivně, nebo negativně:

T: Já se zeptám i na ty finanční věci, vy asi nemáte nějaký finanční problémy...

Pavel: Mám, pochopitelně, že mám. To je první blbá otázka. (smích)

Tím si udržoval určitou převahu či dominantní postavení – on nebyl tím, kdo by mohl být za své odpovědi hodnocen, ale on hodnotil to, zda je pro něj čas strávený rozhovorem smysluplný.

U žen vypravěček jsme se na druhé straně často setkávaly s diskurzem, který lze označit jako „apologetický“. Ženy využívaly prostor v rozhovoru k tomu, aby zhodnotily samy sebe v roli dcery a pečovatelky. V průběhu vyprávění se vztahovaly k (nevyčleněným) normám „správné“ péče a mnohdy se vyrovnávaly s tím, že je podle svých měřítek dostatečně nenaplňovaly. Zmiňovaly situace a okolnosti, kdy ztrácely s opečovávanou osobou trpělivost, kdy nereagovaly ideálně, kdy podléhaly svému vyčerpání, případně učinily rozhodnutí, které neodpovídalo jejich představě o sobě či obecnému očekávání. Za normu, ke které se vztahovaly, třeba i polemicky, pokládaly péči v domácím prostředí seniora či seniorky, tak aby měl či měla víceméně stále společnost, aby intimní péči zastávala pokud možno jen jedna osoba – ona sama. To v jejich představách zpravidla obnášelo nutnost opustit zaměstnání a péči se cele „obětovat“.

Já jsem to viděla na sobě, já jsem měla jiný problémy, než měla ona. A přijít domů znamená všechno vyhodit a zajímat se o to, jestli jí ty nohy bolely hodně nebo málo. Jestli slyšela v rádiu něco zajímavého, že pes moc štěkal, abych se šla podívat, jestli se tam něco neděje. A tohle, ta úplně jiná relace toho myšlení mi asi dělala trochu problém, možná že jsem se k ní nechovala vždycky tak, jak bych měla. (Lenka, 65 let, VŠ, pracující důchodkyně – vědecká pracovnice)

Pokud se touto normou neřídily, cítily potřebu v rozhovoru vysvětlovat a ospravedlňovat, proč to nebylo možné, k čemuž používaly tzv. „legitimní omluvy“ – zdravotní stav, nevhodnost bydlení, nutnost setrvání v práci kvůli nezbytným příjmům. Na tazatelku se obracely jako na někoho, kdo by je mohl soudit, ale zároveň jim ze své expertní pozice poskytnout rozhřešení – zajímalo je, jak jejich praxi péče a rozhodnutí tazatelka vnímá, a očekávaly či přímo vyžadovaly ujištění, že pečují „správně“. Rozhovor oceňovaly jako prostor, ve kterém si mohly klást otázky po tom, zda péči dostatečně zvládnou, a vítaly jej jako příležitost ke sdílení a naslouchání. Často se jednalo o velmi emotivně nabitá vyprávění, která provázely pláč. Důvodem k pláči byl smutek nad odcházením a ztrátou blízké osoby – rodiče, ale také pocit vlastního selhání a nedostatečnosti tváří v tvář k náročnosti péče. Domníváme se, že rozhovor pro ně měl v mnoha případech terapeutickou funkci – mohly si utřídit své pocity a myšlenky, jejich stesky byly brány vážně, tazatelka jim dávala pozitivní zpětnou vazbu, kterou potřebovaly a očekávaly. Proto bylo nutné vést rozhovor respektujícím způsobem a nevnašet v doplňujících otázkách vlastní normativní očekávání.

Závěr a diskuse

V tomto článku zkoumáme genderové souvislosti péče o seniory (se zaměřením na mezigenerační péči poskytovanou dětmi rodičům), a to z různých úhlů pohledu a za použití různých metodologických přístupů. Reagujeme tím na fakt, že dosavadní výzkumy a publikace v českém prostředí se na tuto oblast výslovně nezaměřují, navíc mnohdy používají genderově neutrální jazyk a genderově nesegregované statistiky, případně vycházejí z předpokladu, že ženy v poskytování péče o seniory v rodině převažují, aniž by jej dále konkretizovaly.

