

Zdravotní sestry a jejich prožívání dvojí péče v době pandemie covidu-19¹

Marie Pospíšilová

Sociologický ústav AV ČR, v. v. i.

Nurses and the COVID-19 Pandemic – Practices and Identity Construction in Formal and Informal Care

Abstract: The pandemic highlighted the importance of both formal and informal care and magnified gender inequalities in this area. Women were more represented in care-related frontline professions (including nurses), but they were also more often responsible for providing childcare when institutions (especially schools and nurseries) were closed. This paper builds on criticism aimed at the separate study of formal and informal care and explores the interconnections between the two in the case of Czech nurses with young children, who during the pandemic experienced increased demands in both formal and informal care. We are interested in how they experienced these increased demands, which we explore through the practices and constructions of identities in these domains and their gendered nature. Our findings show that nurses largely adopted individualised strategies and solutions to cope with the increased demands of care, which explains the low level of willingness on their part to publicly seek change. We conclude that the pandemic exacerbated gender inequalities in formal and informal care (as nurses strove to succeed as professionals and mothers), and that any changes in the gender order are temporary.

Keywords: nurses, COVID-19 pandemic, gender, care, childcare, childcare institutions

Pospíšilová, Marie. 2023. Zdravotní sestry a jejich prožívání dvojí péče v době pandemie covidu-19. *Gender a výzkum / Gender and Research* 24 (1): 36–61, <https://doi.org/10.13060/gav.2023.001>

¹ Tento text vznikl s podporou projektu „Genderové aspekty pandemie: redefinice péče v důsledku krize spojené s nemocí covid-19?“, financovaného GA ČR, č. 21-135875.

Během pandemie covidu-19 došlo k nárůstu potřeby péče, kterou vykonávají převážně ženy, a to jak v oblasti formální, tak v oblasti neformální. Pandemie péči zviditelnila, ukázala na její nízké uznání a zvýznamnila její nepostradatelnost a hodnotu pro fungování ekonomiky a společnosti (Bahn, Cohen, van der Meulen Rodgers 2020). Proti-epidemická opatření vedla k přenesení zodpovědnosti za péči na jednotlivce i v těch oblastech, kde dříve tuto zodpovědnost nesla společnost (Dudová, Křížková 2022). Zvýšená potřeba péče na jedné straně více zasahovala ženy a upevňovala jejich pozici v domácí sféře, zároveň větší zatížení neplacenou prací mělo důsledky v oblasti psychické (Kabeer, Razavi, van der Meulen Rodgers 2021). Na straně druhé zde byl prostor pro redefinici rolí, protože muži bývali častěji přítomni v domácnostech (Carlson, Petts, Pepin 2021). Specifickou pozici pak během pandemie měli sólo rodiče (častěji matky), protože byli jedinými vydělávajícími v rodině (Dudová 2021).

Ženy jsou více zastoupeny v profesích spojených s péčí – zdravotních a sociálních službách². V době pandemie tak byly častěji pracujícími v „první linii“ (Kabeer, Razavi, van der Meulen Rodgers 2021) a významněji přispěly k jejímu zvládnutí. Zároveň jsou ale v této pozici méně finančně ohodnocené³, zastupují nižší funkce (Regenold, Vindrola-Padros 2021) a jsou méně uznávány. Ženy byly jako pracující v první linii více vystaveny riziku nakažení a nemohly svou práci vykonávat z domova. Čelily vyššímu fyzickému i psychickému tlaku a měly obavy z nakažení blízkých. Veřejnost, média a politici či političky zdravotnický personál chápali jako „hrdinky a hrdiny“ pandemie. Docházelo k přerámování vnímání profese ze „servisní“ a „obyčejné“ na „nepostradatelnou“ a „vysoce kvalifikovanou“ (Galanti 2022). Na jednu stranu došlo k většímu uznání formální péče, na straně druhé k normalizaci vyššího vystavení riziku jako součásti práce formálních pečujících, a tudíž upevnění současných mocenských vztahů (Mohammed et al. 2021).

Vyšší dopady pandemie na ženy v oblasti neformální vycházely z toho, že ženy jsou obvykle primárními neformálními pečovateli⁴. Během pandemie byly více zatíženy péčí o děti a domácnost v době zavřených školek a škol, případně dalších institucí péče. ČR měla navíc jednu z nejdelších uzávěr škol v Evropě, a to 38 týdnů (statista.com 2021). Pro ženy, které dříve část svých pečovatelských závazků delegovaly externě, byly tyto možnosti během pandemie nedostupné (Carlson, Petts, Pepin 2021).

Pandemie ovlivnila nejen samotnou oblast formální a neformální péče, ale také jejich propojení. Docházelo k častějšímu prolínání domácí a pracovní sféry – např. děti

² Zdravotnictví je silně feminizovanou oblastí, v ČR zde pracuje 78 % žen (ČSÚ 2018).

³ V ČR byly v roce 2016 ve zdravotnictví rozdíly v odměňování za stejnou práci na stejném pracovišti 9 %, což je skoro dvojnásobek průměru rozdílů ve veřejné sféře (Křížková et al. 2018).

⁴ V ČR přetrvávají představy o správnosti tradičního rozdělení rolí, tj. že muž má vydělávat a žena se má starat o domácnost. Preferovaným zajišťovatelem péče o předškolní děti je rodina (ISSP 2012) a primárně ženy (vzhledem k tomu, že majoritně pobírají rodičovský příspěvek) (ČSÚ 2021).

byly více přítomné nejen při výkonu práce rodičů z domova a na online setkávání (Wenham, Smith, Morgan 2020), ale v některých profesích i přímo na pracovišti. Byl zde tedy prostor ke zviditelnění péče a možné redefinici ideálního pracujícího jako někoho zcela oddaného práci, bez viditelných rodinných závazků.

Současné poznání tak poukazuje zejména na genderové nerovnosti v dopadech zvýšené (dvojit) péče během pandemie, potenciální vliv na genderové vztahy (a identity) a změnu uznání a rozpoznání péče jako takové. Naše práce navazuje na českou diskusi dopadů pandemie na vztah privátní a veřejné sféry (především Dudová, Křížková, 2022; Hašková et al. 2022; Mouralová, Hejzlarová 2022), která se soustředila na zvyšování prostupování pracovního prostoru do sféry soukromí a dopady na genderové vztahy v rodině a práci. Dosavadní práce se ale soustřeďují především na profese, které bylo možné vykonávat z domova. Náš text poukazuje na specifickou pečující profesionalitu s malými dětmi s ohledem na dvojí péči a genderový charakter jejich profese a na jejich postavení během pandemie z jejich vlastní perspektivy. Propojujeme tak genderové nerovnosti v oblasti péče, které byly prohloubeny pandemií, s tím, jak to ovlivňuje praktiky a konstrukce identit žen, které pracovaly v době pandemie jako zdravotní sestry.

Teorie

Genderový charakter péče a specifita případu zdravotních sester

Péče je konstruována jako ženská práce na základě esencialistických předpokladů o „přirozeně“ ženských vlastnostech jako citlivost, tendence pečovat, důraz na emoce apod. (Arber, Ginn 2007), což v důsledku ospravedlňuje genderové nerovnosti v oblasti péče. Ženy dominují v profesích spojených s péčí (formální péče) a také vykonávají více péče v domácí oblasti (péče neformální). Formální péče je do značné míry pokládána za nekvalifikovanou práci, je označována jako poloprofesionální nebo jako femininní profesionalita. Není chápána jako činnost vyžadující speciální schopnosti – předpokládá se, že ženy v těchto profesích využívají zkušenosti z rolí matek, sester, dcer apod. (Bolton 2005). Formální péče je tak málo placenou prací a chybí jí uznání. Distinkce formální a neformální péče kopíruje linii veřejné a soukromé sféry; tato dichotomie je genderovaná – soukromá sféra je spojena s feminitou a veřejná s maskulinitou. Práce zdravotní sestry v době pandemie může být vnímána zároveň jako genderově tradiční (samotné poskytování péče) i paradoxně jako genderově subversivní (opouštění bezpečí soukromého prostoru a podstupování rizik ve vnějším světě). Péče neformální je konstruována jako osobní aktivita, která nevytváří zisk (v protikladu k péči jako profesi) a je neviditelná (Ezzeddine et al. 2012). Její příspěvek k fungování ekonomiky se přehlíží a vykonávání tohoto druhu práce se považuje za samozřejmé (Ozkazanc-Pan, Pullen 2021) a připisuje se ženám.

Jednotlivé profese v oblasti péče se od sebe liší nejen podílem zastoupení žen, který je u zdravotních sester jeden z nejvyšších⁵. Zdravotní sestry jsou navíc na rozdíl od lékařů a lékařek chápány jako více emocionální a senzitivní (England 2005), a tudíž málo profesionální. Samy sestry vidí péči jako součást profesionality, veřejnost ji ovšem nahlíží jako femininní schopnost, která se s profesionalitou naopak nepojí (Hoeve, Janses, Roodbol 2014). Vysoký důraz na kvalifikaci a profesionalitu je u zdravotních sester spojován s neschopností pečovat. Femininní aspekty tohoto povolání v důsledku vedou k tomu, že jsou zdravotní sestry vnímány jako podřízené lékařům a lékařkám (ibidem 2014).

Profese zdravotních sester je také typická specifickým kontextem práce – zejména prací ve směnách – což může hrát roli v genderovém charakteru této profese. Například zdravotní sestry pracující v nočních směnách tohoto pracovního nastavení využívají, aby naplnily ideál ženy-matky. Noční směny jim umožňují, aby se ekonomická aktivita stala neviditelnou a aby se tak v požadavcích na ideální ženu vyrovnaly těm matkám, které ekonomicky aktivní nejsou (Garey 1995).

