

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Antropologický výzkum genderu v lékařství**

**Barbora Valešová**

Plzeň 2012

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra antropologie

**Studijní program Antropologie**

**Studijní obor Sociální a kulturní antropologie**

**Bakalářská práce**

**Antropologický výzkum genderu v lékařství**

Barbora Valešová

*Vedoucí práce:*

PhDr. Michal Tošner, Ph.D.

Katedra antropologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2012

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedených pramenů a literatury.

*Plzeň, duben 2012*

.....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala především PhDr. Michalovi Tošnerovi Ph.D. za jeho cenné rady a připomínky, které mi pomohly ve zpracování nejen práce jako takové, ale zejména při práci v terénu.

Děkuji také všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumu, za jejich čas a ochotu, kterou mi věnovali a zejména paní Janě K., která mi poskytla důležité informace, týkající se personálního obsazení zkoumaných klinik.

Dále chci poděkovat své rodině, která mi byla podporou během celého mého studia.

## Obsah

<b>1 ÚVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2 GENDER .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Co je gender? .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Gender a historie.....</b>	<b>3</b>
<b>2.3 Genderová socializace .....</b>	<b>4</b>
<b>2.4 Genderové stereotypy .....</b>	<b>5</b>
2.4.1 Dětství.....	5
2.4.2 Genderové stereotypy a zaměstnání .....	6
<b>2.5 Ženy, trh práce a domácnost .....</b>	<b>7</b>
2.5.1 Ženy a vysokoškolské vzdělání .....	7
2.5.2 Kariéra nebo rodina? .....	8
2.5.3 Nerovnost na trhu práce .....	9
2.5.3.1 Genderová segregace na trhu práce .....	9
2.5.3.2 Skleněný strop a rozdíly v platech mužů a žen.....	11
2.5.3.3 Mateřství .....	12
<b>3 LÉKAŘSKÁ PROFESE .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Gender v lékařství .....</b>	<b>13</b>
3.1.1 Povoláním: lékař.....	13
3.1.1.1 Historie .....	13
3.1.1.2 Současnost .....	14
3.1.1.3 T. Parsons a jeho pojetí lékařské role.....	14
3.1.2 Ideální lékař – muž či žena? .....	15
3.1.2.1 Feminizace lékařské profese a poměry mužů a žen.....	16
3.1.2.2 Nelehká role lékařky a profesní segregace.....	17
3.1.3 Střední zdravotnická profese - doména žen? .....	18

3.1.3.1 Historie .....	19
3.1.3.2 Střední zdravotnické profese v současném zdravotnictví.....	19
3.1.3.3 „Sestra nebo bratr?“ .....	20
3.1.4 Vztah sestra – lékař, sestra – lékařka .....	22
3.1.4.1 Pár slov o vztahu sestra – lékař .....	22
3.1.4.2 Několik slov o vztahu sestra – lékařka .....	23
<b>4 CÍL PRÁCE A METODIKA .....</b>	<b>24</b>
4.1 Metodika výzkumu .....	24
4.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	24
4.3 Výzkumné otázky .....	25
<b>5 VÝSLEDKY .....</b>	<b>26</b>
5.1 Interpretace výsledků kvalitativního šetření.....	26
5.1.1 Interpretace výsledků – Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí.....	26
5.1.2 Interpretace výsledků – Psychiatrická klinika .....	29
5.1.3 Interpretace výsledků – Gynekologicko – porodnické klinika	32
5.2 Sumarizace výsledků kvalitativního šetření .....	35
5.2.1 Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí .....	35
5.2.2 Psychiatrická klinika.....	35
5.2.3 Gynekologicko – porodnická klinika.....	36
5.3 Interpretace výsledků kvantitativních dat.....	37
<b>6 SHRUTÍ.....</b>	<b>41</b>
<b>7 ZÁVĚR .....</b>	<b>45</b>
<b>8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....</b>	<b>47</b>

**9 RESUMÉ ..... 51**

**10 PŘÍLOHY ..... 52**

## 1 ÚVOD

Medicína - obor, který se neustále vyvíjí a který snad každý člověk vnímá s jakýmsi respektem. Na lékařské profesi je nahlíženo s velkou úctou a lidé na těchto pozicích by se měli respektovat a tvořit dokonalý pracovní tým. Mohou však nastat situace, kdy je někomu dána přednost před jiným - na základě pohlaví. Ženy jsou stereotypně vnímány jako citlivé, muži jako ti „soupeřiví“ atd. Zejména pak v lékařských profesích to vede k určitému dosazování lékařů, lékařek či zdravotních sester na jednotlivé pracovní pozice. Ať už tedy na úrovni horizontální nebo vertikální. A jak je nahlíženo na zdravotní bratry, kteří vlastně působí v typicky ženském povolání?

Důležitým pojmem pro celou moji práci je termín *gender*. Ten je často definován jako určitý aspekt sociálního, kulturního a psychického vyjádření naší maskulinity či feminity (Wharton 2005:6). Tzv. *gender studies* mají snad neomezené „pole působnosti“. Já jsem si zvolila nemocniční prostředí. Poměrně často se pohybuji mezi lidmi, kteří ve zdravotnictví působí a zaujaly mě některé jejich názory a postřehy z jejich zaměstnání.

Svoji práci jsem rozdělila do několika kapitol. První kapitola se týká především genderu a problematiky s ním spojené (genderové stereotypy, genderová segregace, apod.). Zohlednila jsem i pozici ženy na pracovním trhu. Ve druhé kapitole se budu již zabývat tématem zdravotnických profesí a genderu v lékařství. Zaměřím se na vyšší zdravotnické profese - lékaře/lékařky a tzv. střední zdravotnický personál - zdravotní sestry/bratry. Dále se budu věnovat svému výzkumu.

Empirická data jsem získala v nemocničním prostředí, kde jsem uskutečnila svůj výzkum. Přesněji tedy na třech zdravotnických klinikách - Psychiatrické klinice, Gynekologicko – porodnické klinice a na Klinice ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí. Vzhledem k charakteru zkoumaného prostředí jsem provedla nezúčastněné pozorování, dále pak



polostrukturované rozhovory s devíti informátory. Mým cílem bylo zjistit, jak na téma „genderu v nemocnici“ nahlíží její pracovníci (v mém výzkumu tedy zdravotní sestry a bratři). Zaměřila jsem se na to, zda vnímají nějakou pravidelnost v dosazování zdravotnického personálu na některé pracovní pozice, čím je to způsobeno a co si o tom myslí. Také jsem zohlednila jejich vzájemné vztahy. Za informátory jsem zvolila střední zdravotnický personál, protože si myslím, že budou „ochotnější“ se mnou spolupracovat.

## 2 GENDER

### 2.1 Co je gender?

Ve všech společnostech je potřeba rozlišit a pojmenovat rozdíl mezi ženami a muži. Na začátek je třeba odlišit pojem „pohlaví“ od pojmu „gender“. Pojem „pohlaví“ se používá k rozlišení biologických rozdílů mezi mužem a ženou. Naopak slovo „gender“ směřuje k rozlišení rozdílů kulturních, sociálních, psychologických i ekonomických. Někdy se také používá pojem „sociální pohlaví“ (Eriksen 2008: 158; Wharton 2005: 6). Gender vyjadřuje univerzální nerovnosti mezi mužem a ženou (Kimmel 2008: 1). Amy S. Wharton ve své knize „*The Sociology of Gender*“ definuje gender jako „systém sociálních praktik“ a uvádí tři funkce genderu. Gender je nejen stav, ale i proces, který je neustále produkován a reprodukován. Dále konstatuje, že se nejedná jen o vlastnosti jednotlivce, ale objevuje se ve všech úrovních sociální struktury. Prostřednictvím genderu můžeme zkoumat sociální interakce, sociální instituce, jako je např. práce, rodina, apod. Třetí funkcí autorka poukazuje na fakt, že gender významně prohlubuje jakousi vztahovou nerovnost ve všech možných, i již zmíněných institucích. Musí tedy nutně rozdíl v „pohlaví“ vést k generové nerovnosti? (Wharton 2005: 7). Gender je sociálně podmíněný. Znamená to, že není přirozeně danou věcí jako např. etnicita či biologické pohlaví. Je tedy důležité zaměřit se na to, jak lidé konstruují své „ženství“ nebo „mužství“ (Eriksen 2008:159). Pokud jde o sociální chování, člověk se nerodí jako muž nebo žena, ale musí se naučit jako muž či žena jednat (Jandourek 2001: 90).

