Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob*

Jana Klímová Chaloupková**
Sociologický ústav AV ČR

Informal care in the family: socio-demographic characteristics of caregivers

Abstract: *Based on ISSP 2012 Family and Health, this paper focuses on informal caregiving for elderly, sick or disabled family members in the Czech Republic. Specifically, it investigates the socio-demographic characteristics of family caregivers. The findings show that the carers are more likely to be female of a productive age; and thus they often have to combine childcare, care for other family member and employment. Findings from this study also demonstrate that in case of women partnership status also influences care involvement. However, socioeconomic status measured by education does not have an effect on the provision of informal care because the institutional context in which private formal care is not widespread.*

Key words: *informal care, family caregivers, sandwich generation, socio-demographic characteristics.*

Data a výzkum - SDA Info 2013, Vol. 7, No. 2: 107-123.

DOI: <http://dx.doi.org/10.13060/23362391.2013.127.2.39>

(c) Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Praha 2013.

Neformální péče, tj. neplacená péče poskytovaná rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy či dobrovolníky¹, je významnou součástí systému zdravotní péče. Podle údajů OECD tvoří neformální pečovatelé zhruba 70–90 % všech

* Příprava této stati byla podpořena grantem GA ČR Zdraví a rodina – ISSP 2011 a 2012 (GAP404/11/0145).

** Veškerou korespondenci posílejte na adresu: Jana Klímová Chaloupková, Sociologický ústav AV ČR, Jilská 1, 110 00 Praha 1, nebo na e-mail: jana.chaloupkova@soc.cas.cz.

1 To ale nevylučuje, že dlouhodobí pečovatelé mohou být příjemci příspěvku na péči či jiných sociálních dávek, které poskytují určitou kompenzaci za poskytování péče. Podle definice užívané v publikaci „OECD Health Data“ nejsou mezi neformální pečovateli zahrnuti osoby pečující o zdravé děti; formálně zaměstnaní pečovatelé, včetně rodinných příslušníků a přátel, kteří pracují na základě smlouvy s příjemcem péče a/nebo jsou registrovaní jako pečovatelé na příslušných úřadech sociální správy [Colombo et al. 2011].

poskytovatelů dlouhodobé péče [Colombo et al. 2011]. Rodina přitom představuje nepostradatelnou složku neformální péče. Členové rodiny – manželé a manželky, partneři a partnerky, rodiče, dospělá děti, případně jiní rodinní příslušníci – tvoří většinu, přibližně čtyři pětiny neformálních pečujících. Téměř dvě třetiny rodinných pečovatelů tvoří ženy [Colombo et al. 2011]. Potřeba dlouhodobé péče a především význam dlouhodobé péče v rámci rodiny se naléhavě zvyšuje v důsledku stárnutí populace: poklesu úrodně porodnosti a prodloužování délky života. Demografické prognózy očekávají, že v České republice se během příštích dvaceti let počet seniorů ve věku nad 75 let přinejmenším zdvojnásobí. Odhaduje se přitom, že přibližně čtvrtina až třetina z nich bude ve špatném zdravotním stavu, a bude tedy vyžadovat nějakou formu dlouhodobé péče [Rychtaříková 2006]. Zároveň pokles podílu osob v produktivním věku a prodloužování věku odchodu do důchodu mohou vést k zužování souboru možných poskytovatelů péče [Rychtaříková 2006]. Tlak na rodinnou péči se může zvyšovat v důsledku snah omezovat rostoucí náklady systému zdravotní péče způsobené rozvojem lékařských technologií i demografickými trendy, např. tlakem na zkracování doby hospitalizace [Talley, Crews 2007].

V tomto článku se s využitím dat ISSP 2012 Rodina a zdraví budeme věnovat tomu, kdo v České republice poskytuje pravidelnou péči členům rodiny, kteří jsou starší, nemocní či nemohoucí. Mnohé zahraniční studie dokládají, že se míra poskytování neformální péče liší v závislosti na socio-ekonomickém statusu [Saraceno 2010; Sarasa, Billingsley 2008; Kalmijn 2006; Van Groenou Broese et al. 2006]. Je tomu tak i v České republice? Hlavní otázkou, na kterou se v tomto článku soustředíme, je to, jaké jsou socio-demografické charakteristiky pečujících osob a zda se liší zapojení do péče dle socio-ekonomického statusu a rodinné situace.

Na rozdíl od přechozích studií, které se zaměřovaly pouze na péči o seniory či pouze na zapojení do péče lidí starších padesáti let (např. výzkum SHARE) [Colombo et al. 2011; Svobodová 2006], se budeme soustředit na to, jak se zapojuje do péče o nemocné a starší členy rodiny celá dospělá populace, včetně osob v produktivním věku, kteří se mohou často potýkat jak s nároky ekonomické aktivity, tak s nároky péče o nezletilé děti.

Péče o členy rodiny je často spojena s nutností omezit zapojení do pracovního trhu: snížit počet hodin věnovaných zaměstnání či zaměstnání úplně opustit. Poskytování péče s sebou často nese závažné sociální, ekonomické a psychologické dopady. Péče o dlouhodobě nemocné, zejména vysoce intenzivní péče, má negativní dopady na psychické i fyzické zdraví pečujících osob a pečovatelé mohou čelit zvýšenému riziku chudoby [Colombo et al. 2011; Vitaliano et al. 2003; Marks et al. 2002]. Větší dopady na psychické zdraví má přitom péče o nejbližší příbuzné [Marks et al. 2002]. S náročností péče roste i pociťovaná psychická i finanční zátěž. Výše vnímané zátěže závisí i na tom, zda je péče v rodině sdílena a podílí se na ní více členů rodiny [Jeřábek 2009].