Zdravotní sestry mnohdy pečují jak v oblasti formální, tak neformální. Dříve byly tyto oblasti zkoumány odděleně (Ward-Griffin 2004), v současné době se klade důraz na jejich prolínání a na skutečnost, že zdravotní sestry nejsou schopné oddělit svoji profesní identitu od té domácí (Mills, Aubeeluck 2006). Nahlížení obou sfér jako propojených umožňuje například pochopit, jak genderové nerovnosti v domácí sféře ovlivňují výkon v profesní oblasti a jaké mají v důsledku dopady na zdraví (zejména) žen (Ward-Griffin et al. 2015). Na druhé straně je od osob pečujících ve formální sféře očekáváno, že v domácí péči budou využívat svých expertních znalostí a sociálního kapitálu, díky čemuž mohou svým blízkým zprostředkovat lepší zdravotní péči (ibidem). Právě propojenost obou oblastí byla posílena v období pandemie (Kabeer et al. 2021) kvůli vzrůstajícím požadavkům obou sfér.

Vzájemné propojení formální a neformální péče s sebou nese také konfliktní prvky, mimo jiné založené na odlišných požadavcích obou sfér. Profesní oblast se obecně pojí s maskulinními charakteristikami, jako je „úspěch“, „plat“, „výkon“ apod. (Davies 1996). Ideální pracující podřizuje vše pracovní oblasti (např. pracuje přesčas), pracuje na plný úvazek a je bez rodinných závazků (nebo jsou tyto neviditelné) (Regenold, Vindrola-Padros 2021). Znakem profesionality je také internalizovaná morální zodpovědnost, kdy se vlastní zájmy v oblasti profesní podřizují zájmům pacientů či pacientek a společnosti jako celku (Parsons 1951). Požadavky neformální péče – být dobrou ženou a matkou, tj. upřednostnit péči o rodinu, děti a domácnost před profesí – jsou v konfliktu s představou správného profesionála či profesionálky.

Vzájemný vztah formální a neformální péče (zejména péče o děti) je možné za-

⁵ V ČR je zde 96 % žen (ČSÚ 2019).

chytit v konfliktu ideologie „intenzivního mateřství“ a představy ideální/ho pracující/ho, který/terá je ovlivněn/a neoliberalním pojetím. Intenzivní mateřství je sociální konstrukcí představy, co je to dobré mateřství a kdo je dobrá matka. V centru pozornosti je dítě, kterému matky věnují maximum času, financí a citů a jsou neustále k dispozici, aby mu zajistily úspěch (Hays 1996). Od otců se toto zapojení neočekává. Tento ideál je pro ženy nedosažitelný, ale zároveň ho přijímají za svůj, na základě něj samy sebe hodnotí a mají výčitky, že ho nedosahují. I delegace péče na druhé je provázána výčitkami. Jde o silně individualistický koncept, kdy k dosažení ideálu chybí podpora ze strany rodiny, státu a z oblasti pracovního prostředí (Cummins, Brannon 2022). Zároveň je přítomná neoliberalní představa mateřství, kdy se od žen očekává, že budou úspěšné v ekonomické sféře. Požadavky obou sfér, ekonomické a domácí, jsou mnohdy protikladné a nesplnitelné (Whiley, Sayer, Juanchich 2021). Koncept intenzivního mateřství je sociálně konstruovaný a liší se v jednotlivých zemích. V ČR je postaven na představě, že matka má být s dítětem do 3 let jeho věku doma, dobrovolně a s nadšením, a má tomu podřídit své zájmy. Institucionální péče o děti do 3 let je chápána jako škodlivá. Dále je v ČR představa správného mateřství spojena s pocitem, že žena má vše zvládnout sama bez externí pomoci, maximálně s pomocí ostatních žen v rodině (Dudová 2007).

Pandemie prohloubila nároky intenzivního mateřství – nároky práce a péče se pro ženy mnohonásobně zvětšily (Cummins, Brannon 2022). Jak ukázala studie Somogyi et al. (2022), ženy pracující z domova mohly navíc využít situace pandemie k tomu, aby ideál intenzivního mateřství realizovaly větší pozorností věnovanou dětem, což se jim dříve nedařilo.

Sociální konstrukce identit a praktik

V naší práci se zaměříme na konstrukci identit a s tím souvisejících praktik a jejich genderovanost. Identitu chápeme jako sebepojetí neboli představu o sobě, která určuje nejen naši situovanost v sociálních skupinách (Burke 2020), ale také vnímání hodnoty sebe sama (Giddens 1991). Praktiky pak zahrnují strukturované a opakované činnosti, které dávají smysl našemu každodennímu životu (Reckwitz 2002). Vztah identity a praktik je dialektický – skrze praktiky, „dělání“, je utvářena naše identita a identita zároveň určuje, jakému jednání dáme přednost, jaké praktiky zvolíme. Pandemii covidu-19 chápeme jako zásadní změnu podmínek, ve kterých se odehrává sociální život. Vedla k nutnosti změny praktik a otázkou je, do jaké míry v tomto kontextu otrásla našimi identitami. Zároveň ale to, kým jsme a jak na sebe nahlížíme, určovalo naše reakce na tyto podmínky, a tedy vedlo naše praktiky. Lze předpokládat, že zdravotní sestry v situaci pandemie musely vyjednávat mezi svou identitou matky a zdravotnice a své praktiky musely přizpůsobovat zvýšeným a protichůdným požadavkům soukromé a profesní sféry.

To vše zkoumáme v teoretickém rámci sociálního konstruktivismu. Gender chápeme jako neustále vytvářený a přetvářený v rámci sociálních interakcí, chápeme ho jako strukturu a řád sociálního života (Lorber 2011; West, Zimmerman 1987). Gender není chápán jako univerzální, jeho význam, důležitost a důsledky jednotlivých aspektů se liší dle prostředí, ve kterém se „dělá“ (Butler 1990). V tomto smyslu lidé jednají, interagují, konstruují a dekonstruují to, co znamená být mužem či ženou (West, Fenstermaker 1995), „dělají“ a „rozvolňují“ gender. Jak bylo ukázáno výše, oblast neformální péče se pojí s femininními konotacemi – naplňování jejich požadavků tak ženám umožňuje „dělat gender“ v souladu s požadavky „accountability“ (West, Zimmerman 1987), tj. aby byly správně genderově posuzovány. V oblasti profesní se u zdravotních sester prolínají maskulinní aspekty spojené s profesionalitou a femininní spojené s péčí; profesní identita se tak může, ale nemusí dostávat do konfliktu s identitou genderovou, jelikož praktiky dělání genderu v rámci formální péče zároveň naplňují požadavky formální péče v profesi sestry a zároveň jim odporují.

V návaznosti na výše uvedené nás zajímalo, jak byly konstrukce identit a praktiky zdravotních sester genderované a zároveň jak se vyrovnávaly s mnohdy protichůdnými požadavky obou sfér v době pandemie, jakým způsobem „dělaly“ či „rozvolňovaly/ne-dělaly gender“ s cílem udržet si pozitivní identitu v obou sférách v této vypjaté situaci.

Výzkumné otázky a metodologie

V analýze jsme se soustředili na konstrukci identit a praktiky zdravotních sester v oblasti formální a neformální péče v době pandemie a na jejich genderovanost. Kladli jsme si tyto výzkumné otázky:

- Jakým způsobem konstruují zdravotní sestry svoje identity v oblasti prolínání formální a neformální péče v průběhu pandemie covidu-19?
- Jaké praktiky se pojí s těmito konstrukcemi?
- Jak jsou tyto konstrukce a praktiky genderované?
- Jakou roli hraje specifické postavení zdravotních sester (nejen) v době pandemie?

Konkrétně jsme vybírali zdravotní sestry české národnosti zejména z velkých měst (především Prahy). V oblasti neformální péče jsme se zaměřili na změny spojené s péčí o děti a přerušováním provozu škol a školek a vybírali zdravotní sestry s dětmi do 12 let, které v době pandemie aktivně pracovaly. U dětí do 12 let předpokládáme vyšší nároky a nutnost řešit neformální péči během pandemie. Podmínkou zařazení do výzkumu byla také práce v přímém kontaktu s pacienty či pacientkami, tj. pozice, ve které se spojovalo vyšší riziko nákazy s nemožností vykonávat práci z domova. Rozhovory probíhaly na podzim roku 2021 a na začátku roku 2022, kdy byla pandemie stále aktuální a ochota zdravotních sester účastnit se výzkumu byla vzhledem k jejich vysokému zatížení nízká. Zvolili jsme proto výběr a rekrutaci komunikačních

partnerek přes agenturu⁶, samotné rozhovory (tematické zaměření, strukturování a vedení rozhovoru apod.) prováděla výzkumnice – autorka tohoto textu. Realizováno bylo 18 polostrukturovaných kvalitativních rozhovorů (charakteristiky komunikačních partnerek jsou uvedeny v tabulce 1). Rozhovory se zaměřovaly na oblast formální a neformální péče, na pohled do minulosti a změny s příchodem pandemie covidu-19. Hovořili jsme o tom, jak komunikační partnerky situaci zvládaly a co či kdo jim nejvíce pomáhal apod. Rozhovory trvaly mezi 45 a 90 minutami, se souhlasem komunikačních partnerek byly nahrávány, doslovně přepsány a následně analyzovány v počítačovém programu Atlas.ti.

Analýza

Pro zpracování dat jsme využili tematickou analýzu (Braun, Clarke 2006) jako metodu pro identifikaci, analýzu a vykazování témat – důležitých vzorců spojených s výzkumnými otázkami. V první fázi analýzy jsme se seznámili s daty. Dále jsme data otevřeně kódovali a vytvářeli tak základní segmenty dat. Ve třetím kroku jsme identifikovali témata – slučovali kódy na vyšší úrovni abstrakce, vytvářeli témata a podtémata. Ve čtvrtém kroku docházelo k revizi témat – jejich slučování či vypouštění vzhledem k ne-relevanci k výzkumným otázkám apod. V pátém kroku jsme pojmenovávali témata s ohledem na cíle výzkumu a charakter dat, viz tabulku 2. Úroveň témat zachycuje různé dimenze identit a praktik, které je utvářejí a potvrzují, spojené s formální a neformální sférou. První kategorie na úrovni témat zachycovala, jak zdravotní sestry konstruovaly samy sebe jako profesionálky – formální pečující (a zároveň neformální pečovatelky) – druhá, jak konstruovaly samy sebe jako pečující v neformální oblasti (a zároveň formální pečovatelky). Obě kategorie byly vzájemně propojené a ukazují tak prolínání (dimenzí) identit a praktik ve formální a neformální péči během pandemie covidu-19. Podtémata jsou pak konkrétní konstrukce a aspekty spojené s danou identitou, podrobněji specifikované na úrovni kódů. V návaznosti na literaturu jsme pak data interpretovali vzhledem k tématu výzkumu a snažili se odpovědět na výzkumné otázky.