### 2.2 Gender a historie

Gender – termín, který byl v antropologii poměrně dlouho opomíjen. Přitom snad v každé společnosti byla nebo doposud je přítomna nějaká nerovnoměrnost mezi ženami a muži. Ještě v 18. a v 19. století se věřilo, že v „původních primitivních společnostech“ si byli všichni rovni a měli

stejná práva a povinnosti. Tyto představy však byly vyvráceny, potom, co první etnografové v takovýchto oblastech provedli terénní výzkum. V polovině 19. století pak Karel Marx a Friedrich Engels přišli s teorií, že existují různá kritéria sociálního rozvrstvení, do nichž spadají i rozdíly mezi muži a ženami. I významné etnografické práce, např. Bronislava Malinowského, jsou androcentrické. To znamená, že aktéry jeho studií byli převážně muži. Až od 70. let minulého století se gender dostává do popředí antropologického zájmu (Eriksen 2008: 157,159).

### **2.3 Genderová socializace**

Socializace – proces, kterým prochází každý jedinec. V průběhu socializace jedinec získává určité schopnosti a znalosti, bez kterých by byl jen sotva schopen „fungovat“ ve společnosti, ve které žije. Tento proces je celoživotní. Díky socializaci víme, jak se chovat a jak reagovat v různých situacích (Keller 1997: 34). Za proces socializace jsou z velké části odpovědni naši rodiče, příbuzní, ale i další instituce jako je škola, různé sportovní kluby, a dokonce i média (Eriksen 2008: 82). Pojem socializace jsem se snažila objasnit, abych ukázala, že pro tvorbu naší identity je důležité, jak k nám rodina (a nejen ta) už v dětství přistupuje.

Skrze socializaci si osvojujeme i svoji generovou identitu. Na základě toho jsme pak schopni jednat buďto mužským nebo ženským způsobem (Kimmel 2008: 116). Genderová socializace je proces, který se odehrává především v raném dětství a úzce souvisí s generovými stereotypy. Např. když se podíváme na oblečené miminko, většinou hned poznáme, zda se jedná holčičku či chlapečka. Velmi často jsou dívky po narození označovány za křehké, roztomilé a chlapci jsou naopak vnímáni jako silní, apod. Tyto genderové stereotypy souvisí i s očekáváním rodičů, jak se jejich dítě bude chovat, a pokud se pak dítě nechová „podle svého genderu“, může být potrestáno. Zejména to platí pro chování chlapců (např. hraje-li si s panenkami). Ještě před druhým rokem života si dítě alespoň částečně uvědomuje co je to gender, na základě toho pak dokáže ostatní zařadit. Během pozdějších let (asi v rozmezí 3 až 6 let) si

začíná plně uvědomovat stabilitu svého genderu a s tím spojené charakteristické chování, které vyplývá z jeho genderové role (Curran; Renzetti 2003: 93-94).

## **2.4 Genderové stereotypy**

V naší společnosti (a zřejmě i v kterékoli jiné) jsou často jak ženám, tak i mužům přisuzovány určité vlastnosti či charakteristiky. Tyto vlastnosti jsou buď typicky mužské, nebo typicky ženské. Ženy jsou např. označovány za citlivé, bezmocné, empatické, něžné, ohleduplné, taktí, závislé, apod. Muži jsou naopak vnímáni jako aktivní, dominantní, sebejistí, tvrdí nebo stateční (Karsten 2006: 23-25). V různých publikacích je takovýchto typických vlastností jmenována celá řada. Už v dětství se učíme chovat nebo vypadat „mužně“ či „žensky“. Dáváme to najevo prostřednictvím oblečení, účesů, apod. Už tímto se vlastně učíme genderovým stereotypům (Wharton 2005: 128).

### **2.4.1 Dětství**

Jak jsem již zmínila v předchozí kapitole, už od narození jsou miminka rozlišována např. na základě barvy oblečení nebo jsou jim přiřazovány různé vlastnosti. Aby rodiče zajistili to, že lidé na první pohled poznají pohlaví jejich dítěte, oblékají je např. do typicky chlapeckých/dívčích oblečků – chlapce do modré a dívky do růžové barvy. Bezprostředně po narození jsou chlapci označováni jako velcí, silní a dívky zas jako roztomilé a drobné, přestože většinou v poměru těla dívky či chlapce není žádný rozdíl (Curran; Renzetti 2003: 108).

Existuje však i celá řada prostředků přispívajících k socializaci, které jsou určeny dívkám a jiné jsou zas typické pro chlapce (např. vybavení dětského pokoje, hry, hračky nebo i pohádky). Přestože v dnešní době už se někteří rodiče snaží omezit rozdíly ve stereotypním zacházení se svými dětmi, mnohé průzkumy dokazují, že k dívkám se stále přistupuje jako ke křehčím a citlivějším a naopak k chlapcům jako

k těm odolnějším. Chlapci jsou také více kontrolováni, zda se chovají „jako chlapci“. Např. pokud si dívka hraje s autíčkem je to v pořádku, zatímco když si chlapec hraje s panenkou je to vnímáno „zženštile“ a může docházet i k sankcím (Karsten 2006: 63-65). Co se týče vybavení dětských pokojů a hraček, výzkumy prokázaly, že dívčí pokoje jsou vybaveny hračkami s tematikou mateřství a domácnosti a naopak chlapecké pokoje jsou plné hraček, které vybízejí k aktivitě. Tyto hračky jsou tedy genderově stereotypní a je vědecky dokázáno, že děti je již v prvním roce života upřednostňují před těmi „určenými druhému pohlaví“ (Curran; Renzetti 2003: 114-115). Také v dětské literatuře či televizních pořadech jsou často hlavními hrdiny chlapci či muži. Jsou v nich opět prezentováni jako silní, stateční. Ženské postavy jsou naopak spíše pasivní a málokdy bývají hlavními hrdinkami dívky. Dospělé postavy mužů jsou často vyobrazovány v mnoha různých pracovních profesích, kdežto ženy zaujímají spíše pozice tzv. „pomocné“ (sekretářka, zdravotní sestra) (Karsten 2006: 69-73).

#### **2.4.2 Genderové stereotypy a zaměstnání**

Téměř od pradávna se práce žen a mužů lišila. Například již v období lovců a sběračů byla práce rozdělena na základě genderu. Ženy sbíraly rostliny, divoké plody, kořeny apod., zatímco muži lovili zvěř. Typickým příkladem lovců a sběračů jsou např. Sanové z centrální části Kalahari. Rostlinná strava, tedy strava obstarávána převážně ženami, tvoří osmdesát procent jejich celkového kalorického příjmu. Naproti tomu lov byl nepravidelným zdrojem potravy a jen málokdy se povedlo ulovit zvíře, které by nasýtilo celou skupinu. I přes tuto skutečnost muži považovali lov za významnější činnost a sběru žen nepřikládali takový symbolický význam (Eriksen 2008: 160).