Zahraniční literatura poskytuje poměrně pestrou škálu vysvětlení a bohatou diskusi nad tím, proč ženy v rodinné péči převažují a jak se liší praxe péče u mužů a u žen. V českém prostředí provedla podrobnou analýzu toho, kdo jsou neformální pečovatelé, Jana Klímová Chaloupková [2013] na základě dat ISSP 2012. Poukázala na převahu žen, zejména v mladších věkových kategoriích. Naše analýza 5. vlny datového souboru SHARE z roku 2013, zahrnujícího osoby starší 50 let, ukázala, že nějakým způsobem na péči o starší osoby v rodině participují ženy i muži. Rozdíl ale spočívá ve frekvenci poskytované péče: zatímco ženy častěji poskytují každodenní či každotýdenní péči, muži se spíše podílejí na péči jednou měsíčně či méně. Podíl žen roste také s tím, jak se zvyšuje potřeba péče u seniora či seniorky. Z toho vyplývá, že každé výzkumné šetření, které usiluje o to odhalit podíl pečujících žen a mužů, je omezeno tím, jak je položena otázka – na jaký rozsah péče se zaměřuje. Čím častější a intenzivnější péče je sledována, tím se podíl žen – neformálních pečovatelek – oproti mužům zvyšuje. Rozdíl je daný také příbuzenským vztahem mezi pečující osobou a tím, kdo péči dostává: muži častěji přijímají péči od svých partnerek, zatímco ženy od svých dětí.

Kvalitativní výzkum zaměřený na osoby pečující o své stárnoucí rodiče umožnil nahlédnout hlouběji do podoby péče, a zejména do toho, jak ji muži a ženy prožívají a popisují. Péče se ukazuje jako prostor, ve kterém dochází k „dělání“ genderu, a to i tehdy, kdy je zdánlivě gender rozvolňován. Toto „dělání genderu“ není ani tak významné v samotné praxi péče (příběhy jsou příliš různorodé na to, aby bylo možné činit generalizující závěry), jako ve způsobu, jakým o péči lidé hovoří a jak ji prožívají, na jaké normy kladou důraz a jak je podle svého mínění naplňují či nenaplňují. Pečující ženy pak kromě genderu „dělají“ i věk: ve svých vyprávěních přijímají předpoklady a očekávání týkající se nejen feminity, ale i věku a chovají se podle nich. Dosažení důchodového věku chápou jako podmínku a zároveň povinnost věnovat se intenzivně péči o rodiče, pokud je to potřeba.

Pečující muži sice vykonávají činnost spojenou kulturně a symbolicky se ženami a feminitou, ale vnášejí do ní své vlastní obsahy a interpretace. Podobně jako u péče o malé děti i zde platí, že „když dva dělají totéž, není to totéž“ [Maříková 2007]. Zatímco ženy usilují o poskytování „co nejlepší“ péče, muži se podle svých slov zaměřují na poskytování „dostatečné“ péče. To ve svém důsledku může znamenat, že mužům přináší poskytování péče menší míru vyčerpání a lépe se jim

daří skloubit pečovatelskou roli s dalšími životními rolemi. V diskurzivní rovině je zřejmé, že ženy se v mnohem větší míře potýkají s internalizovanými normami a očekáváními ohledně mezigenerační solidarity, závazku a reciprocit – na rozdíl od mužů tematizují a emocionálně prožívají vlastní pocity selhání a nedostatečnosti. Muži a ženy mají k dispozici soubor „legitimních omluv“, proč se péče neúčastní; tyto omluvy jsou ovšem genderované – pro muže jsou dostupnější a jejich rozsah je širší než pro ženy. Samotný gender ale nebyl ve vyprávěních výslovně zmiňován. To nasvědčuje tomu, že hraje úlohu „nevyřčené“ legitimní omluvy, která je komunikačními partnerkami a partnery natolik internalizována, že ani není potřeba ji zmiňovat.