Praktiky a konstrukce identit zdravotních sester ve formální a neformální péči se odlišovaly dle věku dětí – zda se staraly o děti do 3 let, školkové nebo školní děti (u nich ještě záleželo na jejich věku). To, zda komunikační partnerky žily s partnerem nebo bez partnera, mělo vliv zejména v oblasti zajištění péče o děti.

⁶ Rekrutace zajišťovaná výzkumnou agenturou nám na jednu stranu umožnila dostat se k populaci zdravotních sester, které byly i kvůli stále probíhající pandemii covidu-19 extrémně vytížené. Na druhou stranu mohla ovlivnit podobu vzorku – do výzkumu se mohly více zapojovat ženy, které to vnímaly jako finančně ohodnocenou práci, nikoliv jako svoje přispění k vědeckému poznání. Během rozhovoru se tak mohly více snažit „vyhovět“ výzkumnici, aby si „zasloužily“ finanční odměnu.

Tabulka 1: Charakteristiky vzorku

č.	pseudonym	věková kategorie	rodinný stav	s kým žije	dětí			nejvyšší vzdělání	obor práce	velikost úvazku	kraj
					1–6 let	7–12 let	13+ let				
1	Aneta	40–49	vdaná	s manželem a dítětem	1			vyšší odborné	nutriční ambulance	0,5	Praha
2	Blanka	40–49	rozvedená, má přítele	s dítětem		1		vyšší odborné	dětská JIP	1	Praha
3	Denisa	40–49	rozvedená	s 2 mladšími dětmi		1	2	vyšší odborné	neonatologie	0,75	Praha
4	Eva	20–29	vdaná	s manželem a dítětem	1			vysokoškolské	dětská neurochirurgie	0,5	Praha
5	Františka	30–39	má přítele	s přítelem a dětmi	1	1		vysokoškolské	JIP	1	Praha
6	Gabriela	40–49	vdaná	s manželem a dětmi		1	2	středoškolské s maturitou	neonatologie	0,75	Praha
7	Helena	40–49	vdaná	s manželem a dětmi		1	2	středoškolské s maturitou	gynekologie	1	Praha
8	Irena	50–59	podruhé vdaná	s manželem a dítětem		1	2	středoškolské s maturitou	gynekologie	0,75	Praha
9	Jarmila	20–29	má přítele	s přítelem a dítětem	1			vyšší odborné	JIP	1	Praha
10	Květa	30–39	vdaná	manželem a dítětem		1		vyšší odborné	sestra u praktického lékare	1	Středočeský
11	Liběna	40–49	rozešla se s partnerem	žije se svým otcem a dětmi		2		vyšší odborné	JIP	1	Středočeský
12	Natalie	50–59	rozvedená	se svojí matkou a dětmi		1	2	vyšší odborné	interna	1	Středočeský
13	Oldřiška	40–49	rozešla se s partnerem	se svojí matkou a dítětem		1		středoškolské s maturitou	interna	1	Středočeský
14	Petra	40–49	vdaná	s manželem a dítětem		1		vyšší odborné	oční	1	Jihomoravský
15	Růžena	30–39	rozešla se s partnerem	s dítětem, v domě se svojí matkou a tetou		1		vyšší odborné	domácí péče	1	Praha
16	Silva	30–39	má přítele	s přítelem a dítětem	1			vyšší odborné	neurologie	0,8	Královéhradecký
17	Tamara	30–39	rozešla se s partnerem	s dítětem		1		vysokoškolské	plicní ambulance	1	Moravskoslezský
18	Zuzana	30–39	rozvedená	s dítětem		1		vyšší odborné	neurologie	1	Moravskoslezský

Zdroj: Zpracování autorky.

Roli hrálo i to, na jakém oddělení a s jakým zaměřením pracovaly – některá oddělení během pandemie změnila zaměření a přijímala covidové pacienty. Změny jak ve formální, tak neformální oblasti byly chápány jako různě náročné s ohledem na vývoj pandemie – intenzivnější byly v obdobích vysokého počtu nakažených.

V následujícím textu představíme jednotlivá témata vzešlá z analýzy. V první části se zaměříme na to, jak komunikační partnerky samy sebe chápaly v oblasti formální péče – jako zdravotní sestry, ale zároveň matky, v druhé části v oblasti péče neformální – jako matky, ale zároveň zdravotní sestry. V obou oddílech postupně ukážeme jednotlivá podtémata, která představují různé dimenze těchto dvou identit. Představíme využívané narace a popisy praktik a ukážeme, jak jsou genderované, tj. jak jejich prostřednictvím zdravotní sestry dělají nebo rozvolňují gender.

Zdravotní sestra (formální péče neformální pečovatelky)

Hrdinka?

Zdravotní sestry byly veřejností, politiky a dalšími vnímány jako hrdinky pandemie (Mohammed et al. 2021), které čelí velkému riziku přenosu nemoci covid-19 na sebe a své blízké. Rozhovory ale ukázaly, že ony samy představu sebe jako hrdinky odmítaly, a to zejména kladením důrazu na profesionalitu. Zdravotní sestry, které pracovaly na odděleních méně zasažených pandemií, vnímaly onemocnění covid-19 jako jednu z „dalších infekcí“:

V tom žijete celý život, akorát teď je to mnohem nebezpečnější. S těmi infekcemi pracujete celý život, takže takovéto věci si neberete. (Irena, 50–59 let, podruhé vdaná, 3 děti – 12 let a dvě starší 30 let, gynekologie)

Ty, které pracovaly přímo s covid pozitivními pacienty a pacientkami, mluvily o odlišnosti pandemie covid-19 od ostatních epidemií. Zvýšené pracovní nasazení ale také vnímaly jako součást profesionality. Zároveň odmítaly výjimečnost svého postavení důrazem na vlastní profesní schopnosti a zdravotnický kapitál, kterým disponují. Mluvily o tom, že mají lepší vybavení než obvyklá populace a že lépe vědí, jak se možné nákaze bránit. Obava z nákazy byla u některých přítomná, ale spíše neurčitěho charakteru vzhledem k tomu, že samy většinou nebyly z rizikových skupin a pečovaly o děti, u kterých bylo riziko komplikací nízké. Na jedné straně tak rozvolňovaly feminitu svojí profesní identity důrazem na profesionalitu a výkon, na straně druhé ale feminitu potvrzovaly tím, že formální péči a zvýšené nároky v této oblasti konstruovaly jako něco normálního (viz obdobně Mohammed et al. 2021), nezasluhujícího speciální uznání.

Ne všechny zdravotní sestry interpretovaly setrvání v profesní oblasti i v době pandemie argumenty souvisejícími s profesionalitou. Pro některé nebylo setrvání v profesní

Tabulka 2: Kódovací schéma

Matka (Neformální péče formální pečovatelky)			
téma	podtéma	kód	
hrdinka?	uznání		podpora rodiny – zapojení mužů do péče: muž jako partner, pomocník nebo další dítě
	matka – sestra	péče přizpůsobená dle práce	organizační rámec práce
neformální péče jako osobní zodpovědnost (matky)	kapitál zdravotní sestry		
	rodičovství jako individuální zodpovědnost jedince/rodin		institucionální péče jako bonus
			ne/dostupnost
			ne/ochota využít institucionální péče
			institucionální péče – benefit pro děti?
			institucionální péče jako bonus
	„zvládnou vše“		externí pomoc
			pandemie jako výmluva nenechat si pomoci
			výčitky v případě selhání
	neviditelná práce/péče		systém organizace směn a péče o děti/domácnost
individuální potřeby	expertiza v oblasti domácích prací		
	rodička jako učitelka		zodpovědnost za učení?
	domácnost jako ženský prostor		
	volný čas jako čas pro domácnost		

Zdravotní sestra (Formální péče neformální pečovatelky)			
téma	podtéma	kód	
hrdinka?	uznání	uznání veřejnosti	
		uznání pacientů	
		uznání v práci	
		uznání doma	
	zdravotnický kapitál v péči		
profesionálka	profese jako „odpočinek“		
	sestra jako (částečná) živitelka rodiny		
	profesionální pečovatelka vs. empatická pečovatelka		
	různé profesionálky		
	kolegyně		
	podřízená lékařce či lékařky		
sestra – matka	sestra jako privilegovaná (není na tom ještě tak špatně oproti jiným)		
	kapitál mateřství		
	sebe péče		
	dočasnost		

oblasti s ohledem na pečující povinnosti samozřejmé a některé z nich dokonce na čas přestaly pracovat, aby mohly pečovat o své děti. Zejména samoživitelky vnímaly snížení financí spojené s péčí o děti jako dlouhodobě neúnosné. Jejich příjem býval mnohdy jediným finančním zdrojem, protože jejich partneři se na obživě rodiny nepodíleli, případně jen okrajově.

Ze začátku jsem byla nějakou dobu na ošetřovném. Ale potom už jsem se musela vrátit do práce, už to nebylo možné, tak babička pomáhala (s péčí o dítě).

(Tamara, 30–39 let, samoživitelka, 1 dítě 9 let, plicní ambulance)

Svoje zapojení ve formální oblasti tak neinterpretovaly jako hrdinství, ale spíše jako ekonomickou nutnost danou (spolu)živitelstvím.