Ani dnes není výjimkou, že některá povolání jsou vnímána jako typicky mužská či typicky ženská. Žena je považována za pomáhající, vnímající, atraktivní, ale také za neprůbojnou a ochotnou přistoupit na kompromis. Často zastává pozici sekretářky, prodavačky, recepční,

zdravotní sestry, ošetřovatelky, apod. Jde tedy o povolání spojená s různými úkoly či s péčí o druhé. Naopak mužům jsou přisuzovány profese s mechanickými znaky – manažer, pilot, hasič, či lékař ve vedoucí pozici (Karsten 2006: 135). Zde je vidět, že v „prestižnějších“ a tudíž i lépe placených profesích působí spíše muži. Např. pracovní prostředí, kde se vyskytují téměř jen muži, ženy vnímají jako jim uzavřené a naopak. Muži pak také mohou být veřejností v tradičních ženských pracovních pozicích vnímáni feminně (Curran, Renzetti 2003: 282,300). Jistým způsobem si pak tyto stereotypy sami zachováváme. Např. nejrůznější instituce udržují a produkují generovou nerovnost. Vždyť jsou to právě muži, kteří obsazují prakticky veškeré pozice politické moci na celém světě (Kimmel 2008: 111). Fakt, že v některých zaměstnáních působí převážně jen muži a v jiných zas ženy, může vést k genderové segregaci, nebo až k diskriminaci. V následujících kapitolách se podrobněji zaměřím na to, proč tomu tak je.

## **2.5 Ženy, trh práce a domácnost**

V této kapitole bych se ráda zaměřila na otázky týkající se rovných příležitostí mužů a žen na trhu práce. Zohledním i to, jak má např. mateřství či péče o rodinu a domácnost vliv na profesní život ženy. Dále také v čem spočívá diskriminace žen na trhu práce, protože toto téma je i poměrně často diskutováno na poli zdravotnictví a úzce souvisí s mým výzkumem. Je tedy stále muž vnímán jako hlavní živitel rodiny a žena jako někdo, kdo se má primárně starat o rodinu?

### **2.5.1 Ženy a vysokoškolské vzdělání**

V dnešní moderní době máme na akademickém poli na výběr z mnoha studijních oborů. I přesto, že např. mnoho mladých dívek studuje „typicky mužské obory“ (jako je např. strojírenství, počítačové programování, apod.) je zřejmé, že existuje určitá pravidelnost ve výběru vysoké školy podle svého pohlaví. Např. poměrně větší počet mužů studuje inženýrské

obory, informační technologie, fyziku a jiné přírodní vědy. Naopak ženy studují obory, které se převážně věnují domácí ekonomice, sociální práci, zdravotní péči či zdravotním vědám. Zde je zajímavé, že v oborech zdravotní péče dosahuje doktorského vzdělání téměř 94% žen, ale v oboru zdravotní vědy je to jen 58,5% žen. U téměř všech oborů je vidět pokles procenta žen, které dosahují magisterského vzdělání a dále pak doktorského vzdělání. Např. v oboru antropologie dosáhlo bakalářského vzdělání 63,5% žen, magisterského vzdělání 61% žen a doktorského už jen 53% žen (Curran; Renzetti 2003: 151). Mohla by tedy platit hypotéza, že ženy se spokojí s bakalářským či magisterským vzděláním? Na rozdíl od mužů, kteří usilují o ještě vyšší vzdělání?

Je zajímavým zjištěním, že zatímco podíl absolventů – žen, bakalářského a magisterského studia je nadpoloviční, podíl absolventů doktorského studia už je tvořen asi jen třetinou žen. Dokonce i v oborech, kde bakalářský titul získávají převážně ženy, pak větší počet mužů dosáhne doktorského vzdělání (Tamtéž: 150). Podle Pierra Bourdieho se pak dokonce i ženy s diplomem častěji uplatňují v profesích se střední úrovní jako je např. zdravotnický personál, pracovnice sociální služby, apod. (Bourdieu 2000: 82).

### **2.5.2 Kariéra nebo rodina?**

Jednou z důležitých a zcela zásadních otázek v životě ženy je, jak rozloží své rodinné a pracovní závazky. Ve společnosti převládá názor, že ženy by měly vystudovat, najít si nějaké zaměstnání a pracovat na plný úvazek. Po nějaké době odejít na mateřskou dovolenou a během předškolního věku dítěte pracovat pouze na úvazek částečný. Po tom, co dítě odroste opět začít pracovat na plný úvazek. Toto přerušení pracovního tempa samozřejmě pro ženu představuje určité potíže. Snad každý ví, že bývá opravdu výjimkou, aby na mateřskou dovolenou nastoupil muž.

Z mnohých výzkumů je zřejmé, že existuje určitý rozdíl v názorech mužů a žen na to, jak moc je důležitá rodina či kariéra. Např.:

respondentům byla předložena škála položek týkající se rodiny, práce, volného času, apod. Dostali za úkol označit, co je pro ně více či méně důležité. Muži zdůrazňovali práci a kariéru, ženy spokojený rodinný život a péči o děti (Maříková 2000: 92-94).

V naší společnosti rozlišuje tzv. soukromou a veřejnou sféru. Se soukromou sférou, která zahrnuje péči o rodinu a domácnost, jsou spojovány převážně ženy. Naopak se sférou veřejnou, zahrnující placenou práci, politiku a celkovou veřejnou angažovanost, jsou spojováni muži. V dnešní době už ale mnoho žen, zejména těch s vyšším vzděláním, vstupuje do sféry veřejné. Tento fakt pak ovlivňuje i strukturu soukromé sféry. Muž je zapojen do péče o děti nebo se podílí na domácích pracích (Tamtéž: 125).

### **2.5.3 Nerovnost na trhu práce**

Nerovné příležitosti mužů a žen na pracovním trhu – stále diskutované téma. Už v historii často zaměstnavatelé usuzovali o ženách jako o těch, které nechtějí pracovat, nepotřebují peníze, apod. (Kimmel 2008: 210). Dnes se zas často mluví o tradičně mužské či tradičně ženské práci, ale také o segregaci, diskriminaci či platových rozdílech mužů a žen, i když mají např. stejné vzdělání. Je sice pravdou, že dnes už se ženy dostávají na pracovní trh lépe, než před několika desítkami let. Téma prosazování rovností na trhu práce mezi ženou a mužem je však diskutováno až od roku 1990 (na národní a mezinárodní úrovni). Rovnost by měla spočívat v absenci diskriminace, ženy i muži by měli mít stejné možnosti, výhody, apod. (Doyal, Payne 2010: 33). Proč tedy ty „nejvyšší“ např. manažerské pozice obsazují stále v mnohem větší míře muži?

#### **2.5.3.1 Genderová segregace na trhu práce**

Genderová segregace odkazuje na míru a koncentraci mužů a žen v různých zaměstnáních, sektorech, pozicích nebo na různé smluvní a pracovní podmínky, přičemž v některých pozicích dominují muži a v jiných zase ženy. Existují však i tzv. integrované oblasti, kde je zastoupení mužů



a žen téměř shodné (Křížová 2009: 11,13). Pokud jsou např. možnosti žen více omezeny, oproti možnostem mužů, pak se jedná o tzv. horizontální segregaci. Pokud pak ženy vykonávají práci nižší úrovně, jedná o segregaci vertikální (Ferrarová 2007: 24). Z nejrůznějších výzkumů je zřejmé, že genderová segregace v západních zemích od roku 1970 pomalu klesá. Claire M. Renzetti a Daniel J. Curran ve své knize *Ženy, muži a společnost*, představují tabulku s deseti nejčastějšími zaměstnáními mužů a žen. U mužů jsou to povolání často technická (stavební dělník, strojní obsluha, inženýr) a u žen jsou to zaměstnání, která souvisí s pomocí druhým lidem (učitelka na ZŠ, SŠ, sekretářka, zdravotní sestra) (Curran; Renzetti 2003: 274). Autoři také konstatují, že k segregaci dochází v mnohem menší míře v zaměstnáních, kde převažují ženy.