Výsledky našeho výzkumu ukazují, že samotný gender muže z péče o rodiče a priori nevyvazuje. Pokud je péče potřeba a v rodině není žena, která by se péče „samozřejmě“ ujala, synové péči nějakým způsobem zajistí. Platí zde koncept „péče z nutnosti“ [Horowitz 1985] – muži se stávají primárními pečovateli (či osobami nesoucími za péči zodpovědnost), pokud není k dispozici vhodnější pečovatel či pečovatelka, navíc není snadné (nutné) péči odmítnout vzhledem k blízkosti bydliště, rodinnému či pracovnímu uspořádání. V opačném případě se na péči podílejí „zdálky“, občasnou instrumentální pomocí. Větší ochota a účast mužů na péči může souviset nejen s netypickými životními drahami pečujících mužů, jak ukazuje také Přidalová [2007], ale i s méně tradičním rozdělením genderových rolí v rodině (dvoukariérová manželství; pracující, kariérně orientované partnerky), s místem bydliště (Praha versus venkov) či paradoxně s vyššími ekonomickými zdroji (možnost zajistit terénní formální služby péče, které lze kombinovat s osobní péčí, či možnost přestěhovat seniora či seniorku do své blízkosti). Tyto faktory naznačené v kvalitativním výzkumu by zasluhovaly další výzkumnou pozornost.

RADKA DUDOVÁ je vědeckou pracovnící Sociologického ústavu AV ČR, v.v.i. Zaměřuje se na témata sociologie soukromého života, rodičovství a péče a na analýzu sociálních politik. V letech 2008 až 2010 pracovala jako postdoktorandka v Department of Political Science na univerzitě v Leidenu v Nizozemí. V současnosti se zabývá tématem stárnutí, péče o seniory a prodlužování pracovních drah. Je autorkou knih Otcovství po rozchodu rodičovského páru (Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2008); Interrupce v České republice: zápas o ženská těla (Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2012), a Postarát se ve stáří. Péče o seniory v rodině (Praha: Sociologické nakladatelství /SLON/, 2015).

MARTA VOHLÍDALOVÁ působí v Sociologickém ústavu AV ČR, v.v.i. Zabývá se genderovými aspekty akademických kariér, sociologií rodiny a soukromého života, genderovými nerovnostmi na trhu práce a rodinnou politikou. Je autorkou a spoluautorkou řady odborných článků a monografií.

Literatura

- Abel, E. K. 1990. „Informal Care for the Disabled Elderly: A Critique of Recent Literature.“ *Research on Aging* 12 (2): 139–157, <https://doi.org/10.1177/0164027590122001>.
- Andrews, A., L. Baily. 1993. „Segmentation and Synergy: Two Models of Linking Work and Family.“ Pp. 262–275 in J. C. Hood (ed.). *Men, Work and Family*. London: Sage Publications.
- Aranda, M. P., B. G. Knight. 1997. „The Influence of Ethnicity and Culture on the Caregiver Stress and Coping Process: A Sociocultural Review and Analysis.“ *The Gerontologist* 37 (3): 342–354, <https://doi.org/10.1093/geront/37.3.342>.
- Arber, S., N. Gilbert. 1989. „Gender, Life Course and the Care of the Elderly.“ Pp. 73–92 in B. Bytheway, T. Keil, P. Allatt (eds.). *Becoming and Being Old*. London: SAGE Publications Ltd.
- Arber, S., J. Ginn. 1995. „Gender Differences in Informal Caring.“ *Health & Social Care in the Community* 3 (1): 19–31, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.1995.tb00003.x>.
- Bengtson, V. L., R. E. L. Roberts. 1991. „Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction.“ *Journal of Marriage and the Family* 53 (4): 856–870, <https://doi.org/10.2307/352993>.
- Bertaux, D. 2003. „Usefulness of Life Stories for a Realist and Meaningful Sociology.“ Pp. 39–52 in R. Humphrey; R. Miller; E. Zdravomyslova (ed.). *Biographical Research in Eastern Europe. Altered Lives and Broken Biographies*. Hampshire: Ashgate.
- Bracke, P., W. Christiaens, N. Wauterickx. 2008. „The Pivotal Role of Women in Informal Care.“ *Journal of Family Issues* 29 (10): 1348–1378, <https://doi.org/10.1177/0192513X08316115>.
- Börsch-Supan, A. 2017. *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5*. Release version: 6.0.0. SHARE-ERIC, <https://doi.org/10.6103/SHARE.w5.600>.
- Bruni, A., S. Gherardi, B. Poggio. 2005. *Gender and Entrepreneurship: An Ethnographic Approach*. New York: Routledge, <https://doi.org/10.4324/9780203698891>.
- Butler, J. 1988. „Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory.“ *Theatre Journal* 40 (4): 519, <https://doi.org/10.2307/3207893>.
- Calasanti, T. 2003. „Masculinities and Care Work in Old Age.“ Pp. 15–30 in S. Arber, K. Davidson, J. Ginn (eds.). *Gender and Ageing*. Maidenhead – Philadelphia: Open University Press.
- Campbell, L. D., A. Martin-Matthews. 2003. „The Gendered Nature of Men’s Filial Care.“ *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 58 (6): 350–358, <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S350>.
- Clausen, J. A. 1998. „Live Reviews and Life Stories.“ Pp. 189–212 in J. Z. Giele, G. H. Elder (eds.). *Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches*. London: Sage.
- Denzin, N. K., Y. S. Lincoln. 2003. „Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research.“ Pp. 1–46 in N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (eds.). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. London: Sage.
- Dudová, R. 2015. *Postarat se ve stáří. Rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Dudová, R., H. Hašková. 2014. „Prekérní práce pečujících žen v kontextu ekonomické krize.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 15 (2): 19–32, <https://doi.org/10.13060/12130028.2014.15.2.128>.
- Dudová, R., R. Volejníčková. 2014. „Proč ženy pečují? Gender a neformální péče o seniory.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 15 (1): 41–54, <https://doi.org/10.13060/12130028.2014.15.1.100>.