Zdravotní sestry během pandemie covidu-19 hovořily o specifickém postavení v pracovním prostředí s ohledem na svoje rodičovství. Částečně vnímaly, že v zaměstnání uznávají jejich nepostradatelnost a oceňují, že i přes závazky neformální péče zůstávají v pracovním procesu. Jako zvláště nepostradatelné samy sebe vnímaly sestry pracující na covidových odděleních, a to s ohledem na nedostatek sester a svoji specializaci. I mimo pandemii bylo rodičovství v pracovních kolektivech často bráno jako zásadní pro vznášení specifických požadavků na rozdělení směn. V zaměstnání se nejvíce vyčázelo vstříc matkám samoživitelkám (předpokládalo se, že nemohou péči delegovat na partnera), dále pak rodičům malých dětí (nejvíce těm s nejmenšími dětmi). Rodiče starších dětí pak byli vnímáni jako více flexibilní. Během pandemie fungovaly tyto hierarchie obdobně, jednalo se o vyjednávání, kdo dostane těžší směny, více přesčasů apod. Silva takto hovořila o rozhodování o tom, kdo půjde pracovat na oddělení s covid pozitivními pacienty a pacientkami:

Nakonec tam vypsala asi dvě sestřičky, které jsou nejmladší a bezdětné, kde ta rizika pro rodinu, kterou by měly doma, byla menší než pro ty ostatní.

(Silva, 30–39 let, žije s přítelem, 1 dítě 4 roky, neurologie)

Rodičům malých dětí bylo spíše umožněno si vybrat, zda budou pracovat na nejtěžších odděleních. Pro ně pak bylo rodičovství akceptovatelnou výmluvou, že na těchto odděleních nepracují. Odmítnutí pro ně v jejich vlastních očích neznamenal ztrátu profesionality. Na jedné straně tak docházelo k prostupování femininních aspektů do maskulinní oblasti profesionality – jak i zdůrazňuje literatura (Wenham et al. 2020), neformální péče byla více přítomná a viditelná a zde je vidět, že i uznávaná. Na straně druhé je riziko, že prostupování femininních rysů do oblasti profesionality bude přispívat k chápání formální péče jako poloprofesionální nebo femininní profesionality (Bolton 2005).

Nepostradatelnost zdravotních sester s dětmi byla vyjádřena nejen vycházením jím vstříc rozložením směn, ale také v tom, že byla více akceptovatelná přítomnost dětí a domácích záležitostí na pracovišti. Zdravotní sestry mimo pandemii hovořily často o profesní oblasti jako striktně oddělené od domácí sféry kvůli organizaci práce (nutnosti být na pracovišti, systému směn apod.). V pandemii se hranice rozmazávaly – některé děti trávily čas na pracovišti rodičů, běžné byly telefonické konzultace učiva či chodu domácnosti v rámci pracovních směn. Vycházení vstříc těmto potřebám bylo interpretováno mnohdy jako vstřícný krok ženského kolektivu, který chápe potřeby matek. Přestože mimo pandemii byl pracovní rámec chápán jako nekompatibilní s péčí o děti během pracovní doby, v pandemii docházelo k přerámování, a to přesto, že zdravotní sestry měly mnohdy doma manžele, kteří by danou situaci mohli vyřešit.

K odmítnutí hrdinství docházelo i tak, že profesní oblast částečně nebyla konstruována jako oblast „vytížení“, ale naopak jako oblast „odpočinku“ ve vztahu k domácí oblasti. Zvýšené požadavky spojené s mateřskou rolí vedly zdravotní sestry k tomu, že chápaly tuto oblast jako více zatěžující. Pandemická nastavení do velké míry omezila možnosti volného času či seberealizace, v tomto smyslu tak označovaly právě formální oblast – nahrazovala například sociální kontakt. V tomto opět můžeme spatřovat rozvolňování genderových představ o správné matce, která je zcela oddaná domácnosti a dětem.

Profesionálka

Zdravotní sestry vnímaly jako součást chápání sebe sama jako „dobré profesionálky“ v běžném provozu na jedné straně poskytování osobní, mnohdy empatické péče, na straně druhé nutnost zvládat emočně náročné situace, jako například smrt. Během pandemie se ovšem stávala empatická péče pro některé obtížnější. Větší množství pacientů a pacientek (především sester pracujících na covidových odděleních), práce v ochranných pomůckách a zvýšená administrativa znamenaly pro zdravotní sestry pocit selhávání v profesionální roli, protože dle jejich názoru snižovaly kvalitu péče, nebo péče nebyla tolik osobní. Náročné situace, které zažívaly zejména sestry pracující na covidových odděleních, pro některé představovaly součást jejich profesionální role, jiné situaci považovaly za neúnosnou (a třeba se psychicky zhroutily) a hledaly způsoby, jak se opět vrátit do „profesionality“ a naučit se pracovat v takovýchto podmínkách. Součástí chápání sebe sama jako profesionálky byla i profesionální zodpovědnost ke kolegyním a kolegům a důraz na kvalitu poskytované péče. Obojí bylo argumentem, proč během pandemie nepřestat vykonávat formální péči. Na jednu stranu zde dochází k definování a „dělání“ profesionality na základě péče, empatie apod., které jsou kulturně chápány jako femininní, a tedy k rozvolňování maskulinního chápání profesionality. Zároveň ale může být právě kladení důrazu jak na empatickou osob-

ní péči (kulturně spojovanou s femininními rysy) a zároveň zachování profesionality s maskulinními konotacemi pro zdravotní sestry náročné.

Během pandemie covidu-19 docházelo u některých zdravotních sester (především těch z covidových oddělení) k redefinici vztahu s lékaři či lékařkami. Mnohdy chápaly sebe sama ve zvládání pandemie jako ty důležitější, protože vykonávaly osobní péči a břemeno té nejtěžší práce s nemocnými padlo na ně. Naopak případy, kdy lékaři či lékařky ustoupili ze své pozice odborníka či odbornice a vykonávali osobní péči, vnímaly zdravotní sestry jako největší zdroj uznání – nejen jako pomoc ulehčující náročnou práci, ale i jako rozpoznání symbolické hodnoty jejich péče:

To, že vedoucí lékař nebo staniční sestra s námi chodili do toho covidu, bylo podle mě důležitější než nějaké peníze. Z té psychické stránky mi to víc ukázalo podporu vedení. Že nás do toho nehodí a nebudou si někde pít káféčko na ředitelství, ale že opravdu s námi prožívají ty hrůzy. Že s námi soucítí a že se snaží nám aspoň minimálně takovýmhle gestem poděkovat a podržet nás psychicky. (Františka, 30–39 let, žije s přítelem, 2 děti 10 a 3 roky, JIP)

Sestra-matka

Mateřství a rodičovství obecně bylo v rozhovorech vnímáno jako specifický druh kapitálu, který je využitelný v práci zdravotní sestry. Kromě běžných charakteristik spojovaných s péčí byla s pandemií spojována psychická odolnost. Jedna ze sester zmiňovala, že ji mateřství vybavilo psychickou stabilitou, která jí pomohla zvládnout obtížné situace:

My s dětmi jsme to někdy zvládaly lépe než ty bez dětí. Nebo jestli je to těmi roky, že už mě tolik něco nevezme, protože jsem toho už zažila hodně. Takže opravdu něco vytěsním, udělám si svoji práci a domů si to neberu. Samozřejmě mladé holky po škole, což je normální a bývá to, tak si to podle mě vzaly i domů, takže já bych řekla, že my matky jsme to zvládaly lépe. (Liběna, 40–49 let, rozvedená samoživitelka, 2 děti 9 a 12 let, JIP)

Mateřství tak bylo konstruováno na jednu stranu jako určitý druh profesionality s maskulinními konotacemi, kdy je třeba zvládat velký tlak a podávat dostatečný výkon apod. Zároveň ale tento přístup vytvářel představu o tom, že součástí jak identity matky, tak zdravotnice je zvládnutí větší zátěže v době pandemie. Prolínání maskulinních rysů profesionality a femininních rysů péče jak v domácí oblasti (matka jako manažerka domácnosti zvládající velký výkon), tak v oblasti profesní (čerpání zkušeností z rolí žen v profesní oblasti) může vést jak k dělání, tak k rozvolňování genderu. Na jednu stranu se redefinují femininní role, na straně druhé zdravotní sestry pomocí

prolínání femininních a maskulinních aspektů vytváří představu o samozřejmosti vykonávaných úkolů v domácí i profesní oblasti, a to během zvýšené náročnosti pandemického období.

Individuální potřeby

Součástí chápání sebe sama jako profesionálky – zdravotní sestry bylo také upřednostňování péče o druhé před péčí o sebe. Pandemie tento důraz prohloubila vzhledem k větším potřebám zapojení ve formální oblasti a restrikcím spojeným s trávením volného času nebo omezeným možností dojít si k lékaři. Zatížení formální a neformální péčí a upozadování péče o sebe sama bylo vnímáno jako dočasné, omezené na dobu pandemie. V některých případech zdravotní sestry zatížení zlehčovaly tím, že se srovnávaly s těmi, „které jsou na tom hůře“ – ty, které neměly možnost na někoho delegovat péči o děti (takto chápaly zejména matky samoživitelky). Pokud svoji situaci vnímaly jako „zvládnutelnou“ a péči o děti jako něco, co „mohou vyřešit“, tak považovaly za samozřejmé, že pracují. Péče o děti jako důvod nepracovat tak byla chápána jako ospravedlnitelná pouze v případě, že z jejich pohledu nebyla jiná možnost.

Matka (neformální péče formální pečovatelky)

Hrdinka?