Poslední dobou už i mnohem více mužů vykonává povolání, které je vnímáno jako tradičně ženské (např. zdravotní sestra – nebo bratr?) (Tamtéž: 275). S touto problematikou také souvisí pojem „duální pracovní trh“, což znamená, že v jedné skupině povolání působí výhradně muži a v té druhé výhradně ženy. Takto např. vypadá pracovní trh ve Spojených státech (Tamtéž: 276). Dále se čím dál tím častěji mluví o tzv. feminizaci povolání, kterou se budu více zabývat v další kapitole.

Vznik genderové segregace se často vysvětluje na základě biologické odlišnosti mužů a žen. Dříve byla zapotřebí fyzická síla, poté ovládnutí technologií a později „mozkové“ schopnosti, přičemž muži měli citění pro technické obory a ženy zas citění emocionální. Toto tvrzení však nebylo vědecky potvrzeno. Ale i přesto jsou ženy viděny často jako „slabší pracovní článek“. Jsou považovány za častěji absentující, nákladnější, méně stabilní a méně flexibilní pracovní sílu. Z těchto důvodů pak zaměstnavatelé pravděpodobně raději na určitou pozici najmou muže. Tyto nerovnosti jsou však konstruovány trhem samotným a jsou výsledkem naší socializace. Stávají se tak jedním z případů genderových stereotypů. Příklad: „Ženy se nemohou naplno věnovat své práci, protože se starají o rodinu a domácnost“, což je přece také práce, ale bohužel ta

neplacená (Křížová 2009: 31-33). Existuje mnoho druhů segregace, avšak není cílem této práce je všechny popisovat a vysvětlovat, nicméně jsem se alespoň snažila upozornit na to, že genderové stereotypy, které zasahují do mého výzkumu, úzce s touto segregací souvisí.

### **2.5.3.2 Skleněný strop a rozdíly v platech mužů a žen**

Často se předpokládá, že ženy „nepotřebují“ vydělávat tolik peněz jako muži, a díky tomu je pak také genderová segregace příčinou platových rozdílů žen a mužů. Nižší platové ohodnocení žen se vyskytuje ve všech povoláních. Bohužel i v případě, kdy žena dosáhla stejného, ne-li vyššího vzdělání jako muž na stejné pracovní pozici. Ženy jsou také více ohroženy nezaměstnaností a častěji než muži jsou odsunuty na pracovní pozice se zkráceným pracovním úvazkem, kde pochopitelně pobírají i mnohem menší plat. Zajímavé také je, že tento platový rozdíl se nejvíce vyskytuje u pracovníků, kteří vykonávají vyšší funkce, např. manažer, apod. Menší počet žen v těchto vyšších pozicích jsou důsledkem tzv. skleněného stropu (Bourdieu 2000: 84; také Lisowska 2007: 6). Termín „skleněný strop“ je označení pro jakousi bariéru, která zejména ženám znemožňuje postupovat na vyšší „úroveň“ ve svém zaměstnání. I když se jí podaří proniknout např. do středního managementu, postup poté ustane, jakoby nad hlavou měla skleněný strop (Ferrarová 2007: 24). Naopak v souvislosti s muži se používá termín „skleněný výtah“, kterým se „rychleji vyvezou“ na vyšší pracovní pozici (Curran; Renzetti 2005: 282).

Mnoho zaměstnavatelů se např. domnívá, že ženy vyhledávají méně náročné práce, aby se primárně mohly starat o rodinu. Proto tedy „nejsou“ ochotny investovat do svého povolání tolik jako muži a tudíž jsou i jinak platově ohodnoceny (Tamtéž: 299). Někdy mohou být schopnosti ženy vnímány jako „přirozené“ a vycházející z jejich ženské podstaty - péče o druhé. Na základě toho se pak usuzuje, že mnohá povolání (např. zdravotní sestry nebo učitelky v MŠ či ZŠ) přinášejí ženě jakési uspokojení, které má ospravedlnit její nižší mzdu (Křížová 2009: 35).

### 2.5.3.3 Mateřství

Role matky už z historického hlediska omezuje ženy v jejich sociální a především ekonomické participaci (Kimmel 2008: 60). Jedním z aspektů, které mohou ženě zabránit v získání „vyšší“ pracovní pozice, může být mateřství. Někteří zaměstnavatelé mohou zaujmout strategii takovou, že ženy dosadí na pozice, které jsou snadno nahraditelné. Naopak muži budou zas dosazeni na ty „důležitější“ pozice (Valentová 2007: 19). Pokud pak žena nastupuje zpět do zaměstnání po mateřské dovolené, přichází s jakýmsi „handicapem“ a může se ocitnout v situaci, kdy si už nebude moci diktovat platební podmínky. Zvláště pokud je to třeba matka-samoživitelka. Žena tedy přijme práci i za cenu nižšího platového ohodnocení a je např. ochotna pracovat na zkrácený úvazek, což ji umožňuje více času věnovat se rodině (Markasová-Tominová 2002: 12,13).

Je mnoho dalších témat souvisejících s genderovou problematikou, nicméně jsem se snažila podat alespoň základní informace, které souvisí především s genderovými stereotypy a segregací na trhu práce vázanou na pohlaví člověka. V následující kapitole se již budu zabývat lékařskými profesemi a sociální interakcí mezi zdravotnickým personálem.

### **3 LÉKAŘSKÁ PROFESE**

Každá profese si sebou nese jistá práva, povinnosti a určitou prestiž. Ale nejen to. Některé profese mohou být stereotypně vnímané jako vhodné pro ženy a jiné zas jako vhodné pro muže. V medicíně to platí dvojnásob. Muži působící ve stereotypně ženské profesi jsou často vnímáni „zženštile“ (feminně) a naopak ženy, které zas vykonávají typicky mužskou profesi, mohou být vnímány maskulinně. V následující kapitole se vrátím k tématu genderu, ale už pouze v kontextu lékařství. Zaměřím se především na střední a vyšší zdravotnický personál. Tedy na roli lékaře/lékařky a s tím spojenou feminizaci medicíny. Dále na profesi zdravotní sestry a následně zohledním i jejich vzájemnou interakci.

#### **3.1 Gender v lékařství**

Lékařské povolání je na celém světě spojováno s vysokou prestiží (Vízková 2008: 5). Možná proto jsou mnohdy přehlíženy předsudky a stereotypy související s genderovými rolemi mužů a žen, kteří na lékařské půdě působí (Smetáčková 2011: 353). Existují dvě roviny nerovnosti - vertikální a horizontální. Vertikální nerovnost se vztahuje na hierarchii pracovních pozic, kdy ty „vyšší a prestižnější“ pozice budou zastávat zejména muži. Horizontální úroveň pak odkazuje na nerovnoměrné rozložení lékařů a lékařek na odlišných odděleních či klinikách. Toto téma se nejčastěji týká vyššího, ale i středního zdravotnického personálu.

##### **3.1.1 Povoláním: lékař**

###### **3.1.1.1 Historie**

Role lékaře (a nejen jeho) se z historického hlediska změnila. S profesí lékaře se setkáváme již ve starověku, nicméně jeho „konání“ vypadalo poněkud jinak než dnes. Nemocnice byly pouze pro chudé a za vyšší vrstvou obyvatelstva lékař docházel domů (Bártlová 2003: 104). Nutno podotknout, že povolání lékaře náleželo výhradně mužům. Ať už šlo o

léčitele, šamany nebo lékaře podobné těm, které známe dnes. Ženy pak zajišťovaly „sekundární“ péči o nemocného (Bártlová; Chloubová; Trešlová 2010: 15). Zde je vidět určitá podobnost s dnešními zdravotními sestrami.

### 3.1.1.2 Současnost

Povolání lékaře je rolí výkonovou. Lékař má mnohá práva a především povinnosti, která jsou spojena s jeho získaným statutem, kterého dosáhl absolvováním lékařské fakulty a postgraduálním studiem. Dále je členem Lékařské komory (Křížová 2006: 46). Je to člověk, který disponuje určitými znalostmi, schopnostmi a zkušenostmi a na základě těchto předpokladů, má za úkol rozpoznat nemoc a určit postup k vyléčení pacienta (Bártlová 2003: 105).