- Erel, U. 2007. „Constructing Meaningful Lives: Biographical Methods in Research on Migrant Women.“ *Sociological Research Online* 12 (4): 5, <https://doi.org/10.5153/sro.1573>.
- Eurofamcare. 2006. *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The Trans-European Survey Report* [online]. Eurofamcare consortium [cit. 12. 5. 2013]. Dostupné z: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/teusure_web_080215.pdf.
- Folbre, N., L. B. Shaw, A. Stark. 2005. „Introduction: Gender and Aging.“ *Feminist Economics* 11 (2): 3–5, <https://doi.org/10.1080/13545700500115803>.
- Folbre, N., L. Shaw, A. Stark. 2006. *Warm Hands in a Cold Age: Gender and Aging*. New York: Routledge.
- Gerstel, N., S. K. Gallagher. 2001. „Men’s Caregiving: Gender and the Contingent Character of Care.“ *Gender and Society* 15 (2): 197–217, <https://doi.org/10.1177/089124301015002003>.
- Gherardi, S. 1994. „The Gender We Think, The Gender We Do in Our Everyday Organizational Lives.“ *Human Relations* 47 (6): 591–610, <https://doi.org/10.1177/001872679404700602>.
- Graham, H. 1983. „Caring: A Labour of Love.“ Pp. 13–30 in J. Finch, D. Groves (eds.). *A Labour of Love: Women, Work and Caring*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Guberman, N., P. Maheu, C. Maillé. 1992. „Women as Family Caregivers: Why Do They Care?“ *The Gerontologist* 32 (5): 607–617, <https://doi.org/10.1093/geront/32.5.607>.
- Harding, S. 1986. *The Science Question in Feminism*. Ithaca and London: Cornell University Press.
- Harris, P. B., S. O. Long. 1999. „Husbands and Sons in the United States and Japan: Cultural Expectations and Caregiving Experiences.“ *Journal of Aging Studies* 13 (3): 241–267, [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(99\)80096-6](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(99)80096-6).
- Horowitz, A. 1985. „Sons and Daughters as Caregivers to Older Parents: Differences in Role Performance and Consequences.“ *The Gerontologist* 25 (6): 612–617, <https://doi.org/10.1093/geront/25.6.612>.
- Jeřábek, H. 2005. „Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty).“ Pp. 9–19 in H. Jeřábek (ed.). *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK.
- Jeřábek, H. et al. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Katz, S., T. D. Downs, H. R. Cash, R. C. Grotz. 1970. „Progress in Development of the Index of ADL.“ *The Gerontologist* 10 (1): 20–30, https://doi.org/10.1093/geront/10.1_Part_1.20.
- Klímová Chaloupková, J. 2013. „Neformální péče v rodině: Sociodemografické charakteristiky pečujících osob.“ *Data a výzkum – SDA Info* 7 (2): 107–123.
- Maříková, H. 2007. „Když dva dělají totéž...“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 8 (2): 82–87.
- Nešporová, O., K. Svobodová, L. Vidovičová. 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru* [online]. Praha: VUPSV. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf.
- Nye, F. I. 1979. „Choice, Exchange, and the Family.“ Pp. 21–41 in W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, I. L. Reiss (eds.). *Contemporary Theories about the Family*. New York: Free Press.
- Přidalová, M. 2006. „Mezigenerační solidarita a gender (Pečující dcery a pečující synové).“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 7 (1): 1–5.
- Přidalová, M. 2007. *Pečující dcery a pečující synové (Rozhodnutí, se kterým můžu žít)*. Brno: Institut pro výzkum reprodukce a integrace společnosti.
- Rossi, A. S., P. H. Rossi. 1990. *Of Human Bonding: Parent Child Relations Across the Life Course*. Chicago: Aldine.