Podobně jako zdravotní sestry nevnímaly samy sebe jako hrdinky v oblasti formální péče, tak ani v oblasti neformální tomu nebylo jinak. Zapojení ve formální péči v době pandemie však braly jako argument pro nastavení vztahů v domácnosti. Profesní zapojení zdravotních sester během pandemie nebylo zpochybňováno, a to ani v případech, kdy bylo značně intenzivní a ony měly velmi malé děti. Mezi argumenty patřila potřebnost profese zdravotních sester v době pandemie a jejich neflexibilní pracovní rozvrh. Zdravotní sestry rámovaly péči o děti jako problém celé rodiny: „*Musela se zapojit celá rodina, nic se nedalo dělat. Myslím, že v tomhle jsme byli daleko více se-mknutí.*“ (Helena, 40–49 let, vdaná, 3 děti 12, 21 a 23 let, gynekologie)

Partneři zdravotních sester přebírali v domácnosti část činností mimo jiné proto, že byli v mnohých případech více přítomni (pracovali z domova). Většinou ale v domácnosti nezastávali stejné činnosti jako ženy – v oblasti péče o děti se jednalo spíše o „hraní si“ a učení se než o komplexní zajištění péče o děti a domácnost. V některých případech zdravotní sestry dokonce hovořily o tom, že se jim během pandemie rozšířila domácí péče také na péči o partnery: „*Byl jako další dítě, on se věnoval těm svým věcem.*“ (Gabriela, 40–49 let, vdaná, 3 děti 18, 16 a 10 let, neonatologie) V některých případech ale právě kvůli vyššímu zapojení zdravotních sester v profesní oblasti a díky uznání potřeby jejich práce docházelo k obrácení rolí:

Já jsem vždycky akorát přišla domů, jednou za čas jsem vysála a zapnula jsem pračku. Jinak všechno bylo na něm. Což mi v žádném případě nevychítal, a ono to teď takhle i vesměs zůstalo. (...) Takže on je teď taková hospodyňka. Nějak se mi do toho nechce vracet zpátky. (Františka, 30–39 let, žije s přítelem, 2 děti 10 a 3 roky, JIP)

Z citace je vidět, že přestože došlo k prohození rolí, Františka stále chápe zajištění péče o domácnost jako svůj úkol – předpokládá, že by jí změnu nastavení mohl partner vyčítat, a cítí vděčnost, že tomu tak není. Převrácení rolí bylo spíše výjimkou. Františka si navíc nebyla jistá, jestli toto rozdělení bude přetrvávat i po skončení pandemie, kdy partner nebude pracovat z domova a jeho zapojení nebude vnímáno jako nezbytné (přestože se její zapojení v pracovní oblasti příliš nezmění).

Na jednu stranu sice docházelo k vyššímu zapojování mužů v neformální sféře, zdravotní sestry ale kladly důraz na to, že zajišťují hlavní část péče o děti, a tak potvrzovaly tradiční genderové identity i přes vysoké zapojení v pracovní oblasti. Potvrzoval to i případ Františky, která prohození rolí ve svém případě chápala jako nenaplnění nároků na to, jak by správně měla být dělána feminita.

Před covidem jsem se starala o děti hodně a partner částečně vypomáhal. A začal covid a museli jsme si ty role úplně obrátit. Teď přes léto už jsem se dostala zpátky k dětem blíž. Ale trochu to zamrzí, když ta tříletá dřív běžela za mnou, když se jí něco stalo, a teď běží za tatínkem. (Františka, 30–39 let, žije s přítelem, 2 děti 10 a 3 roky, JIP)

Také prarodiče v mnohých případech chápali profesní zapojení zdravotních sester jako důležité a zapojovali se do péče o děti. Zapojení však bylo velmi různorodé s ohledem na pandemickou situaci a jejich osobní postavení – od občasného hlídání až po dlouhodobější pobyty v době nejpřísnějších lockdownů. Pandemie vyvolávala obavy z rizika nakažení, a to zejména u starších prarodičů⁷. Péči zajišťovanou prarodiči komplikovaly i uzávěry okresů. Ne všichni prarodiče byli ochotni se do péče zapojit nebo bydleli daleko. Pomoc prarodičů nebyla interpretována jako narušující představu správných matek (představu o „správném“ děláni genderu), a to ani v případech, kdy byla rozsáhlejšího charakteru. Role prarodičů byla chápána jako samozřejmá („Babíčka musela fungovat.“ [Tamara, 30–39 let, samoživitelka, 1 dítě 9 let, plicní ambulance]) zejména u žen samoživelek, které nemohly péči delegovat na partnera.

V rámci rodiny tedy docházelo k částečnému rozvolňování genderu skrze uznání profesionální role zdravotní sestry a neproblematizování jejího zapojení v profesní

⁷ Dotazované zdravotní sestry byly ve věku od 27 do 58 let a prarodiče tak byli ve velmi různém věku.

sféře. Ženy ale spíše svoje genderové identity udržovaly, a to zejména tím, že nekonstruovaly svoje profesní zapojení jako „hrdinství“. Zároveň také zachovávaly genderový řád důrazem na svoji hlavní roli v neformální péči zejména tím, že organizovaly domácí péči a udržovaly si zde hlavní roli, přestože zapojení partnerů a prarodičů bylo vyšší.

Matka-sestra

Znalosti, vybavení a kompetence z profesní oblasti vnímaly zdravotní sestry jako nástroje, které jim umožňovaly být dobrými matkami i přes to, že pracují během pandemie v rizikovém povolání. Například dostupnější ochranné pomůcky a lepší přístup k očkování byly v jejich očích způsobem, jak zajistit lepší ochranu.

Některé komunikační partnerky hovořily o podobnosti kompetencí, které využívají v profesní a domácí oblasti. Konkrétně byly jmenovány například managementové schopnosti – Natálie mluvila o tom, že si v práci musí umět poradit v krizové situaci, a chápala to jako schopnost, která se jí hodí i při řešení krizových situací doma, zejména během pandemie:

Pohlídají rodiče, prarodiče, kamarádka. V tomhle jsou sestry dost schopné se domluvit, zorganizovat. Musíme řešit velmi často krizové nebo nečekané situace v rámci směny. Takže v tomhle jsme hodně kreativní. (Natálie, 50–59 let, rozvedená, 3 děti 12, 18 a 21 let, interna)

Matky-profesionálky tak zvýšené vypětí normalizovaly a odkazovaly k tomu, že je to něco, co zažívají běžně. Práci zdravotní sestry chápaly jako pokračování svojí role matky a potvrzovaly tak konformní představy o tom, že tato profese nevyžaduje specifické schopnosti a kvalifikaci (viz Bolton 2005). Tento postoj mohl v důsledku vést k tomu, že chápaly svoje vyšší zapojení v profesní oblasti jako „přirozené“ a „samozřejmé“, a tudíž nevyžadující speciální uznání.

Neformální péče jako osobní zodpovědnost (matky)

Přestože situace spojená s pandemií covidu-19 přinášela většině z dotázaných větší zátěž v oblasti domácí, nevnímaly zajištění péče o děti jako tak zásadní problém. Částečně to mohlo být dáno nastavením výzkumné situace, kdy zvládnutí zvýšeného vypětí v obou sférách bylo určitou konstrukcí pozitivního obrazu o sobě samé před výzkumníci. Zdravotní sestry mohly očekávat, že samozřejmě zvládnutí náročné situace bude hodnoceno jako něco „správného“. Zároveň se v rozhovorech ukazovalo, že mají pro zajištění péče o děti zaběhnuté postupy vycházející z poměrně striktního nastavení pracovního rámce, kdy není možné během práce pečovat o děti (například formou práce z domova) a směny bývají dlouhé, a využívají je i v době pandemie. Bylo tak nutné mít někoho, kdo péči během pracovní doby zajistí. Nejčastěji k tomu docházelo (i mimo pandemii)

v rodině – péče o děti byla vnímána jako individuální zodpovědnost matky, partnera a případně nejbližší rodiny: „Vždycky jsme si vystačili sami. My jsme ty děti chtěli, tak jsme se o ně taky sami postarali.“ (Gabriela, 40–49 let, vdaná, 3 děti 18, 16 a 10 let, neonatologie) Do 3 let věku zajišťovala péči prakticky výhradně rodina, což zdravotní sestry považovaly za samozřejmost a benefit pro děti. Využití institucí bylo pouze okrajové, vnímané jako „zábava“, která ovšem není nezbytně nutná, chyběly argumenty jako socializace, výchova apod., které by dětem chyběly. Během pandemie covidu-19 tak zdravotní sestry neviděly zavírání institucí pro mladší děti jako problém. Například Jarmila dávala před pandemií dítě do soukromé školky pro děti do 3 let, ovšem během uzávěři si vyzkoušela, že to jde i bez školky, a preferovala tuto variantu i nadále:

My jsme potom řekli, že počkáme, až bude mít tři roky, a dáme ji do státní školky. Když už jsme to zvládli v době covidu, tak jsme si říkali, že pak už to pro nás nebude tak náročné. (Jarmila, 20–29 let, žije s přítelem, 1 dítě 3 roky, JIP)

V některých případech dokonce sestry interpretovaly uzávěry institucí pro malé děti jako benefit, že dítě může být déle s rodinou doma. I v době, kdy zařízení péče o děti začala fungovat, je do nich neposílaly. Obávaly se, že ony samy budou v karanténě či nakažené, a tudíž nebudou schopny chodit do práce. Péče o děti starší 3 let už nebyla vnímána jako výhradně úkol rodiny, ale institucionální zajištění stále nebylo považováno za dostatečné pro pracovní rozvrh zdravotních sester – jejich pracovní doba (směnnost apod.) neodpovídala běžnému provozu školek a škol.

Ani během pandemie zdravotní sestry nespolehaly na institucionální pomoc. Zmiňovaly, že byly možnosti, jak dítě i v době zavřených škol umístit do institucionální péče (sběrné školy a školky pro zdravotníky a zdravotnice). Tyto instituce pro ně však nebyly „dostupné“ (kapacitně či vzdáleností) nebo „vhodné“. Zároveň ale v rozhovorech přiznaly, že konkrétní podmínky sběrných institucí nezjišťovaly. To bylo opět podpořeno argumentem, že pokud jsou schopny si péči zajistit v rodině, je institucionální podpora až poslední možností. V tomto se projevoval dialektický vztah mezi nedostatkem institucionálního zajištění péče o děti a nedůvěrou v ní. Je tak patrné vzájemné posilování důrazu na individuální řešení ve vztahu jedince a strukturálního nastavení (West, Zimmerman 1987), které v důsledku více ovlivňuje ženy.