Druhy neformální péče

Neformální péče může být pochopitelně různé povahy (např. zdravotní, sociální či emocionální) a intenzity. Nejčastěji se z hlediska intenzity a naléhavosti péče rozlišují tři stupně péče: podpůrná péče, neosobní péče a osobní péče [Jeřábek 2005]. Podpůrnou péčí se rozumí nepravidelná, občasná výpomoc, např. se zajištěním oprav v domácnosti či s dopravou k lékaři. Neosobní péče je pravidelnější a časově náročnější. Zahrnuje pomoc s instrumentálními aktivitami denního života, např. pomoc s domácími pracemi, nakupováním, vyřizováním administrativních záležitostí. Nejnáročnější, jak časově, tak fyzicky i psychicky, je osobní péče, která má většinou každodenní charakter. Jedná se o pomoc se základními denními aktivitami, tj. o osobní péči o lidi s funkčním omezením (např. pomoc s jídlem, osobní hygienou apod.) [Colombo et al. 2011; Jeřábek 2009]. Výzkum Život ve stáří, realizovaný v České republice v roce 2002, ukázal, že podpůrná a neosobní péče jsou nejčastějšími formami pomoci dospělých dětí rodičům starším 60 let. Zatímco téměř tři čtvrtiny dětí poskytují rodičům emocionální podporu, necelé polovině seniorů pomáhají děti s náročnějšími domácími pracemi a přibližně dvěma pětinám seniorů vypomáhají dospělé děti s nákupem či s doprovodem k lékaři [Svobodová 2010]. Podle dat z mezinárodního výzkumného projektu SHARE (*The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) zajišťuje v zemích OECD pomoc s instrumentálními aktivitami denního života přibližně jedna ze tří osob ve věku 50 a více let a neformální osobní péčí lidem s funkčními omezeními 8 % až 15 % osob ve věku nad 50 let [Colombo et al. 2011]. V České republice podle dat SHARE poskytuje pomoc s instrumentálními aktivitami přibližně čtvrtina osob starších 50 let a pomoc se základními denními aktivitami 12 % populace ve věku 50 a více let [Colombo et al. 2011]. Podobně Jeřábek udává, že zkušenost s péčí o seniora má přibližně čtvrtina českých rodin [Jeřábek 2009].

Péče v rodině a sociodemografické a socioekonomické charakteristiky

Poskytování podpory závisí na řadě faktorů. Na jedné straně je to potřeba pomoci, tj. špatný zdravotní stav člena rodiny, vysoký věk či jeho obtížná ekonomická situace, a na druhé straně zdroje, možnosti a ochota ostatních rodinných příslušníků tuto podporu poskytovat. Mezi ně patří jejich zdravotní a ekonomická situace, geografická blízkost, ale i hodnoty a sociální normy, které zastávají [Oudijk et al. 2011; Brandt et al. 2009; Silverstein et al. 2006].

Jak již bylo zmíněno výše, poskytování péče souvisí se sociodemografickými charakteristikami, jako je věk a pohlaví. Nejčastěji jsou rodinnými pečovateli ženy, především manželky (partnerky) a dcery, popřípadě snachy [Jeřábek 2005], v pozdně středním či raně důchodovém věku [Colombo et al. 2011; Attias-Donfut et al. 2005]. Rozdíly v zapojení do péče o členy rodiny jsou vysvětlovány rozdílnou strukturou příležitostí mužů a žen (např. rozdíly v úrovni příjmů) a různými sociálními normami a kulturními očekáváními

vztaženými na roli mužů a žen v rodině [Saraceno 2010; Sarasa, Billingsley 2008; Sarkisian, Gerstel 2004]. Role žen je kulturně spojována s péčí, a ženy jsou tak považovány za kompetentnější pečovatele než muži. I když se muži do péče také zapojují, většinou nejsou hlavní pečující osobou. Zatímco ženy poskytují nemohoucím příbuzným především přímou péči a emocionální podporu, muži vykonávají spíše podpůrnou péči [Jeřábek 2005].

Ve srovnání s věkem a pohlavím panuje o dalších socio-demografických charakteristikách ve vztahu k zapojení do neformální péče v literatuře menší shoda. V následujícím oddíle se zaměříme na dvě z nich: rodinnou situaci a socio-ekonomický status.

Rodinná situace

Partnerský vztah může jak poskytovat zdroje (materiální i nemateriální), které umožňují zapojení do péče o další členy rodiny, tak může představovat omezení času a energie, které je možné věnovat péči o další členy rodiny [Henz 2006]. Přestože podle některých studií se do péče o členy rodiny z důvodů větších časových zdrojů zapojují více lidé žijící bez partnera a bezdětné ženy [Sarkisian, Gerstel 2004; Laditka, Laditka 2001], další studie poukazují na to, že lidé žijící v manželství, popřípadě v nesezdaném soužití, mají navíc širší rodinné sítě, a tedy potenciálně více příbuzných, kteří by mohli potřebovat pomoci [Henz 2006].

Zatímco podle některých studií i přes její časovou náročnost péče o malé děti nesnižuje pravděpodobnost zapojení se do péče o další členy rodiny [Henz 2006; Laditka, Laditka 2001], jiné studie ukazují, že přítomnost dítěte v rodině toto zapojení snižuje [Henz 2006; Sarkisian, Gerstel 2004]. Předpokládá se přitom, že důsledkem demografických změn, zejména prodlužováním délky života a odkládáním rodičovství do vyššího věku, dochází ve vzrůstající míře k souběhu odpovědností o péči o děti s nutností péče o stárnoucí rodiče. Střední generace, která se v této situaci zvýšené zátěže ocitá, je v literatuře označována jako sendvičová generace (sandwich generation) nebo jako generace „mezi“. Trend sendvičové generace nicméně vyvolává poměrně velké diskuse a jeho vymezení se různí, stejně tak jako odhady jeho rozšíření [Künemund 2006; Rosenthal et al. 1996]. Podle nejširšího vymezení se tento pojem vztahuje na specifickou konstelaci rodinné struktury, kdy spolu koexistují příbuzní mladší, střední a starší generace. Do sendvičové generace se v nejširším vymezení řadí ten, kdo má jak děti, tak žijící rodiče či prarodiče, případně (pra)rodiče partnera (partnerky). Tato definice ale nebere v úvahu charakter a směr mezigenerační podpory. V řadě případů totiž mohou být příslušníci starší generace (prarodiče) významným zdrojem pomoci a podpory pro rodiny s dětmi (např. v souvislosti s hlídáním vnoučat [Hamplová 2012]) a sami nemusejí (zatím) vyžadovat podporu generace dětí. V užším vymezení se pojem sendvičová generace vztahuje pouze na ty, kteří poskytují péči starší generaci a zároveň mají nezletilé děti, případně na ty, kteří jsou navíc zaměstnaní [Künemund 2006].