- Russell, R. 2001. „In Sickness and in Health: A Qualitative Study of Elderly Men Who Care for Wives with Dementia.“ *Journal of Aging Studies* 15 (4): 351–367, [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(01\)00028-7](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(01)00028-7).
- Scott, J. W. 1986. „Gender: A Useful Category of Historical Analysis Gender: A Useful Category of Historical Analysis.“ *The American Historical Review* 91 (5): 1053–1075, <https://doi.org/10.2307/1864376>.
- Stark, A. 2005. „Warm Hands in Cold Age: On the Need of a New World Order of Care.“ *Feminist Economics* 11 (2): 7–36, <https://doi.org/10.1080/13545700500115811>.
- Svobodová, K. 2006. „Genderové aspekty stárnutí: Rodina a péče o seniory.“ *Demografie* 48 (4): 256–261.
- Thompson, E. H. Jr. 2000. „Gendered Caregiving of Husbands and Sons.“ Pp. 333–344 in E. W. Markson, L. A. Hollis-Sawyer (eds.). *Intersections of Aging: Readings in Social Gerontology*. Los Angeles: Roxbury Publishing Company.
- Twigg, J. 2004. „The Body, Gender, and Age: Feminist Insights in Social Gerontology.“ *Journal of Aging Studies* 18 (1): 59–73, <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2003.09.001>.
- Utrata, J. 2011. „Youth Privilege: Doing Age and Gender in Russia’s Single-Mother Families.“ *Gender & Society* 25 (5): 616–41, <https://doi.org/10.1177/0891243211421781>.
- Vidovičová, L., L. Rabušic. 2003. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti (Zpráva z empirického výzkumu)*. Brno: VÚPSV.
- Vohlídalová, M. 2014. „Jeho a její pohled: Střídavá péče z perspektivy matek a otců.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 15 (1): 29–40, <https://doi.org/10.13060/12130028.2014.15.1.99>.
- West, C., D. Zimmerman. 1987. „Doing Gender.“ *Gender & Society* 1 (2): 125–151, <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>.
- Yee, J. L., R. Schulz. 2000. „Gender Differences in Psychiatric Morbidity Among Family Caregivers: A Review and Analysis.“ *The Gerontologist* 40 (2): 147–164, <https://doi.org/10.1093/geront/40.2.147>.
- Zavázalová, H. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum.