Zdravotní sestry zároveň kladly velký důraz na to, že jsou (nejen) během pandemie, schopné vše zvládnout samy. Zvládnutí zvýšených nároků v obou sférách jim umožňovalo naplnit představu o dobré profesionálce a zároveň dobré matce. Externí pomoc v oblasti individuálního hlídání, úklidu domácnosti apod. vnímaly jako poslední možnost, k jejímuž využití je nepřiměřela ani pandemie. Příkladem byla Gabriela, která i přes vysoké zatížení považovala za nutné zajistit nákup vlastními silami, a to i přesto, že ji omezovala zkrácená otevírací doba obchodů:

Ráno odcházím do práce v půl šesté, a než dojedu domů, tak je tři čtvrtě na osm. A měla jsem na to patnáct minut. A když mi sekuriták ťuká po dvanáctihodinové službě na rameno, že za patnáct minut zavírají, což já samozřejmě vím... To mě vytáčelo. Já sice chápu, že to byla jeho práce, ale já jsem věděla, že mám před sebou dvanáctku a že to prostě potřebuju uvařit, aby si to mohli ohřát. (Gabriela, 40–49 let, 3 děti 18, 16 a 10 let, neonatologie)

V některých případech používaly zdravotní sestry pandemii dokonce jako argument, proč nevyužít externí pomoci – například protože se bojí pouštět do domácnosti cizí osoby:

Nechci, aby mi někdo uklízel v domácnosti. Vzhledem k tomu, jak to teď vypadá, tak nemůžete věřit, jestli je ten člověk zdravý, nebo není. Asi jsou taky testování, ale nechci, aby mi cizí lidi chodili po bytě. (Aneta, 40–49 let, vdaná, 1 dítě 4 roky, sestra v nutriční ambulanci)

Z rozhovoru bylo patrné, že by Aneta pomoc nevyužila, ani kdyby nebylo riziko nákazy. Důvodem individuálních řešení bylo i to, že zdravotní sestry samy sebe vnímaly jako expertky na domácí práce a měly pocit, že nikdo jiný jim lépe neuklidí, neuvaří apod., a raději to udělají samy. Pocit, že musí zvládnout péči o děti a domácnost samy, spolu se zvýšenými nároky v pracovní i domácí oblasti vedly mnohdy k výčtkám, že péče, kterou věnují domácí sféře, není dostatečná, protože ji dle svého pohledu nezvládaly v takové kvalitě jako mimo pandemii. I v době krize tak konstruovaly svoji identitu ženy tím, že kladly důraz na konformitu v oblasti „dělání genderu“. Zvládání protichůdných požadavků z obou sfér pro ně bylo náročnější než pro ženy, které mohly během pandemie pracovat z domova. Přestože zvýšené nároky obou oblastí dopadaly na obě skupiny, ženy pracující z domova byly spokojené, že mohly kvůli přítomnosti doma lépe vyhovět svojí identitě s ohledem na koncept intenzivního mateřství, než kdyby byly na pracovišti (Somogyi et al. 2022). Oproti tomu zdravotní sestry, které byly více v práci, chápaly jako nutnost být ve svých praktikách v domácnosti ještě více konformnější, aby vyrovnaly svoji nepřítomnost.

Domácnost jako ženský prostor

Významnou roli v konstrukci sebe sama jako správné matky byly i narativy týkající se genderových konotací domácího prostoru. Management domácího prostoru souvisel s charakterem práce zdravotních sester – směnným provozem. Ten byl interpretován jako výhodný pro zvládání péče o domácnost, protože jim umožňoval domácí práce realizovat v době, kdy ostatní v domácnosti nebyli přítomni, a činit je neviditelnými. Zároveň jim nastavení pracovních směn umožňovalo vykonávat profesní práci jako

neviditelnou s ohledem na péči o děti, protože se například odehrávala v noci, kdy děti spaly. Ovšem pandemie zvýšila náročnost tohoto nastavení:

Většinou jsem se vyspala alespoň dvě hodiny. Měla jsem noční, pak jsem se starala o dceru, přes oběd jsme si odpočinuly, pak jsem šla na druhou noční za sebou. (Jarmila, 20–29 let, žije s přítelem, 1 dítě 3 roky, JIP)

Jarmila za sebou absolvovala dvě noční, mezi nimiž měla možnost si odpočinout, pouze když dcera spala. Vnímala pozitivně, že zvládla péči sama a na nikoho ji nemusela delegovat, ale vyčítala si, že mnohdy díky únavě nebyla dostatečně milá. V jejích očích tak ani extrémní pracovní vytížení nebylo omluvou pro to, aby slevovala ze své představy o správné matce.

Větší přítomnost mužů a dětí v domácnosti během pandemie byla ženami chápána jako neobvyklá. V běžném provozu mnohdy díky směnnému provozu měly domácnost „pro sebe“. Vnímaly ji jako svůj prostor, kde si primárně mohou odpočinout, ale také v klidu uklidit a uvařit. Gabriela vyřešila situaci následovně:

Nejvíce jsem trpěla tím, že nemám žádný osobní prostor v bytě. Protože když máte v každém pokoji starší děti, máte manžela se synem v obýváku, tak už to není o tom, že si třeba sednete na gauč a pustíte si televizi a budete tupě zírat na televizi, protože to malé dítě kouká na tu televizi s vámi. A jediná nevýhoda – já jsem to tak brala a mně to nevadilo – když přijдете domů po noční, tak si nemáte kam lehnout. Takže než začalo mrznout a byla velká zima, tak jsem si prostě uklidila balkon a spala jsem na balkoně. (Gabriela, 40–49 let, vdaná, 3 děti 18, 16 a 10 let, neonatologie)

Závěr

Pandemie covidu-19 je v literatuře konstruována jako situace radikálně měnící oblast péče, její význam (Bahn, Cohen, van der Meulen 2020) a jako velmi ovlivňující profesní a osobní život zdravotních sester. Naše práce se zaměřuje na pohledy zdravotních sester s dětmi do 12 let – na konstrukce identit a praktiky v kombinaci formální a neformální péče. Poskytuje tak reflexivní pohled z druhé strany – zejména zda došlo u dotazovaných zdravotních sester k proměně chápání sebe sama jako matky nebo zdravotní sestry, jestli se změnil pohled na význam péče jako takové a role v ní a jak jsou tyto představy genderované. Práce vychází ze specifického postavení zdravotních sester, a to zejména s ohledem na vysokou feminizaci profese (ČSÚ 2019), prolínání maskulinních a femininních konotací spojených s touto profesí (McIntosh, McQuaid, Munro 2020), symbolicky podřízený vztah k lékařům či lékařkám (Hoeve, Jansen,

Roodbol 2014) a charakter práce (zejména směnný provoz) (Garey 1995). Výsledky je potřeba interpretovat s ohledem na to, že jsme dotazovali zdravotní sestry, které během pandemie nepřestaly pracovat.

Teoretické zdroje poukazují na větší uznání formální péče během pandemie covidu-19 v celospolečenském měřítku (Bahn, Cohen, van der Meulen Rodgers 2020) díky klíčové roli zdravotníků a zdravotnic ve zvládnání pandemie. Naše práce přináší pohled zdravotních sester s malými dětmi specificky v České republice, který je v tomto ohledu značně rozporuplný. Zdravotní sestry chápaly zvládnání vyššího zatížení v oblasti domácí a pracovní jako součást role dobré matky a profesionálky, ale připouštěly psychické a fyzické vyčerpání (viz také Kabeer, Razavi, van der Meulen Rodgers 2021). Vyšší zatížení v pracovní oblasti konstruovaly zdravotní sestry buď jako něco běžného, nebo jako něco, co musejí jako profesionálky zvládnout. Potvrzovaly to i odmítáním představy o sobě jako hrdince pandemie (tato představa se objevovala ve veřejném prostoru, viz Galanti 2022). Výjimečnost situace a svého zapojení odmítaly i s argumentem lepšího vybavení a znalostí, které mají díky tomu, že pracují ve zdravotnictví (Ward-Griffin et al. 2015) a zároveň jsou matkami. Chápaly samy sebe jako lépe vybavené čelit pandemii a bránit svoje blízké díky zdravotnickému kapitálu a jako schopnější čelit náročným situacím díky zkušenosti matky (viz Bolton 2005). Představu hrdinství také narušovaly interpretace, které nebyly ve shodě s představou péče jako altruistické aktivity (McIntosh, McQuaid, Munro 2020) – v případech, kdy zdravotní sestry zmiňovaly, že během pandemie nepřestaly pracovat s ohledem na svoje živitelství, to nechápaly jako sebeobětování se. Docházelo zde k rozvolňování genderu, ovšem s důrazem na to, že se jednalo o nutnost, nikoliv vlastní volbu. V některých případech využívaly specifický svého povolání a zvládnání obou rolí jim umožňoval pracovní rámec – zejména využívání směnného provozu, kdy se profesní zapojení stávalo neviditelným, protože se odehrávalo například v noci (obdobně Garey 1995).

Zároveň dotázané zdravotní sestry vnímaly, že zvládnání zvýšené zátěže v oblasti péče o děti je potvrzením toho, že obstály jako matky. Chápaly péči o děti jako individuální zodpovědnost sebe a svojí rodiny a roli institucionální péče nevnímaly jako důležitou. To vycházelo z dlouhodobějších představ o tom, že péče o děti (zejména mladší 3 let) je věcí rodiny (Dudová 2007). Zároveň oproti běžným pracujícím byly zvyklé, že musí péči zajistit samy (s rodinou) a nemohou se na institucionální zajištění péče spolehnout. Během pandemie tak nedocházelo k přebírání péče, kterou dříve zajišťovaly instituce (Dudová, Křížková 2022), ale spíše k většímu důrazu na individuální řešení. Zdravotní sestry tak ve snaze být rozpoznány jako dobré matky vnímaly jako nutnost si péči o děti zajistit samy či v rodině a nedostatky institucionální podpory v této konstrukci nehrály roli. Pomoc v rámci rodiny byla samozřejmá s ohledem na uznání potřebnosti profesního zapojení zdravotních sester, mnohdy se ale jednalo pouze o hlídání dětí. Docházelo tak na jedné straně k rozvolňování genderových

představ a kladení většího důrazu na profesní zapojení žen, na druhé straně docházelo ze strany zdravotních sester k potvrzování genderového řádu vyšším důrazem na zvládání domácí péče i přes vyšší zatížení v profesní oblasti. Redefinice genderových rolí v rodině byla spíše výjimkou (tuto možnost ukazuje Carlson, Petts, Pepin 2021) a i v těchto případech využívaly sestry narativní konstrukce, které potvrzovaly nesamozřejmost a možnou dočasnost takového rozdělení rolí s nejistým trváním do budoucna. Celkově docházelo k normalizaci vyššího výkonu v obou sférách (viz obdobně Mohammed et al. 2021) a důrazu na individuální řešení (a nedůvěře či odmítání institucionální pomoci), čímž zdravotní sestry dokázaly ve svých očích obstát jako správné matky i jako profesionálky v souladu s požadavky „accountability“ (West, Zimmerman 1987).