Je pochopitelné, že v závislosti na definici se velmi liší zastoupení této generace. V empirických studiích je často jedním z definičních znaků sendvičové generace věk, typicky ve věku nad 40 či 45 let. Jak dokládá Künemund [2006] na základě německých dat, v nejširší definici, která předpokládá, že mají nezletilé děti i žijící (pra)rodiče, spadá do sendvičové generace přibližně 75 % německých žen ve věku 45–49 roků, o stárnoucího člena rodiny ale pečují pouze přibližně 12 % žen tohoto věku. Pokud vezmeme v úvahu nejužší definici, která zahrnuje péči o stárnoucího člena rodiny, přítomnost dítěte a ekonomickou aktivitu, lze do sendvičové generace v Německu zahrnout pouze 8 % žen ve věku 45–49 let [Künemund 2006]. Zkušenost mezi nároky péče o děti, stárnoucí členy rodiny a zaměstnání tedy není typickou zkušeností střední generace žen.

Socioekonomický status

Řada studií ukazuje, že významným prediktorem poskytování podpory dospělých dětí rodičům je socioekonomický status rodičů i dětí [Saraceno 2010; Sarasa, Billingsley 2008; Kalmijn 2006; Van Groenou Broese et al. 2006]. Socioekonomický status ovlivňuje jak míru potřeby péče, tak i její poskytování. Lidé s vyšším vzděláním se těší lepšímu zdraví a dožívají se vyššího věku bez potřeby osobní péče než lidé z nižších tříd [Sarasa, Billingsley 2008]. Nízký socioekonomický status rodiče i dětí je spojen s vyšší mírou osobních kontaktů a vyšší podporou a péčí. Naopak dospělí děti s vyšším vzděláním, jejichž rodiče mají často také vyšší vzdělání a jsou lépe ekonomicky zabezpečeni, poskytují osobně péči méně často a méně intenzivně než děti s nižším vzděláním [Saraceno 2010; Sarasa, Billingsley 2008; Kalmijn 2006; Van Groenou Broese et al. 2006]. Studie na datech z Nizozemska nicméně dokládá, že efekt vzdělání je nelineární. Lidé s vyšším vzděláním mají sice méně kontaktů s rozšířenou rodinou, zároveň ale lidé s nižším vzděláním častěji úplně přerušují kontakt s širší rodinou než lidé s vyšším vzděláním [Kalmijn 2006].

Rozdíly v poskytování péče v závislosti na socioekonomickém statusu jsou v literatuře vysvětlovány působením několika provázaných mechanismů: a) rozdílnou strukturou příležitostí, které mají k dispozici lidé s různou výší vzdělání a socioekonomického postavení; b) rozdílnými kulturními normami a očekáváními [Saraceno 2010; Sarasa, Billingsley 2008; Kalmijn 2006]; c) rozdílnou strukturou příležitostí danou institucionálním kontextem [Saraceno 2010; Sarasa, Billingsley 2008].

a) Struktura příležitostí

První vysvětlení poukazuje na to, že rozhodnutí poskytovat péči ovlivňuje struktura příležitostí: výše příjmů, pracovní situace či geografická vzdálenost. Lidé s vyššími příjmy, kteří potřebují pomoc, nebo jejich blízcí mohou využít možnosti placené péče. Pro lidi s nižšími příjmy či nízkými pracovními vyhlídkami jsou náklady ztracených příležitostí při omezení ekonomické aktivity, které převzetí neformální péče o závislé osoby často vyžaduje, nižší. Např.

Ursula Henz na základě britských dat dokládá, že vyšší pravděpodobnost, že kvůli péči o blízké opustí zaměstnání, mají ženy s nižším zaměstnaneckým statutem [Henz 2006]. Dospělé děti s vyšším vzděláním častěji žijí z důvodů pracovních příležitostí ve větší geografické vzdálenosti od rodičů než děti s nižším vzděláním. Geografická blízkost přitom výrazně ovlivňuje míru kontaktů – s větší vzdáleností se míra osobních kontaktů, a tedy i možnost osobní pomoci a péče, snižuje [Kalmijn 2006].

b) Normy a hodnoty

Za druhé, vedle struktury příležitostí jsou významným faktorem ovlivňujícím poskytování podpory hodnoty a normy. Poskytování pomoci blízkým je ovlivněno normami mezigenerační solidarity [Silverstein et al. 2006]. Kulturní normy a hodnotové orientace mohou být i vysvětlením rozdílných vzorců péče podle socioekonomického statusu [Kalmijn 2006]. Toto vysvětlení předpokládá, že lidé z nižších tříd se silněji orientují na širší rodinu, zatímco příslušníci středních tříd upřednostňují vazby v nukleární rodině a zastávají více individualistické hodnoty. Podpora a kontakty v rodině jsou pro ně více otázkou volby než pocitu závazku [Kalmijn 2006]. Stárnoucí rodiče z vyšších tříd mohou navíc více preferovat individuální autonomii a upřednostňovat např. využívání placených služeb před neformální péčí v rámci rodiny [Sarasua, Billingsley 2008]. Kalmijn [2006] dokládá na základě dat z Nizozemska, že hlavním vysvětlením socioekonomických rozdílů v poskytování péče je geografická vzdálenost, tedy struktura příležitostí, spíše než rozdílné hodnoty lidí s různým vzděláním [Kalmijn 2006].