Příloha 1. Charakteristiky vypravěček a vypravěčů – část první

Přezdívková	Věk	Pracovní status v době rozhovoru	Původní povolání v nemocnici	Pracovní status v době péče*	Rodinný stav	Vzdělání	Velikost místa bydliště	Potřeba pomoci**
Anna	55	zaměstnaná na DPČ	pomocná síla v nemocnici	ekonomicky neaktivní	vdaná	SŠ	< 5 000	4
Božena	62	v důchodu	asistentka	v důchodu	vdaná	SŠ	Praha	4
Darina	51	OSVČ	novinářka	OSVČ	vdaná	VŠ	Praha	3
Diana	63	pracující důchodkyně	učitelka	zaměstnaná na plný úvazek	rozvedená	VŠ	Praha	2, 3
Dominika	62	v důchodu	vedoucí oddělení	zaměstnaná na plný úvazek / v důchodu	vdaná	VŠ	< 5 000	1, 4
Halina	60	v důchodu	kuchařka	zaměstnaná na plný úvazek / v důchodu	vdaná	vyučená	< 5 000	4
Hana	65	pracující důchodkyně	pedagožka	zaměstnaná na částečný úvazek / v důchodu	rozvedená/ přítel	VŠ	Praha	4
Helena	66	v důchodu/ brigády	úřednice	zaměstnaná na plný úvazek	svobodná	VŠ	Praha	3
Hynek	54	vedoucí a majitel pobočky	podnikatel	zaměstnaný na plný úvazek	ženatý	VŠ	Praha	1
Jáchym	62	zaměstnaný na plný úvazek	stavař	zaměstnaný na plný úvazek	ženatý	SŠ	< 5 000	3
Jana	67	v důchodu	úřednice	zaměstnaná na plný úvazek / předčasný důchod	svobodná	SŠ	Praha	3

Příloha 1. Charakteristika vypravěček a vypravěčů – část druhá

Přezdívká	Věk	Pracovní status v době rozhovoru	Původní povolání	Pracovní status v době péče*	Rodinný stav	Vzdělání	Velikost místa bydliště	Potřeba pomoci**
Markéta	48	zaměstnaná na plný úvazek	úřednice	zaměstnaná na plný úvazek	vdaná	SŠ	10 000	4
Milan	58	nezaměstnaný	úředník	nezaměstnaný	ženatý	SŠ	Praha	2
Olga	59	zaměstnaná na HPP	účetní	zaměstnaná na částečný úvazek	vdaná	VŠ	35 000	2
Oto	48	zaměstnaný na plný úvazek	novinář	zaměstnaný na plný úvazek	svobodný	SŠ	Praha	4
Pavel	55	vedoucí a majitel firmy	podnikatel	zaměstnaný na plný úvazek	ženatý	VŠ	10 000	3
Pavla	67	pracující důchodkyně	vychovatelka	zaměstnaná na částečný úvazek / v důchodu	vdova	VŠ	Praha	3
Petra	55	OSVČ	lékařka, poradenství	zaměstnaná na plný úvazek	vdaná	VŠ	Praha	3
Přemysl	47	zaměstnaný na plný úvazek	technik	zaměstnaný na plný úvazek	ženatý	VŠ	Praha	3
Saša	60	zaměstnaná	vědecká pracovníce	zaměstnaná na plný úvazek	vdaná	VŠ	Praha	4
Sylva	57	zaměstnaná na HPP	vedoucí pobočky	zaměstnaná na plný úvazek	vdaná	VŠ	35 000	3
Tamara	62	v důchodu	dělnice	zaměstnaná na plný úvazek / v důchodu	vdaná	vyučená	< 5 000	4

Příloha 1. Charakteristika vypravěček a vypravěčů – část třetí

Přezdívková	Věk	Pracovní status v době rozhovoru	Původní povolání	Pracovní status v době péče*	Rodinný stav	Vzdělání	Velikost místa bydliště	Potřeba pomoci**
Věra	63	pracující důchodkyně	pedagožka	nepravidelné zaměstnání na DPP	rozvedená/ přítel	SŠ	< 5 000	4
Veronika	50	zaměstnaná na plný úvazek	prodavačka	zaměstnaná na plný úvazek	vdaná	vyučená	< 5 000	4
Zdena	66	v důchodu	dělnice	zaměstnaná na plný úvazek / v důchodu	vdova	vyučená	10 000	3

Poznámka: *Pokud jsou uvedeny dva statusy, pak se tyto statusy v průběhu poskytování péče vystřídalaly.

** 1: Potřeba pomoci při některých instrumentálních aktivitách každodenního života (IADL), například příprava jídla, nakupování, správa finančních a administrativních záležitostí, doprovod k lékaři;

2: potřeba pomoci s některou ze základních aktivit každodenního života (BADL), například koupání;

3: potřeba pomoci s alespoň dvěma základními aktivitami (například koupání a oblékání) a dalšími instrumentálními aktivitami (např. příprava jídla);

4: potřeba pomoci se všemi základními aktivitami (koupání, hygiena, toaleta, jedení, oblékání a pohyblivost).