Rodičovství tak bylo pro zdravotní sestry i v době pandemie sférou „dělání genderu“, a to i přes navýšení pracovní zátěže a odpovědnosti v profesní oblasti. Dotazované zdravotní sestry pokládaly péči o děti za svou povinnost jakožto ženy-matky, a i když do péče zapojovaly své partnery i prarodiče dětí, nadále v souladu s ideologií intenzivního mateřství ve svých narativech zdůrazňovaly, že se jedná primárně o jejich odpovědnost (viz také Budds et al. 2016; Faircloth 2014). Svou femininitu upevňovaly takovými praktikami, jako je zvládání všech domácích prací bez pomoci zvenčí, organizování domácí sféry i na dálku či rezignování na vlastní prostor a čas. Jejich profesní identita jim sice umožnila na čas opustit sféru domova, i ta byla ale silně spojena s „děláním femininity“ (Andrew et al. 2022): upřednostňování potřeb pacientů a pacientek a kolegů či kolegyně před svými potřebami (McIntosh et al. 2020), snaha, aby ani vyšší pracovní zátěž neomezila péči o jejich děti a domácnost, a vstupování domácí sféry do jejich pracovní doby a prostoru. Navýšení pracovní zátěže v době pandemie covidu-19 tedy zásadně neproměnilo jejich pracovní ani soukromé identity, pouze je vedlo k takovým praktikám, které jim umožnily tyto identity zachovat. Podmínkou pro to byla vnímaná krátkodobost této situace. V narativech zdravotních sester se projevovalo přijetí genderově esencialistické ideologie intenzivního mateřství společně s postsocialistickým diskurzivním rozporem (Oates-Indruchová 2002). Ten spočíval v koexistenci polistopadového nadšení pro retradicionalizaci genderových rolí a zároveň diskurzů a praxí přetrvávajících z předlistopadového období, podle kterých byla práce žen na plný úvazek a jejich ekonomická autonomie pokládána za samozřejmou. Komunikační partnerky konstruovaly své identity v době pandemie s využitím těchto zdrojů.

V důsledku neartikulovaly zvýšené nároky v obou sférách jako věc, kterou je třeba řešit veřejně. Zvyšování dvojího zatížení v pracovní a domácí sféře vedlo k upevnění tradičních genderových identit. Artikulovaná nespokojenost by pro ně znamenala selhání v jejich představě, co je to být správná žena a matka (podobně Steiner, Bronstein 2017) nebo profesionálka. Individuální řešení pak mohou mít dopady zejména v oblasti psychického a fyzického zdraví zdravotních sester. Zároveň je to precedent

pro budoucí obdobné situace, kdy může být větší vypětí chápáno jako sestrami zvládnutelné, vzhledem k tomu, že během pandemie už to jednou zvládly.

Dělání genderu se ve výzkumu promítalo také v tom, jak se zdravotní sestry sebezprezentovaly před výzkumníci-akademičkou. Silný důraz na zvládání obou rolí i přes zvýšené nároky formální i neformální sféry tak může být i důsledkem toho, že komunikační partnerky chtěly být chápány jako „úspěšné“ v obou rolích, a to nejen v očích výzkumnice, ale i potenciálního publika – těch, co budou výsledky výzkumu číst.

Mimo normalizaci vyššího zapojení jako součásti představy o správné zdravotní sestře a matce docházelo k menším změnám v představě o tom, kdo je správná pečující a jaké má její péče uznání v očích okolí. K reinterpretaci identity zdravotní sestry v některých případech docházelo ve vztahu k lékařům či lékařkám, zejména s ohledem na osobní péči, již vykonávají především zdravotní sestry, které jí přisuzovaly klíčový význam ve zvládání pandemie. Právě důraz na význam této péče v jejich očích vedl k problematizaci hierarchie vztahů s lékaři a lékařkami (Hoeve, Janses, Roodbol 2014). Pokud ji tito nevykonávali, stávali se v očích zdravotních sester pro zvládání pandemie nevýznamní, pokud ji vykonávali, vnímaly to naopak jako překonání nadřazeného vztahu a projev uznání. V dalším výzkumu by bylo vhodné se zaměřit na širší uznání péče ze strany lékařů a lékařek, ale i veřejnosti, a na to, zda jsou tyto změny dlouhodobějšího charakteru.

Během pandemie také docházelo k prohloubení rozpoznání potřeb zdravotních sester – matek v práci. Rodičovství bylo uznáno jako možný zdroj specifických nároků na rozložení směn či odmítnutí nejnáročnějších pracovních míst. Uznání bylo většinou navázáno na představu sdílené zkušenosti rodičovství a vzájemného respektu, který pramenil z toho, že se jednalo o převážně ženské kolektivy. Docházelo tak k prolínání maskulinních aspektů profesionality, která rodinnou sféru činí neviditelnou (Regenold, Vindrola-Padros 2021), a femininních aspektů „ženské zkušenosti“ mateřství. Uznání rodičovství na jednu stranu zviditelnilo potřeby pečujících v neformální oblasti, na straně druhé zvýšilo prolínání obou sfér, a to zejména prostřednictvím řešení domácích záležitostí v pracovní době (podobně Wenham, Smith, Morgan 2020). Zviditelnil se tak genderový charakter prostoru a času během pandemie a jeho dočasná či trvalá změna (viz Mallett, Marks, Skountridaki 2020). Zdravotní sestry v běžném provozu považovaly toto prolínání za nemožné s ohledem na striktní pracovní rámec (nemožnost práce z domova a směnný provoz), najednou se ale stalo běžnou součástí a bylo zdrojem vyššího stresu. Zviditelnění potřeb neformální péče matek na pracovišti a s tím spojené úlevy v pracovní oblasti ale fungovaly také jako nástroj pro normalizaci vyššího vypětí. Změny v tomto nastavení, jejich trvalost a vliv na genderové vztahy by bylo dále vhodné zkoumat.

Práce ale ukazuje také na to, jak zdravotní sestry vyjednávaly, co vše je součástí jejich identit – zdravotních sester i matek. Chtěly dostat představě o správné matce,

což znamenalo zvládnout vyšší nároky v domácí sféře v kombinaci s vyššími nároky v pracovní sféře. Zatímco neposkytnutí servisu dětem (a mnohdy i manželovi) chápaly jako selhání, svoji (zvýšenou) fyzickou nepřítomnost nekonstruovaly jako problematickou, protože byla chápána jako běžná i mimo pandemii. Zároveň byla během pandemie nabourávána i představa o povaze profesní péče a toho, co vše je její součástí. Zdravotní sestry vnímaly poskytovanou péči jako méně osobní, více mechanickou a mnohdy ne tak kvalitní. Dostávaly se i do etických dilemat například v tom, kolik psychického (například s ohledem na počty úmrtí) a fyzického vypětí je možné považovat za součást identity profesionální pečující. To vše vedlo ke zvyšování stresu pramenícího z toho, že poskytovaná péče neodpovídá jejich představám o správné péči.

V této práci jsme analyzovali rozhovory se zdravotními sestrami na různých pracovištích, která byla více či méně zasažena pandemií. Toto různorodé zaměření bylo dáno zejména složitostí situace zdravotních sester během pandemie a jejich časovým vytížením, a tedy nízkou ochotou participovat na výzkumu. Vliv variability pracovišť jsme spatřovali zejména v oblasti chápání toho, co je to profesionalita a konstrukce sebe sama jako hrdinky v profesní oblasti. Zaměření se na specifitu jednotlivých zdravotnických oddělení by bylo vhodným tématem pro další výzkum.

Literatura


- Andrew, L., K. Robinson, J. Dare, L. Costello. 2022. Nursing Students Doing Gender: Implications for Higher Education and the Nursing Profession. *Nursing Inquiry* 30 (1): e12516, <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nin.12516>.
- Arber, S., J. Ginn. 2007. 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>.
- Bahn, K., J. Cohen, Y. van der Meulen Rodgers. 2020. A Feminist Perspective on COVID-19 and the Value of Care Work Globally. *Gender, Work and Organization* 27 (5): 695–699, <https://doi.org/10.1111/gwao.12459>.
- Bolton, S. C. 2005. Women's Work, Dirty Work: The Gynaecology Nurse As "Other." *Gender, Work and Organization* 12 (2): 169–186, <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2005.00268.x>.
- Braun, V., V. Clarke. 2006. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3 (2): 77–101, <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Budds, K., M. K. Hogg, E. N. Banister, M. Dixon. 2016. Parenting Agendas: An Empirical Study of Intensive Mothering and Infant Cognitive Development. *The Sociological Review* 65 (2): 336–352, <https://doi.org/10.1177/0038026116672812>.
- Burke, P. 2020. Identity. Pp. 63–78 in P. Kivisto (ed.). *The Cambridge Handbook of Social Theory: Volume 2: Contemporary Theories and Issues*. Vol. 2. Cambridge: Cambridge University Press, <https://doi.org/10.1017/9781316677452.005>.
- Butler, J. 1990. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London: Routledge.