S lékařskou profesí dnes také úzce souvisí určité funkce, které z tohoto povolání vychází. Lékař má nejen léčit, ale jeho role je i podnikatelská, manažerská, zaměstnanecká, technická, administrativní a politická. Dále se také potýká s etickými kodexy, legislativou, apod. Bere na sebe také vysokou míru právní zodpovědnosti (Bártlová; Chloubová; Trešlová 2010: 35-36).

V současné době je diskutovaným tématem i tzv. *konflikt rolí*. Na jedné straně má sice lékař téměř neomezené „pole působnosti“, díky dnešním možnostem moderní medicíny, ale na druhé straně má také omezené finanční zdroje, které má za úkol spravedlivě rozdělit (Bártlová 2003: 106).

### 3.1.1.3 T. Parsons a jeho pojetí lékařské role

Jednou z definic role lékaře, je definice sociologa Talcotta Parsonse, kterou podal v 50. letech minulého století. Poukazuje na čtyři základní znaky této role, a jsou to: *funkční specifičnost, emocionální (afektivní) neutralita, universalismus a kolektivní orientace*. Jde o jakousi strukturálně - funkcionální analýzu dnešního sociálního systému, kterou

aplikuje právě na kategorii lékařství a především tedy na pojetí role lékaře (Křížová 2006: 27).

*Funkční specifičnost* je hlavním rysem lékařské profese. Odkazuje k formální i faktické odborné kompetenci, která souvisí s výkonem jeho povolání. Postupem času je kompetenčnost lékařů více a více zužována díky specializaci. Nerovnost lékařských pozic a tedy i kompetencí je dáno jak na vertikální, tak na horizontální úrovni. Vertikální úrovní se rozumí nerovnost mezi jednotlivými pozicemi. Jiné kompetence bude mít např. primář oddělení a jiné zas řadový lékař, apod. Horizontální úroveň pak porovnává rozdíly na jednotlivých odděleních (Bártlová 2003: 106-107).

*Emocionální neutralita* souvisí s předpokládaným chováním lékaře k pacientovi. Od lékaře se očekává, že bude chápat a vnímat pacientovy pocity, ale zanechá si „emocionální odstup“. Neměl by však působit zcela bezcitně. „Zakázaným jednáním“ pak může být např. projevování sexuální touhy k pacientkám, projevy nějakých náboženských pocitů či usilování o dosažení osobní moci (Tamtéž: 107-108).

Třetím aspektem Parsonsovi teorie je *universalismus*, který zjednodušeně říká, že lékař by měl bez výjimky léčit všechny členy společnosti (Tamtéž: 108), tedy bez různých např. rasových předsudků, apod.

Poslední hodnotou role lékaře je tzv. *kolektivní orientace*. Ta odkazuje k myšlence, že lékař by měl především vycházet ze zájmů a potřeb pacienta. Měl by mít pochopení pro pacientův zdravotní stav, zachovat lékařské tajemství, pokud si to pacient přeje a nijak ho „nevyužívat“ ke svému prospěchu (Tamtéž: 108-109).

### **3.1.2 Ideální lékař – muž či žena?**

Každá profesní role je spjata s určitým způsobem chování, požadavky a s určitými předpoklady, které daná pracovní pozice vyžaduje. Ta je také neodmyslitelně spojována s určitou prestiží. Existují však názory, že

větším „zasahováním“ žen - lékařek do této profese, se prestiž lékařů - mužů snižuje.

I z historického hlediska je na poli lékařství zřejmá vysoká míra androcentrismu (nadřazování maskulinity nad feminitou). Ženy i muži si svobodně vybírají, který obor medicíny studovat a na jaké oddělení nastoupit. Tato svoboda je však pouze částečná (Smetáčková 2011: 355). Jak lékařům, tak lékařkám jsou „předepisovány vhodná oddělení“, na kterých by mohli působit. Např. velký podíl lékařů – pediatriů tvoří ženy. Ty mají velké zastoupení ve většině oborů, které pracují s dětskými pacienty (dětská psychiatrie, dětská neurologie, apod.) (Riská; Wegar 1993: 84).

### **3.1.2.1 Feminizace lékařské profese a poměry mužů a žen**

Důležitým a především velmi aktuálním pojmem v lékařství je tzv. *feminizace*. Feminizace je termín pro proces, kdy se zvyšuje početní převaha žen nad muži v nějakém určitém povolání. Podle některých autorů to může být také jednoduše proces, kdy se něco stává více ženským či méně mužským (Bártlová; Chloubová; Trešlová 2010: 48).

V současné době více než polovinu studentů či absolventů lékařských fakult tvoří ženy. Je tedy vidět, že tento obor je opravdu vysoce feminizován. Avšak pořád existují určité rozdíly v obsazování lékařských pozic s ohledem na výběr lékařských oborů. Např. velké zastoupení žen bychom našli v pediatrii, gynekologii či dermatologii. Naopak v jiných oborech jako je např. chirurgie, je žen - lékařek jen malé procento. Mužům zas připadají atraktivnější obory, které jsou spojovány s potřebou fyzické síly a racionality. To se týká právě chirurgie, ortopedie, apod. Je tedy zřejmé, že i medicínské pozice jsou obsazovány podle generových stereotypů (Smetáčková 2011: 355). Takovéto nerovnoměrné obsazování pozic na základě rozdílů v jednotlivých odděleních lze považovat za úroveň horizontální nerovnosti.

Nyní se podívejme na úroveň vertikální, tedy obsazování jednotlivých pozic na základě „mocenských struktur“ či kompetencí. Jak

jsem již zmínila v předchozí kapitole, stále se většina lidí domnívá, že „prestižní“ pozice získávají muži, díky tzv. skleněnému stropu, mateřství ženy, apod. Jak je tomu tedy v lékařství, když v současné době převahuje absolventek – žen na lékařských fakultách? Např. Sylva Bártlová, v knize *Vztah sestra - lékař* představuje zajímavou tabulku, kde jsou počty absolventů lékařských fakult a počty lékařů ve vedoucích pozicích (s ohledem na pohlaví). Tabulka je sestavena podle údajů z České lékařské komory z roku 2008. Celkový počet absolventek – žen je 566 a absolventů mužů jen 287. Ve vedoucích pozicích se však čísla rapidně obrací. Lékařek ve vedoucí pozici uvádí 950, kdežto lékařů – mužů ve vedoucích pozicích je 2 306 (Bártlová; Chloubová; Trešlová 2010: 49). Právě tato problematika úzce souvisí s mým výzkumem a je jeho klíčovým bodem.

### 3.1.2.2 Nelehká role lékařky a profesní segregace

Nyní bych se ráda zaměřila pouze na problematiku ženy - lékařky. I když je zřejmé, že medicína prochází zmíněnou feminizací, stále existují názory, že rozhodně nehrozí „nadbytek lékařek“ díky jejich nižší produktivitě v zaměstnání. Lékařky pak podle těchto názorů nemohou pracovat tak tvrdě jako muži – lékaři a mnohem častěji uplatňují např. svůj nárok na rodičovskou dovolenou (Riská; Wegar 1993: 77). Já osobně se však domnívám, že určitě také záleží na individualitě a charakteru člověka – tedy ženy, která si profesi lékařky zvolila.