Zatímco výše uvedené studie argumentují, že lidé s vyšším ekonomickým statutem se do péče o rodinné příslušníky zapojují méně, zjištění založené na datech SHARE naopak dokládají, že se dospělé děti s vyšším vzděláním a lepší ekonomickou situací zapojují do pomoci stárnoucím rodičům více než děti s nižším socioekonomickým postavením [Brandt et al. 2009; Attias-Donfut et al. 2005]. Tyto rozdíly vysvětlují principy reciprocity, zejména očekáváním dědictví. Brandt a její kolegové zároveň poukazují na to, že je třeba rozlišovat poskytování pomoci (např. s chodem domácnosti) a osobní (fyzické) péče, protože tyto formy podpory jsou podmíněny různými charakteristikami. Zatímco hlavním faktorem poskytování osobní péče je její potřeba, tj. špatný zdravotní stav či vysoký věk blízkých, poskytování dalších méně náročných forem pomoci závisí více na individuálních charakteristikách a na struktuře příležitostí, včetně rodinné struktury (např. počtu sourozenců). Na rozdíl od pomoci jsou tedy rozdíly v poskytování péče podle socioekonomického statusu nižší [Brandt et al. 2009].

c) Institucionální kontext

Za třetí, mezinárodní srovnávací studie poukazují na to, že míru poskytování neformální péče, včetně zapojení podle socioekonomického statusu, významně ovlivňuje institucionální kontext, zejména dostupnost veřejných služeb [Oudijk et al. 2011; Saraceno 2010]. Nejvyšší podíly osob, které poskytují

neformální péči a pomoc s instrumentálními aktivitami, jsou v severských zemích. Vyšší nabídka veřejných služeb v severských zemích umožňuje větší zapojení do méně intenzivních forem pomoci v rámci rodiny a menší zapojení do náročnějších forem péče o blízké členy rodiny [Colombo et al. 2011; Brandt et al. 2009; Sarasa, Billingsley 2008]. Naproti tomu v zemích jižní, střední a východní Evropy jsou vyšší podíly pečovateli, kteří poskytují intenzivní péči [Colombo et al. 2011]. V literatuře je tento efekt označován jako efekt vzájemného doplňování veřejných služeb a rodinné podpory (*crowding in*) v případě pomoci a princip nahrazování (vytlačování) rodinné podpory veřejnými službami (*crowding out*) v oblasti náročné osobní péče [Brandt et al. 2009; Sarasa, Billingsley 2008].

Dostupnost veřejných služeb péče v severských zemích snižuje socio-ekonomické rozdíly v zapojení do rodinné péče [Saraceno 2010; Sarasa, Billingsley 2008]. Vyšší rozdíly v poskytování péče podle socioekonomického statusu jsou naopak v konzervativních a familialistických zemích, kde jsou veřejné služby péče málo rozšířené a kde převládají soukromě hrazené služby. Např. v Německu či ve státech jižní Evropy mají dospělé děti s nižším vzděláním větší pravděpodobnost, že se zapojí do péče o stárnoucí rodiče [Saraceno 2010; Sarasa, Billingsley 2008]. V situaci, kdy si děti a rodiče s nižšími příjmy nemohou dovolit hradit soukromou péči, se socioekonomické rozdíly prohlubují, protože pečující osoby často musí opustit zaměstnání, což má dopady na jejich současnou i budoucí ekonomickou situaci (např. výši důchodu) [Saraceno 2010]. Česká republika stejně jako další země střední a východní Evropy patří vedle zemí jižní Evropy mezi země, kde je formální péče o stárnoucí méně rozvinutá. Na rozdíl od zemí jižní Evropy zde není rozšířena nabídka služeb soukromého sektoru [Saraceno 2010]. Česká republika je charakteristická nižší úrovní dostupnosti a nabídky služeb formální péče poskytované v domácím prostředí a nízkým zapojením podnikatelského sektoru do poskytování sociálních služeb. Většina veřejných služeb domácí péče poskytované v České republice zahrnuje pouze dovoz jídla [Lux, Pfeiferová 2012]. Možnosti volby péče o seniory v České republice jsou omezené a rodina je stavěna do dilematu mezi poskytováním péče s velmi omezenou pomocí veřejných služeb nebo ústavní péči. Poptávka po formální péči vysoce převyšuje nabídku [Svobodová 2006].

Shrnutí předchozích studií přináší rozporné závěry ohledně vztahu mezi poskytováním péče v rodině a socioekonomickým postavením. Na základě výše uvedeného můžeme očekávat, že v České republice se zapojení do péče o stárnoucí rodiče a jiné příbuzné podle socioekonomického statusu výrazně neliší, a to ze tří důvodů. Zaprvé, osobní péče na rozdíl od poskytování dílčí pomoci závisí především na potřebě a je méně ovlivněna individuálními charakteristikami [Brandt et al. 2009]. Za druhé, v České republice je nabídka soukromých služeb v oblasti péče omezená, a neumožňuje tak nahradit poskytování péče v rodinách s vyšším socioekonomickým statusem placenými službami. Za třetí, mezigenerační prostorová mobilita, která je jedním z hlav-

ních vysvětlení rozdílů v zapojení do péče podle socioekonomického statusu, je v České republice relativně omezená a rozdíly mezi vzdáleností mezi bydlišti dospělých dětí a rodičů podle dosaženého vzdělání nejsou výrazné. Jak dokládá Svobodová, více než tři pětiny Čechů bydlí do 30 minut cesty od svých rodičů [Svobodová 2010].