- Carlson, D. L., R. Petts, J. R. Pepin. 2021. Changes in Parents' Domestic Labor During the COVID-19 Pandemic. *Sociological Inquiry* 92 (3): 1217–1244, <https://doi.org/10.1111/soin.12459>.
- ČSÚ. 2018. Zaostřeno na ženy a muže – 2018. Staženo 2. 1. 2021 (<https://www.czso.cz/csu/czso/zaostreno-na-zeny-a-muze-ffhk87f13g>).
- ČSÚ. 2019. Struktura mezd zaměstnanců – 2019. Staženo 2. 1. 2021 (<https://www.czso.cz/csu/czso/struktura-mezd-zamestnancu-2019>).
- ČSÚ. 2021. Zaostřeno na ženy a muže – 2021. Staženo 29. 9. 2022 (<https://www.czso.cz/csu/czso/zaostreno-na-zeny-a-muze-s9uog5djz>).
- Cummins, M. W., G. E. Brannon. 2022. Mothering in a Pandemic: Navigating Care Work, Intensive Motherhood, and COVID-19. *Gender Issues* 39 (2): 123–141, <https://doi.org/10.1007/s12147-022-09295-w>.
- Davies, C. 1996. The Sociology of Professions and the Profession of Gender. *Sociology* 30 (4): 661–678, <https://doi.org/10.1177/0038038596030004003>.
- Dudová, R. 2007. Jak být dobrou matkou – strategie kombinace práce a rodiny a hegemonický diskurz mateřství. In *Ženy na trhu práce: realita a perspektivy*. Praha: Gender Studies.
- Dudová, R. 2021. Péče jako individuální odpovědnost a prohloubení ekonomického znevýhodnění sólo matek v pandemii covid-19. *Gender a výzkum* 22 (2): 110–137, <https://doi.org/10.13060/gav.2021.022>.
- Dudová, R., A. Křížková. 2022. Zvýšené nároky péče o děti v době pandemie covidu-19: péče jako břemeno, nebo příležitost? *Sociologický časopis* 58 (4): 401–426, <https://doi.org/10.13060/csr.2022.026>.
- England, P. 2005. Emerging Theories of Care Work. *Annual Review of Sociology* 31: 381–399, <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.31.041304.122317>.
- Ezzeddine, P., M. Kotišová, R. Dudová, P. Redlová, Z. Uhde, M. Vohlídalová, A. Wagnerová, L. Wichterlová. 2012. *Pečuj a vypečeme tě: Zpráva o neplacené práci v ČR*. Praha: Gender Studies, o.p.s.
- Faircloth, C. 2014. Intensive Parenting and the Expansion of Parenting. Pp. 25–50 in E. Lee, J. Bristow, C. Faircloth, J. Macvarish (eds.). *Parenting Culture Studies*. London: Palgrave Macmillan UK, https://doi.org/10.1057/9781137304612_2.
- Galanti, C. 2022. National Heroes, Disposable Workers. How Collective Action in the Health and Social Care Sector During the Pandemic Negotiated with the Self-sacrificing Worker Ideal. *Gender, Work and Organization*, <https://doi.org/10.1111/gwao.12852>.
- Garey, A. I. 1995. Constructing Motherhood on the Night Shift: "Working Mothers" as "Stay-at-home Moms". *Qualitative Sociology* 18 (4): 415–437, <https://doi.org/10.1007/BF02404489>.
- Giddens, A. 1991. *Modernity and Self Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Hašková, H., R. Dudová, L. Formanková, H. Maříková, L. Oates-Indruchová, M. Švarcová, M. Vohlídalová. 2022. Gender a změny v dělbě práce v domácnostech s dětmi v době pandemie covidu-19. *Sociologický časopis* 58 (4): 427–56, <https://doi.org/10.13060/csr.2022.025>.

- Hays, S. 1996. *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven: Yale University Press.
- Hoeve, Y. ten, G. Jansen, P. Roodbol. 2014. The Nursing Profession: Public Image, Self-concept and Professional Identity. A Discussion Paper. *Journal of Advanced Nursing* 70 (2): 295–309, <https://doi.org/10.1111/jan.12177>.
- ISSP. 2012. ZA5900: Family and Changing Gender Roles IV.
- Kabeer, N., S. Razavi, Y. van der Meulen Rodgers. 2021. Feminist Economic Perspectives on the COVID-19 Pandemic. *Feminist Economics* 27 (1-2): 1–29, <https://doi.org/10.1080/13545701.2021.1876906>.
- Křížková, A., K. Pospíšilová, H. Maříková, R. Marková Volejníčková. 2018. *Rozdíly v odměňování žen a mužů v ČR. pracoviště, zaměstnání, stejná práce a rozklad faktorů*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Lorber, J. 2011. The Social Construction of Gender. Pp. 276–283 in D. Grusky, S. Szelenyi (eds.). *The inequality reader: Contemporary and foundational readings in race, class, and gender*. Boulder, CO: Westview Press.
- Mallett, O., A. Marks, L. Skountridaki. 2020. Where Does Work Belong Anymore? The Implications of Intensive Homebased Working. *Gender in Management* 35 (7-8): 657–665, <https://doi.org/10.1108/GM-06-2020-0173>.
- McIntosh, B., R. McQuaid, A. Munro. 2020. The Impact of Gender Perceptions and Professional Values on Women's Careers in Nursing. *Gender in Management: An International Journal* 30 (1): 26–43, <https://doi.org/10.1108/GM-12-2013-0135>.
- Mills, J., A. Aubeeluck. 2006. Nurses' Experiences of Caring for Their Own Family Members. *British Journal of Nursing* 15 (3): 160–165, <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.3.20515>.
- Mohammed, S., E. Peter, T. Killackey, J. Maciver. 2021. The "Nurse as Hero" Discourse in the COVID-19 Pandemic: A Poststructural Discourse Analysis. *International Journal of Nursing Studies* 117, 103887, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103887>.
- Mouralová, M., E. M. Hejzlarová. 2022. Proč učitelky nechodí na ošetřovačku? Emoční strategie, mikropolitiky a sebepojetí učitelek s malými dětmi v době pandemie. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 58 (5): 477–508, <https://doi.org/10.13060/csr.2022.027>.
- Oates-Indruchová, L. 2002. *Discourses of Gender in Pre- and Post- 1989 Czech Culture*. Pardubice: Univerzita Pardubice.
- Ozkazanc-Pan, B., A. Pullen. 2021. Reimagining Value: A Feminist Commentary in the Midst of the COVID-19 Pandemic. *Gender, Work and Organization* 28 (1): 1–7, <https://doi.org/10.1111/gwao.12591>.
- Parsons, T. 1951. *The Social System*. Glencoe, IL: Free Press.
- Reckwitz, A. 2002. Toward a Theory of Social Practices: A Development in Culturalist Theorizing. *European Journal of Social Theory* 5 (2): 243–63, <https://doi.org/10.1177/1368431022225432>.
- Regenold, N., C. Vindrola-Padros. 2021. Gender Matters: A Gender Analysis of Healthcare Workers' Experiences during the First COVID-19 Pandemic Peak in England. *Social Sciences* 10 (2): 1–22, <https://doi.org/10.3390/socsci10020043>.

- Somogyi, N., B. Nagy, R. Geambaşu, O. Gergely. 2022. 'The Children, the Family, the Household, and Myself, these Made the Quarantine Up for Me, and I Was Really Happy with It' – Positive Evaluations of the First COVID-19 Lockdown among Middle-class Hungarian Mothers. *Journal of Family Studies*, <https://doi.org/10.1080/13229400.2022.2103017>.
- statista.com. 2021. Duration of School Lockdown Caused by Coronavirus (COVID-19) Pandemic Outbreak in Central Eastern European (CEE) Countries in 2021. Staženo 5. 9. 2022 (<https://www.statista.com/statistics/1233186/cee-school-lockdown-duration>).
- Steiner, L., C. Bronstein. 2017. Leave a Comment: Mommyblogs and the Everyday Struggle to Reclaim Parenthood. *Feminist Media Studies* 17 (1): 59–76, <https://doi.org/10.1080/14680777.2017.1261840>.
- Ward-Griffin, C. 2004. Nurses as Caregivers of Elderly Relatives: Negotiating Personal Boundaries. *Canadian Journal of Nursing Research* 36 (1): 92–114.
- Ward-Griffin, C., J. B. Brown, O. St-Amant, N. Sutherland, A. Martin-Matthews, J. Keefe, M. Kerr. 2015. Nurses Negotiating Professional–Familial Care Boundaries: Striving for Balance Within Double Duty Caregiving. *Journal of Family Nursing* 21 (1): 57–85, <https://doi.org/10.1177/1074840714562645>.
- Wenham, C., J. Smith, R. Morgan. 2020. COVID-19 is an Opportunity for Gender Equality within the Workplace and at Home. *British Medical Journal* 369 (April), 19–21, <https://doi.org/10.1136/bmj.m1546>.
- West, C., S. Fenstermaker. 1995. Doing Difference. *Gender & Society* 9 (1): 8–37, <https://doi.org/10.1177/089124395009001002>.
- West, C., D.H. Zimmerman. 1987. Doing Gender. *Gender and Society* 1 (2): 125–151, <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>.
- Whiley, L.A., H. Sayer, M. Juanchich. 2021. Motherhood and Guilt in a Pandemic: Negotiating the 'New' Normal with a Feminist Identity. *Gender, Work and Organization* 28 (S2): 612–619, <https://doi.org/10.1111/gwao.12613>.

 BY-NC Marie Pospíšilová, 2023.

 BY-NC Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2023.

PhDr. Marie Pospíšilová, Ph.D., je postdoktorandkou v oddělení Gender & sociologie Sociologického ústavu Akademie věd ČR. Ve své vědecké práci se zaměřuje na genderový rozměr dopadů pandemie covidu-19 na oblast formální a neformální péče a na podnikání. Mimo to zkoumá oblast digitalizace, stárnutí a digitální interakce. Kontaktní e-mail: marie.pospisilova@soc.cas.cz.