Eva Křížová, která se problematikou lékařek zabývá, konstatuje, že ženy - lékařky obsazují často „nižší“ pozice, než jejich kolegové – muži. Lékařky bývají také směřovány do oblastí, o které jeví muži - lékaři menší zájem. Proto jsou pak více koncentrovány v oborech, jako je psychiatrie, porodnictví, pediatrie, apod. (Křížová 2006: 63). Vypadá to tedy, jakoby některé lékařské obory ženám „nepříslušely“. Např. všude zmiňovaná „typicky mužská chirurgie“ (Smetáčková 2011: 358). V medicíně existuje všemi přijatý fakt, že ženy se na chirurgii nehodí, protože mají menší fyzickou i psychickou odolnost než muži. Možná je to také dáno tím, že



lékařkám je připisována větší empatičnost vůči pacientům, na rozdíl od lékařů (Riska 2010: 398). Právě ta je zejména v pediatrii či psychiatrii potřeba. Ženy, kterým se pak podaří proniknout do světa „výhradně mužské medicíny“, jsou často nazývány např. jako „chlapice“. Takovéto označení uvedlo několik respondentů během mého výzkumu.

Dalším „problémem“ je rodina a mateřství. Touto problematikou už jsem se zabývala v předešlé kapitole, proto jen stručně shrnu určitá tvrzení. Je zřejmé, že ženy balancují mezi profesním a rodinným životem. Ve většině případů pak dávají přednost mateřským a rodinným povinnostem před získáním moci, vlivu či prestiže. Mateřství má tedy vliv na zpomalení profesního postupu ženy - lékařky (Křížová 2006: 66-67). Tímto tématem se zabývají např. Lenka Simerská a Irena Smetáčková ve své publikaci *Pracovní a rodinná praxe mladých lékařek*. Po zrealizování výzkumu mezi mladými lékařkami dochází k závěrům, že některé obory jsou ženám opravdu zdánlivě nepřístupné a mohou být neslučitelné s rodinnou úlohou ženy. Ty se raději přizpůsobí rodině. Ženy např. nejsou ochotné vzdát se medicíny, dále se vzdělávat, ale jsou si vědomy znevýhodnění, které z rodinné praxe plyne. Samy však z obecného povědomí ví, a akceptují tvrzení, že muž je „spíše lékařem“, kdežto žena je „spíše matkou“ (Simerská 2000: 50). Riska a Wegar (1993) také tvrdí, že mnoho lékařek žije samo, a to díky obtížnému „skloubení“ práce a rodiny, nicméně konstatují, že tento fakt je nedostatečně empiricky ověřen a mnoho žen se své kariéry v medicíně vzdát kvůli dětem nechce (Riska, Wegar 1993: 79-80).

### **3.1.3 Střední zdravotnická profese - doména žen?**

Profese zdravotní sestry je snad odjakživa spojována s ženským pohlavím. Ženy jsou často označovány jako citlivé, vnímavé a zejména jako pečovatelky, což podle určitých předpokladů vychází z jejich „mateřské“ role. Díky těmto předpokladům jsou ochotné pečovat o pacienty „se vším všudy“ (Bártlová; Chloubová; Trešlová 2010: 51). Ale

jak je to s mužským zastoupením na této pozici? Nemají snad i muži takovéto pečovatelské schopnosti jako ženy?

### **3.1.3.1 Historie**

Stejně tak jako role lékaře, i role sestry prošla poměrně dlouhodobým vývojem. Za první „sestry“ bychom mohli považovat tzv. „chrámové sluhý“, kteří pečovali o nemocné a byli to pouze muži. Později v 10. - 11. století, vznikaly první hospice a tehdy byl zaveden název „sestra, bratr“, pro ty, kteří pečovali o pocestné či chudé. Mezi 13. a 16. stoletím pak ve špitálech<sup>1</sup> pracovali opět jen muži. Ženy, jakožto sestry, mohly působit pouze v kláštorech. Je třeba zmínit, že toto povolání či poslání bylo charitativní činností. Až v 18. století, kdy byly zakládány první nemocnice, začaly sestry pracovat po boku lékařů (Bártlová; Chloubová; Trešlová 2010: 15-16).

Významnou osobností na poli ošetřovatelství je Florence Nightingalová, která je považována za zakladatelku organizovaného ošetřovatelství a roku 1860 se zasloužila o zrození vůbec první ošetřovatelské školy, a to v Londýně (Rozsypalová; Šafránková 2002: 22-23).

### **3.1.3.2 Střední zdravotnické profese v současném zdravotnictví**

Samozřejmě stejně jako lékař, tak i zdravotní sestra by měla mít určité předpoklady k vykonávání svého povolání. Je to např. dobrá fyzická a zejména psychická kondice, protože sestry jsou ve velmi častém kontaktu s lidmi, a to s lidmi nemocnými, kteří mohou být stejně tak milý a příjemní jako agresivní či netrpěliví. Je tedy třeba, aby byli trpěliví, vnímavé, apod. Zde se podle mého názoru střetávají vlastnosti, které jsou často přisuzovány mužům (fyzická kondice) a vlastnosti, které jsou typické pro ženy (vnímavost). Dalším aspektem je např. osvojení si hygienických návyků, protože sestry často mohou přicházet do styku s biologickým materiálem pacienta (Rozsypalová, Šafránková 2002:30-31). Samozřejmě

---

<sup>1</sup> Tehdejší název pro „nemocnici“, kde se zajišťovala péče především o chudé

musí absolvovat studium, které splňuje předpoklady pro to, aby se mohla stát zdravotní sestrou. Tou se pak vlastně stává i muž, protože obor „zdravotní bratr“ neexistuje. Na základě diagnózy pacienta, kterou stanovil lékař, pak střední zdravotnický personál zajišťuje péči o nemocného (popř. i o jeho rodinu) prostřednictvím ošetrovatelského procesu. (Bártlová; Chloubová; Trešlová 2010: 25). Poskytuje preventivní, léčebnou, rehabilitační a neodkladnou péči. Připravuje pacienty k lékařským výkonům, přičemž některé činnosti zajišťuje sama a jiné zas pod přímým dohledem lékaře nebo lékařům pouze asistuje (Vízková 2008: 15).

Dalším společným rysem vyššího a středního zdravotnického personálu jsou i Parsonsovy znaky těchto rolí. Funkční specifita, emocionální neutralita, universalismus a kolektivní orientace (Bártlová 2003: 126-127). Není tedy třeba je znovu popisovat. Za základní rozdíl mezi lékařem a sestrou považují určité kompetence, které vycházejí z jejich pozic.

### **3.1.3.3 „Sestra nebo bratr?“**

Stejně jako se ženy snaží prosadit v nějaké „typicky mužské“ profesi, tak i muži mohou směřovat do „typicky ženských“ profesí. Jak jsem již zmínila, pozice středního zdravotnického personálu, tedy zdravotní sestry je určité stereotypně spojována především s ženami. Což lze usoudit už jen z názvu tohoto povolání. Dalším důkazem je i fakt, že muži v zastoupení středních zdravotnických pozic jsou na svých pracovních visačkách označováni jako „Všeobecná sestra“.

Nyní je třeba zmínit jakýsi opak feminizace. Situaci, kdy se muži angažují v typicky ženských profesích. V našem případě tedy zdravotní bratr či ošetrovatel. Muži na těchto pozicích pak bývají často vnímáni jako „zženštilí“, homosexuálové či jako někdo, kdo tu „nemá co dělat“. Zůstává otázkou, zda se tento pohled někdy v budoucnu změní, protože počet zdravotních bratrů (ač nepatrně) stoupá (Bártlová; Chloubová; Trešlová 2010: 51).