Použitá data

V tomto článku čerpáme z dat výzkumného šetření ISSP Rodina a zdraví, které proběhlo v České republice v roce 2012. České výzkumné šetření ISSP 2012 Rodina a zdraví je unikátní v tom, že byl v jeho rámci spojen sběr dvou modulů Mezinárodního programu sociálních šetření ISSP (moduly Rodina a gender role a Zdraví) a byly k němu připojeny některé další otázky. To umožňuje zkoumat přímo vztahy rodiny a zdraví a péče v rodině. Výběrové šetření ISSP 2012 Rodina a zdraví² v České republice zahrnovalo nad rámec mezinárodního dotazníku otázku, zda respondenti poskytují pravidelnou péči členům své rodiny, kteří jsou starší, nemocní či nemohoucí³, která je v tomto článku hlavním předmětem analýzy. Data ISSP Rodina a zdraví neobsahují přímou informaci o charakteru poskytované pomoci (např. zda se jedná o dílčí péči a pomoc s instrumentálními aktivitami, nebo osobní péči zahrnující pomoc se základními denními aktivitami [viz Jeřábek 2009]) a o tom, kdo je příjemcem péče, tj. neuvádí informaci o příbuzenském vztahu vůči pečující osobě.

V následující části nejprve přinášíme základní deskriptivní statistiky zapojení do péče o členy rodiny. Tato část si klade za cíl ukázat, jaké je zastoupení sendvičové generace v užším vymezení v České republice, tj. jak velký podíl lidí, kteří mají nezletilé dítě, zároveň pečuje o další členy rodiny. V druhé části se věnujeme podrobnější analýze sociodemografických charakteristik pečujících osob za pomoci série logistických regresí.

Kdo pečuje v České republice? Deskriptivní statistiky

Podle dat ISSP 2012 poskytuje v České republice pravidelnou péči členům své rodiny, kteří jsou starší, nemocní či nemohoucí, 18 % mužů a 28 % žen (celkem 23 % osob). Data ISSP 2012 ukazují, že vyšší podíly pečujících osob jsou v rozmezí od období mladšího středního věku až do období ranně důchodového věku. Pravidelně se péčí o nemocné či závislé členy rodiny věnuje více než třetina žen ve věku mezi 35 a 64 lety. Nejvíce zatížené péčí zřejmě o stárnoucí rodiče jsou ženy ve věkové skupině 55–64 let. Do péče o členy rodiny se zapo-

2 Ve výzkumném šetření ISSP Rodina a zdraví bylo dotazováno 1804 respondentů ve věku 18+. V tomto textu používáme vážená data (vážená na základní sociodemografické charakteristiky, kraj, velikost místa bydliště a pracovní zařazení).

3 Vzhledem k tomu, že sledovaná otázka byla dotazována pouze v českém výzkumném šetření, v tomto článku pracujeme pouze s daty za Českou republiku a nevěnujeme se mezinárodnímu srovnání.

Graf 1. Podíl pravidelně pečujících osob podle věku (v %)

Zdroj: ISSP 2012. Péče o členy rodiny, kteří jsou starší, nemocní či nemohoucí.

juje 37 % žen v tomto věku (viz graf 1). Podíly mužů ve věku 32–64 let, kteří poskytují pravidelnou péči, se pohybují mezi 19–28 %.

Relativně vysoké podíly pečujících ve středním věku naznačují, že v řadě případů pečující osoby musejí skloubit péči o nemocné či stárnoucí členy rodiny i s péčí o děti, popřípadě s ekonomickou aktivitou. Nižší podíly osob, které se pravidelně věnují péči o starší, nemocné či nemohoucí členy rodiny, najdeme v nejmladších a nejstarších věkových skupinách. Péči nemocným či závislým členům rodiny poskytuje pravidelně pouze necelých 13 % mužů a 20 % žen mladších 25 let a necelých 9 % mužů a 21 % žen ve věku mezi 25 a 35 roky. Ve věkových skupinách 65–74 let a 75+ pravidelnou péči blízkým poskytuje přibližně 14–16 % mužů a 20–22 % žen.

Graf 1 dále ukazuje, že v mladším věku rozdíly v zapojení mužů a žen do péče s věkem narůstají a vrcholu dosahují ve věkové skupině 35–44 let, kde rozdíl dosahuje téměř 15 procentních bodů. Poté se rozdíly postupně snižují a ve skupině osob starších 75 let je podíl žen poskytujících péči vyšší jen o 4 procentní body.

Mezi nároky péče o starší a nejmladší generaci

Jak častý je v České republice souběh odpovědností o péči o děti a péči o stárnoucí rodiče či jiné členy rodiny, kteří potřebují pomoc a péči? Data ISSP 2012 neposkytují informace o tom, zda má respondent(ka) žijící rodiče či prarodiče, ale pouze dotaz na to, zda pečuje o stárnoucí a nemocné členy rodiny a zda v jeho domácnosti žijí děti ve věku 0–6 a 7–17 let. I když přítomnost

Graf 2. Podíl pravidelně pečujících žen a mužů podle věku a přítomnosti dítěte v domácnosti

Zdroj: ISSP 2012.

Graf 3. Podíl pravidelně pečujících žen a mužů podle věku a ekonomické aktivity

Zdroj: ISSP 2012.

dítěte v domácnosti nemusí nutně znamenat, že je dotázaný jeho rodičem⁴ a významně se zapojuje do péče o dítě, užíváme tuto informaci jako ukazatel nároků na péči. Data tak umožňují rozlišit tři kategorie domácností: domácnosti s alespoň jedním dítětem do 6 let, domácnosti s dítětem (dětmi) ve věku 7–17 let a domácnosti bez nezletilého dítěte.

Graf 2 (viz stranu 116) představuje, jaký podíl osob, které se zapojují do pravidelné péče o starší, nemocné či nemohoucí členy rodiny, žije ve společné domácnosti s dětmi. Data ISSP 2012 naznačují, že nejvíce zatížení péčí o děti i další členy rodiny nejsou věkové skupiny starší 45 let, ale věková skupina mezi 35 a 44 lety (graf 2). Téměř čtvrtina žen a více než desetina mužů v této věkové skupině totiž vedle dětí pečuje i o další členy rodiny. S vzrůstajícím věkem se pak podíl žen i mužů, které žijí v domácnosti se závislými dětmi a zároveň pečují o stárnoucí rodiče či další příbuzné, snižuje.