Zdravotní sestry (ženy) se často dostávají do tzv. *konfliktu rolí*, podobně jako lékaři. Tento konflikt ale vychází z faktu, že sestry mohou mít někdy pocit viny a výčitky vzhledem k nedostatku času, který tráví s rodinou na úkor toho, že se více věnují pacientům, než své vlastní rodině. (Bartošíková 2006: 15). Zajímavé by bylo pozorování, zda tyto výčitky mívají i zdravotní bratři. Nicméně jsem se během svého výzkumu nesešla s žádným bratrem, který by byl ženatý či měl děti. Dalším problémem, se kterým jsou spojovány zejména zdravotní sestry – ženy (déle se týká např. učitelů, sociálních pracovníků a jiných profesí, spojovaných s pomocí druhým), je tzv. *syndrom vyhoření*. Je to proces, který se může objevit v průběhu kariéry a vzniká především zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné (Tamtéž: 20-21). Příčin, které vedou k syndromu vyhoření je mnoho. Je to např. fyzická, chemická (riziko infekce), fyzikální (radiační záření), psychická, emocionální či sociální zátěž (Tamtéž: 11). Právě zdravotní sestra je osobou, která na rozdíl od jiného zdravotnického personálu tráví s pacientem nejvíce času. Dostává se do velmi emocionálních a důvěrných situací a pracuje s lidmi, kteří mohou být sami ve velkém stresu. Často se pak může ocitnout v situaci, kdy už pacientovi nemůže více pomoci. Právě tehdy se může dostavit pocit bezmoci, který má na syndromu vyhoření značný podíl (Tamtéž: 13-14). Nejsou však žádné empirické důkazy o tom, zda to zdravotní bratři vnímají jinak. Veškerá literatura (se kterou jsem se setkala) o syndromu vyhoření, apod. je (alespoň) dosud orientována pouze na ženy.

Zůstává tedy otázkou, zda jsou muži jakožto zdravotní „sestry“ vhodní. Zde se opět setkáváme s nerovností – a to horizontální, protože jen těžko bude muž – zdravotní bratr pracovat např. na gynekologickém oddělení. Naopak na jiných odděleních (psychiatrie, chirurgie) by mohli být potřební. To se prokáže i ve výsledcích z mého výzkumu.

### 3.1.4 Vztah sestra – lékař, sestra – lékařka

#### 3.1.4.1 Pár slov o vztahu sestra – lékař

Vztahy na pracovišti jsou určitě velmi zásadním faktorem, který má vliv na dobře odvedenou práci. V medicíně to platí dvojnásob, protože jde často o lidský život. Spokojenost na pracovišti také ovlivňuje to, zda se člověk cítí dobře nebo podléhá určitým frustracím. Domnívám se, že nejkomplicovanějším vztahem je vztah sestra – lékař. Toto téma je velice obsáhlé, proto alespoň nastíním ty nejpodstatnější okolnosti, které jejich vztah ovlivňují.

Často zmiňovaným jevem, který vede k problémům v tomto vztahu, je vzájemné *nepochopení rolí*. Jak lékaři, tak sestry kladou samozřejmě jiný důraz na určité části léčebného procesu. Lékaři často sestry vnímají jako své podřízené pracovníky, namísto toho, aby je vnímali jako rovnocenné členy týmu. Z toho pak plyne situace, kdy lékaři mohou i na ošetřovatelství nahlížet jako na něco „podřízeného“ jejich práci (Bártlová 2003: 138-139).

Dalším činitelem, který vede ke konfliktům na pracovišti, je *předávání kompetencí*. V nemocničním prostředí je velké množství pracovních pozic (lékaři, vrchní sestry, ošetřovatelky, sanitáři, atd.) a právě na základě těchto pozic jsou rozlišovány určité kompetence, tedy nějaké způsobilosti či schopnosti. V praxi jsou však někdy sestry pověřovány úkoly, které spadají do kompetencí lékařů nebo naopak méně kvalifikovaného, „nižšího“ zdravotnického personálu (Bártlová; Hejduchová 2010: 21). Z výzkumu představeného v článku *Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou (Kontakt 1/2010)* vyplývá, že téměř 44% lékařů sestry pověřuje úkoly, které nespádají do jejich kompetencí. Dále je zřejmé, že závisí také na druhu oddělení (např. sestry pracující na chirurgii jsou častěji pověřovány úkoly mimo svou kompetenci, než sestry působící na jiných odděleních). Nejčastějšími lékaři zadávanými úkony, jsou úkony administrativní povahy (Tamtéž: 26).

Samozřejmě je mnoho dalších faktorů, které ovlivňují tento specifický vztah sestra – lékař (jako je šikana na pracovišti či sexuální obtěžování), avšak není mým cílem do hloubky analyzovat tento vztah. Lze tedy říci, že podstatná je především spolupráce v rámci tohoto multidisciplinárním týmu a nejen pro sestry je důležité, aby se cítili jako rovnocenní partneři ve vztahu k lékařům/lékačkám a dostávalo se jim od nich určitého uznání (Bártlová; Trešlová 2010: 10).

#### **3.1.4.2 Několik slov o vztahu sestra – lékařka**

Možná ještě zajímavějším vztahem, než sestra – lékař, je vztah sestra – lékařka. Lze vycházet např. z předpokladu, že studentka medicíny, aby si vybuodovala a udržela své rovné postavení v této (dříve) typicky mužské disciplíně, musela přijmout určité mužské vzorce chování. Tedy dominantnost. Lékařka jakožto žena nemusí dodržovat nějaké „pravidla galantnosti“, na rozdíl od lékařů – mužů. Mohou pak nastávat situace, kdy lékařka projevuje vůči sestrám více dominance než lékař. Otázkou je, zda by tuto dominanci dávala najevo i zdravotním bratrům, např. ve stejné míře jako sestrám. Stejně, jako lékařky mohou na sestry nahlížet s menší úctou či ohledem (než lékaři), tak i sestry mohou k lékařkám přistupovat s menším respektem, než k mužům – lékařům. To mohou např. dávat najevo tím, že odmítnou vykonat nějaký úkol pro lékařku, čímž se snaží snížit její status. Záleží samozřejmě rovněž na postavení lékařky v organizační struktuře (Bártlová; Chloubová; Trešlová 2010: 50, také Vízková 2008: 21) a určitě také na individuálním přístupu jednotlivých pracovníků.

## **4 CÍL PRÁCE A METODIKA**

Cílem práce je zjistit jak a kým jsou nejčastěji obsazovány pracovní pozice zdravotnického personálu s ohledem na gender. Pokusím se tedy potvrdit či vyvrátit hypotézu, že existuje určitá pravidelnost v dosazování zdravotnických pracovníků na určité pracovní pozice. Např.: vyšší funkce ve zdravotnictví obsazují muži (přednosta, primář), přičemž na středních pozicích pracují spíše ženy (zdravotní sestry, ošetřovatelky). Pokusím se zjistit, jak na tuto hypotézu nahlíží zdravotnický personál, popřípadě proč tato pravidelnost v obsazování zdravotnických pozic existuje a čím je způsobena. Dále zohledním vztahy mezi zdravotnickým personálem navzájem.

### **4.1 Metodika výzkumu**

Výzkum byl uskutečněn na třech nemocničních klinikách. Jednalo se Gynekologicko – porodnickou kliniku, Psychiatrickou kliniku a Kliniku ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí. Pro terénní šetření jsem zvolila kvalitativní metody sběru dat. Na každé klinice jsem provedla polostrukturované rozhovory vždy se třemi respondenty a nezúčastněné pozorování. Polostrukturované rozhovory probíhaly podle předem stanovených okruhů otázek. Odpovědi jednotlivých respondentů byly písemně zaznamenány do terénního deníku. Respondenti byli s mým výzkumem předem seznámeni a jejich účast byla zcela dobrovolná, nicméně si přejí zůstat anonymní. Dále se mi podařilo získat i kvantitativní informace, tedy počty lékařů a jiného zdravotnického personálu z klinik, kde jsem provedla výzkum. Byly zhotoveny tabulky, které uvádí vždy celkový počet zaměstnanců dané kliniky, počet vedoucích a z toho počet žen celkem a také počet žen ve vedoucí pozici.