Jak ukazuje graf 3 (viz předchozí stranu), většina osob v produktivním věku, které pečují o členy rodiny potřebující pomoc, jsou ekonomicky aktivní a jsou nuceni skloubit tuto péči se zaměstnáním. Výdělečně činní převažují ve věku 25–54 let a u mužů i ve věkové skupině 55–64 let. S postupujícím věkem se zvyšuje počet ekonomicky neaktivních. Téměř pětina žen a desetina mužů ve věkové skupině 55–64 let pečuje o členy rodiny a je ekonomicky neaktivní. Může se jednat o lidi, kteří odešli do předčasného důchodu či jsou nezaměstnaní, popřípadě v domácnosti. Z těchto dat ale nelze určit, zda tyto osoby omezily ekonomickou aktivitu z důvodu potřeb péče, tj. zda je ekonomická neaktivita důsledkem zapojení do péče, nebo zda díky ekonomicky neaktivitě mají více časových zdrojů k tomu, aby se do péče o blízké zapojily.

Kdo pečuje – regresní analýza

Deskriptivní statistiky potvrzují, že zapojení do péče o další členy rodiny se liší podle věku a pohlaví. Nyní se zaměříme i na další charakteristiky: ekonomickou aktivitu, socioekonomický status měřený vzděláním, rodinný stav a přítomnost dětí v domácnosti. Pomocí logistické regrese budeme zjišťovat, zda lze zapojení do péče o členy rodiny připsat určitým socioekonomickým a demografickým charakteristikám a popřípadě různým postojům k péči v rodině a rodinné solidaritě (tj. budeme zkoumat, kdo pravidelně pečuje a kdo ne). Konkrétně do analýz vstupují následující proměnné:

- *Pohlaví* – dummy.
- *Věk* jako kategorická proměnná s pěti kategoriemi: do 34 let, 35–44 let, 45–54 let, 55–64 let, 65+ let.
- *Ekonomická aktivita* – dvě kategorie: ekonomicky aktivní a ekonomicky neaktivní.
- *Vzdělání* jako kategorická proměnná se čtyřmi kategoriemi: základní a nižší vzdělání, vyučení, střední s maturitou, vysokoškolské.

4 Může se např. jednat o staršího, již zletilého sourozence či o prarodiče.

- *Rodinný stav* jako kategorická proměnná se dvěma kategoriemi: žije s partnerem/partnerkou, žije bez partnera/partnerky.
- *Přítomnost dítěte v domácnosti*. Tato proměnná má tři kategorie: žádné dítě v domácnosti, alespoň jedno dítě mladší šesti let, nejmladší dítě v domácnosti je ve věku 7–17 let.
- *Vnímání významu role rodinné podpory*: Názor, že rodina má být hlavním poskytovatelem, který zajišťuje pomoc starším osobám v každodenních aktivitách (dummy).⁵

V prvním kroku se analýza zaměřuje na všechny respondenty, poté budeme ověřovat, zda mají zkoumané faktory stejný vliv na zapojení mužů i žen do péče. Hlavní otázka, která nás zde zajímá, zní, zda se liší zapojení do péče dle socio-ekonomického statusu, resp. podle vzdělání a rodinné situace. Jak ukazuje model 1, lidé žijící s partnerem se do péče zapojují častěji než ti, kteří nemají partnera. Samostatné analýzy pro muže a ženy ale odhalují, že partnerský vztah silněji ovlivňuje zapojení do péče u žen. Konkrétně mají ženy, které žijí s partnerem, o 70 procent vyšší pravděpodobnost pečování o nemocného či starého člena rodiny než ženy žijící bez partnera. Naproti tomu partnerská situace mužů má na jejich zapojení do péče zanedbatelný vliv (model 3). Je pravděpodobné, že ženy se častěji než muži zapojují do péče nejen o svého partnera, ale i o příbuzné partnera.

Přítomnost dítěte v domácnosti neovlivňuje pravděpodobnost poskytování péče dalším členům rodiny, a to ani v případě žen, na kterých leží největší nároky péče o děti. To jinými slovy znamená, že péče o děti je často spojena s péčí o další členy rodiny.

Zjištění potvrzují předpoklad, že socioekonomický status měřený výší vzdělání v České republice neovlivňuje zapojení do péče o potřebné členy rodiny. Můžeme se tedy přiklonit k závěrům studie Martiny Brandt a kol., která poukazuje na to, že péče je na rozdíl od dílčí pomoci méně závislá na socioekonomickém statusu [Brandt et al. 2009]. V České republice na jedné straně sice nejsou rozvinuté veřejné služby péče, které snižují socioekonomické rozdíly v zapojení do rodinné péče, na druhé straně zde nejsou rozvinuté soukromé hrazené služby péče, které rozdíly v zapojení podle socio-ekonomického statusu zvyšují.

V modelu 2 do analýzy vstoupily i postoje k roli rodiny v zajištění péče starším osobám. Z jeho zjištění vyplývá, že i přes kontrolu výše vzdělání postoje k roli rodiny přispívají k zapojení do neformální péče o členy rodiny. Pravděpodobnost zapojení do péče je totiž vyšší u těch, kteří zastávají názor, že

5 Otázka zněla: „Nyní vezměte v úvahu starší jedince, kteří potřebují pomoc v každodenních aktivitách (např. pomoc s nákupem, úklidem domu či bytu, praním prádla apod.). Kdo by podle Vás měl být tím hlavním, kdo zajišťuje tuto pomoc?“ Odpovědi byly rozděleny na dvě kategorie: 1. rodina, příbuzní a 2. ostatní, do které byly zahrnuty odpovědi státní (obecní) instituce, neziskové organizace (např. charitativní organizace, církve a církevní organizace) a soukromé subjekty.

Tabulka 1. Logistická regrese: kdo pravidelně pečuje o nemocné, staré a nesoběstačné členy rodiny

	M1 – všichni		M2 – všichni		M3a – ženy		M3b – muži					
	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)			
Pohlaví (muž ref.)	,609	,000	1,838	0,652	0	1,92						
Věk												
Do 34 let	-,187	,411	,829	-0,143	0,54	0,87	0,139	0,64	1,149	-0,688	0,099	0,503
35-44	,368	,159	1,444	0,461	0,08	1,59	0,766	0,027	2,151	-0,069	0,874	0,933
45-54	,537	,024	1,711	0,558	0,02	1,75	0,802	0,011	2,231	0,153	0,702	1,165
55-64	,725	,001	2,064	0,764	0	2,15	0,719	0,012	2,052	0,679	0,044	1,972
Ano	,117	,476	1,124	0,097	0,57	1,1	-0,102	0,631	0,903	0,441	0,138	1,554
Ekonomická aktivita												
(neaktivní ref.)												
Vzdělání	,097	,675	1,102	0,121	0,62	1,13	0,14	0,646	1,15	0,092	0,827	1,096
Vyučení bez maturity	-,023	,900	,977	0,095	0,62	1,1	0,038	0,883	1,039	0,135	0,64	1,144
Střední s maturitou	-,197	,293	,821	-0,097	0,61	0,91	-0,119	0,635	0,888	-0,089	0,771	0,915
Žije s partnerem/ kou	,423	,003	1,526	0,463	0	1,59	0,552	0,002	1,736	0,265	0,284	1,303
Rodinná situace (nežije s partnerem/ kou ref.)												
Dítě v domác.	,124	,547	1,132	0,029	0,89	1,03	-0,223	0,425	0,8	0,275	0,407	1,317
Dítě 7-17 let (žádné d. ref.)	,072	,703	1,075	0,025	0,9	1,03	0,023	0,928	1,024	0,014	0,965	1,014
Rodina				0,344	0,01	1,41	0,326	0,063	1,385	0,368	0,076	1,445
Kdo má poskytovat péči ostatní (ref.)												
Konstanta	-2,132	,000	,119	-2,511	0	0,08	-1,909	0	0,148	-2,339	0	0,096
-2 Log likelihood	1722,24			1652,7			940,9			705,01		
Nagelkerke R ²	,044			0,078			0,06			0,073		
N	1686			1663			904			732		

rodina má být hlavním poskytovatelem pomoci při každodenních aktivitách starším osobám.

I přes kontrolu dalších sociodemografických charakteristik zůstává nejsilnějším faktorem, který ovlivňuje zapojení do péče, pohlaví a věk. Významně častěji se do péče o nemocné či nesoběstačné členy rodiny zapojují ženy. Nejméně péče poskytují osoby v nejmladší a nejstarší věkové skupině, tj. osoby mladší 35 let a starší 65 let. Zatímco ženy poskytují péči v rodině ve zvýšené míře v celém věkovém rozmezí mezi 35 až 64 roky, vyšší zapojení mužů do péče zaznamenáváme až ve věkové skupině 55–64 let. Pokud kontrolujeme věk, ekonomická aktivita neovlivňuje zapojení do péče. K podobným závěrům dochází např. Henz [2006].

Závěr

Poskytování péče je úzce svázáno s věkem a fází životní dráhy. Data ISSP 2012 umožnila zjistit, jak velký podíl dospělé populace pravidelně pečuje o blízké, kteří vyžadují pomoc z důvodu stáří, nemoci či zdravotního postižení. Doplnují tak poznatky studií, které se soustředily pouze na lidi vyššího věku, např. starší 50 let. I když většinu – přibližně 60 % – pečujících osob tvoří ženy, nezanedbatelný podíl pečujících osob – téměř dvě pětiny – tvoří muži. Data ISSP 2012 naznačují, že většina pečujících osob v produktivním věku jsou ekonomicky aktivní a jsou nuceni skloubit péči o nemocné, stárnoucí či nemohoucí členy rodiny se zaměstnáním. Skupinou, která se nejvíce potýká s nároky na péči jak o děti, tak i další členy rodiny, jsou osoby mezi 45 a 54 lety, ženy v mladším středním věku mezi 35 a 44 roky, které navíc často pečují i o malé děti. Do péče o členy se zapojují výrazně více ženy, které žijí s partnerem. Naproti tomu u mužů partnerské soužití nezvyšuje pravděpodobnost, že budou více pečovat o členy rodiny, kteří potřebují pomoc.

Analýzy dat ISSP 2012 nepotvrzují rozdíly v zapojení do péče podle vzdělání. Důvodem může být to, že hlavním faktorem poskytování osobní péče je její potřeba, tj. špatný zdravotní stav či vysoký věk členů rodiny, na rozdíl od jiných dílčích forem pomoci, které závisejí více na individuálních charakteristikách a na struktuře příležitostí [Brandt et al. 2009]. Tato zjištění lze vysvětlit jak institucionálním kontextem málo dostupných veřejných i soukromých služeb péče, tak i poměrně omezenou mezigenerační prostorovou mobilitou, která je významným mechanismem ovlivňujícím rozdíly v zapojení do péče podle socioekonomického statusu. K podrobnější analýze socioekonomických rozdílů v rodinné podpoře a péči v České republice by byla potřeba data, která by rozlišovala její různé formy na jedné straně a na druhé straně i míru potřeby pomoci v nejbližší rodině (např. zdravotní stav nejbližších příbuzných). V rámci dotazníku ISSP Rodina a zdraví nebylo blíže definováno, co se péčí rozumí. Je možné, že dotázaní chápou pojem péče různým způsobem. Někteří mohou pojem péče ztotožňovat pouze s náročnou osobní péčí, jiní do ní mohou zahrnovat i občasnou dílčí pomoc s každodenními aktivitami (např.

s nákupem). Výsledky našich analýz tak mohou být ovlivněny právě podhodnocením některých forem pomoci a péče v rodině. Případné podhodnocení může ovlivňovat i zastoupení pečujících osob různých socio-demografických charakteristik.

MGR. JANA KLÍMOVÁ CHALOUPOKOVÁ, PH.D., působí jako vědecká pracovnice v oddělení Hodnotové orientace ve společnosti Sociologického ústavu AV ČR. V roce 2011 absolvovala doktorské studium sociologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Zaměřuje se na sociologii rodiny, problematiku proměn životní dráhy a na výzkum hodnot a postojů.

Literatura

- Attias-Donfut, Claudine, Jim Ogg, François-Charles Wolff. 2005. „European patterns of intergenerational financial and time transfers“. *European Journal of Ageing* 2 (3): 161–173. DOI: 10.1007/s10433-005-0008-7.
- Brandt, Martina, Klaus Haberkern, Marc Szydlik. 2009. „Intergenerational Help and Care in Europe“. *European Sociological Review* 25 (5): 585–601. DOI: 10.1093/esr/jcn076.
- Colombo, Francesca, Ana Llena-Nozal, Jérôme Mercieret al. 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing.
- Hamplová, Dana. 2012. „Jak důležité je mít babičku či dědečka.“ Pp. 111–130 in Eva Mitchell (ed.). *Kdo se (po)stará? Dítě mezi rodinou, státem a trhem*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.
- Henz, Ursula. 2006. „Informal Caregiving at Working Age: Effects of Job Characteristics and Family Configuration“. *Journal of Marriage and Family* 68 (2): 411–429. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2006.00261.x.
- Jeřábek, Hynek. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK.
- Jeřábek, Hynek. 2009. „Rodinná péče o seniory jako ‚práce z lásky‘: nové argumenty“. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 45 (2): 243–265.
- Kalmijn, Matthijs. 2006. „Educational Inequality and Family Relationships: Influences on Contact and Proximity“. *European Sociological Review* 22 (1): 1–16. DOI: 10.1093/esr/jcio36.
- Künemund, Harald. 2006. „Changing Welfare States and the ‚Sandwich Generation‘: Increasing Burden for the Next Generation?“. *International Journal of Ageing and Later Life* 1 (2): 11–29. DOI: 10.3384/ijal.1652-8670.061211.
- Laditka, James N., Sarah B. Laditka. 2001. „Adult Children Helping Older Parents: Variations in Likelihood and Hours by Gender, Race, and Family Role“. *Research on Aging* 23 (4): 429–456. DOI: 10.1177/0164027501234003.
- Lux, Martin, Štěpánka Pfeiferová. 2012. „Srovnání systémů bydlení a sociální péče o seniory v zemích střední Evropy“. *Mezinárodní konference Stárnutí ve střední Evropě: Řešení otázek bydlení seniorů a domácí péče v mezinárodním srovnání. 25. 10. 2012, Praha*.
- Marks, Nadine F., James David Lambert, Heejeong Choi. 2002. „Transitions to Caregiving, Gender, and Psychological Well-Being: A Prospective U.S. National

- Study". *Journal of Marriage and Family* 64 (3): 657–667. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2002.00657.x.
- Oudijk, Debbie, Isolde Woittiez, Alice de Boer. 2011. „More family responsibility, more informal care? The effect of motivation on the giving of informal care by people aged over 50 in the Netherlands compared to other European countries". *Health Policy* 101 (3): 228–235. DOI: 10.1016/j.healthpol.2011.05.004.
- Rosenthal, Carolyn J., Anne Martin-Matthews, Sarah H. Matthews. 1996. „Caught in the Middle? Occupancy in Multiple Roles and Help to Parents in a National Probability Sample of Canadian Adults". *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 51B (6): 274–283. DOI: 10.1093/geronb/51B.6.S274.
- Rychtaříková, Jitka. 2006. „Perspektiva seniorů v České republice a ve vybraných zemích EU". *Demografie* 48 (4): 252–256.
- Saraceno, Chiara. 2010. „Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective". *Journal of European Social Policy* 20 (1): 32–44. DOI: 10.1177/0958928709352540.
- Sarasa, Sebastian, Sunnee Billingsley. 2008. „Personal and Household Care Giving from Adult Children to Parents and Social Stratification". Pp. 123–146 in Chiara Saraceno (ed.). *Families, Ageing and Social Policy*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Sarkisian, Natalia, Naomi Gerstel. 2004. „Explaining the Gender Gap in Help to Parents: The Importance of Employment". *Journal of Marriage and Family* 66 (2): 431–451. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2004.00030.x.
- Silverstein, Merrill, Daphna Gans, Frances M. Yang. 2006. „Intergenerational Support to Aging Parents". *Journal of Family Issues* 27 (8): 1068–1084. DOI: 10.1177/0192513X06288120.
- Svobodová, Kamila. 2006. „Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory". *Demografie* 48 (4): 256–261.
- Svobodová, Kamila. 2010. „Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice". *Demografie* 52 (4): 185–194.
- Talley, Ronda C., John E. Crews. 2007. „Framing the Public Health of Caregiving". *American Journal of Public Health* 97 (2): 224–228. DOI: 10.2105/AJPH.2004.059337.
- van Groenou Broese, Marjolein, Karen Glaser, Cecilia Tomassini et al. 2006. „Socio-economic status differences in older people's use of informal and formal help: A comparison of four European countries". *Ageing and Society* 26 (5): 745–766. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X06005241>.
- Vitaliano, Peter P., Jianping Zhang, James M. Scanlan. 2003. „Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis". *Psychological Bulletin* 129 (6): 946–972. DOI: 10.1037/0033-2909.129.6.946.