### **4.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo sedm zdravotních sester a dva zdravotní bratři (tři respondenti z každé kliniky, kde byl výzkum prováděn, přičemž

respondentky z Gynekologicko – porodní kliniky pracují dvě na porodních sálech a jedna na Oddělení pooperační a konzervativní gynekologie). Všichni respondenti pracují v multidisciplinárních týmech. Výzkum byl realizován od prosince roku 2011 do poloviny února roku 2012. Několikrát jsem navštívila kliniky ještě v dubnu pro upřesnění některých dat. Mými klíčovými informátory byly zdravotní sestra z ortopedického oddělení a zdravotní sestra z Psychiatrické kliniky, díky kterým jsem získávala přístup k ostatním zdravotním sestřám/bratrům na témže klinice, ale i na klinikách ostatních.

### **4.3 Výzkumné otázky**

Polostrukturované rozhovory s respondenty se týkají tří okruhů otázek. Otázky jsou otevřené nebo polouzavřené a koncipované tak, aby respondent o dané problematice mluvil co nejvíce sám. První okruh otázek se týká volby studia, vzdělání, nástupu na dané pracovní místo, kde nyní působí jako zdravotnický pracovník, první dojmy z tohoto pracovního místa s ohledem na vztahy s ostatními kolegy, především pak počáteční spolupráce s lékaři/lékařkami. Druhý okruh otázek je zaměřen už na hlubší vztahy na pracovišti, a to obecně, i ve vztahu k genderu. Třetí, klíčový, okruh se týkal genderových stereotypů v lékařství. Zaměřila jsem se na odpovědi, které směřovaly k tomu, jak respondenti vnímají určité pravidelnosti v dosazování zdravotnického personálu na určité pracovní pozice a čím si myslí, že je to způsobeno. Dále jestli se domnívají, že např. ideálním lékařem je muž, apod.



## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Interpretace výsledků kvalitativního šetření

#### 5.1.1 Interpretace výsledků – Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí

##### Respondent 1 (zdravotní sestra)

Tato zdravotní sestra vystudovala Střední zdravotnickou školu. Zvolila si ji náhodou, bez jakéhokoli zvláštního důvodu. Pracovní místo na ortopedickém oddělení ji sehnala kamarádka, která zde také pracuje a která ji pomohla začlenit se do kolektivu. Počáteční vstup do zaměstnání hodnotí velice kladně, především díky dobrému kolektivu. Zde respondentka zmínila pozitivní vztah k ostatním zdravotním sestřím a lékařům. Lékařky nezmínila. Na oddělení je mnohem větší počet lékařů než lékařek (asi 20 lékařů, 3 lékařky). Vztahy k lékařkám hodnotí velice negativně. Dvě jsou doslova označovány jako „chlapice“ a jedna jako „divná“. Když je třeba něco konzultovat, jde raději za lékařem. „S doktorkama se tu nebavím, jsou divný.“ Vztahy s nižším zdravotnickým personálem hodnotí kladně, avšak upozorňuje na rivalitu mezi ošetřovatelkami, které soupeří o náklonnost lékařů. U otázek týkajících se genderových stereotypů dotazovaná konstatovala, že na vyšších pracovních pozicích (zejména přednosta, primář) budou vždy muži, protože mají čas na budování kariéry, jsou ambicióznější než ženy a více si potřebují něco dokazovat, a to prostřednictvím titulů. „Přednostové si sem stejně pořád dohazují své známé, syny, apod. Takže ty doktorky vlastně nemají šanci“. Naopak ženy se podle dotazované soustředí více na rodinu. Na otázku proč je na tomto oddělení větší počet lékařů než lékařek, odpověděla následovně: „Tady na ty operace berou spíše doktory, je při nich zapotřebí síla.“ Také dodává, že lékaři si na oddělení z lékařek utahují, že jsou slabé a operaci by stejně nezvládly. Povolání zdravotní sestry i ošetřovatelky vnímá respondentka jako typicky ženské,

protože ženy jsou mnohem citlivější než muži. „Ženský taky nejsou zednice“. Naopak sanitáři jsou na oddělení bráni s velkým respektem (oproti sanitářkám). „Jsou to prostě pořádní chlapi a jejich síla je zde potřeba. I doktoři si s nimi tykají.“ Na otázku, zda jako lékaře preferuje muže/ženy nebo zda je jí to jedno, odpověděla jednoznačně: „Lékaře“. Zdůvodnila to tak, že lékařky pořád „všechno moc řeší“. Dále podotýká, že na jejich oddělení jsou důležitější určitě muži – lékaři (zejména kvůli fyzické síle potřebné při operacích). S podceňováním ze strany pacienta nebo lékařů/lékařek se dotazovaná nikdy nesešla. Cítí se jako rovnocenný člen týmu.

## **Respondent 2 (zdravotní sestra)**

Tato dotazovaná vystudovala Střední zdravotnickou školu. Své původní pracoviště (chirurgické oddělení) opustila kvůli velmi špatným vztahům s kolegy. Nyní působí na ortopedickém oddělení, kde je s kolektivem velice spokojena, nikoli však s náplní práce. Vztahy s lékařkami hodnotí negativně, stejně jako respondent 1. „Když nemusím, tak s doktorkami já tady vůbec nekomunikuju.“ Respondentka tyto lékařky hodnotí opět jako „divné“, přičemž jednu z lékařek také nazvala „chlapicí“. S lékaři má poměrně kladný vztah, stejně tak s nižším zdravotnickým personálem. Co se týče genderových stereotypů, dotazovaná vidí určitou pravidelnost v dosazování mužů na vyšší zdravotnické pozice. Je to zejména proto, že muž má více času se vzdělávat, může se naplno věnovat svému oboru, kdežto pro ženu je vždy primární rodina. Také konstatuje, že žena jako lékařka to má těžší, protože je citlivější a ženy obecně jsou moc vztahovačné (na rozdíl od mužů, kteří mnoho věcí snadněji přejdou). Možná proto jsou podle ní kvalitnějšími lékaři muži. Konstatuje také, že lékařky to nemají jednoduché, protože když se např. o post primáře uchází lékař a lékařka, vždy tuto pozici podle jejího názoru obsadí lékař. Profesi zdravotní sestry i ošetřovatelky respondentka označila jako typicky ženskou, protože ženy jsou vnímavější. Zmínila i svůj názor na to, že pokud by byl na pozici zdravotní sestry muž, pak by zřejmě nedostával stejné úkoly jako zdravotní setra – žena. Lékaři by ho asi vnímali jako

schopnějšího (zejména na tomto oddělení). V pozici sanitáře/sanitářky dotazovaná rozdíl nedělá. „Sanitáři jsou potřební kvůli fyzické síle, sanitářky zas kvůli jiným úkolům.“ (podávání jídla, péče o hygienu pacientů, apod.). S podceňováním kvůli svému pohlaví se tato zdravotní sestra nesešla.

### **Respondent 3 (zdravotní sestra)**

Tato zdravotní sestra má nejkratší praxi ze všech respondentů. Vystudovala Střední zdravotnickou školu a poté na ZČU získala titul Bc. jako všeobecná sestra. První dojmy z nástupu na nové pracoviště hodnotí respondentka kladně, zejména pak vztahy s ostatními zdravotními sestrami. S lékaři i lékařkami se vztah utvářel pomaleji nejen proto, že s nimi trávila méně času, ale také proto, že občas slýchávala narážky na svou osobu, které se týkaly především její nezkušenosti v oboru. Dokonce se domnívá, že ji v tomto případě titul spíše „uškodil“. „Občas mi přišlo, že mi po praktické stránce mají za nemehlo, a dávali mi najevo, že praxi mi škola nenaučí.“ Poté byla dotazovaná položena otázka, zda se s těmito narážkami setkává více ze strany lékařů nebo spíše lékařek. Odpověděla však, že v tom není rozdíl. Uznání ze strany lékařů/lékařek nijak nepociťuje. Na otázku, zda si myslí, že ji lékaři či lékařky vnímají jako rovnocenného partnera týmu, odpověděla jednoznačně ne. Ale nevnímá to negativně. „Lékaři i lékařky jsou prostě výš než já“. U této zdravotní sestry jsem si všimla, že o lékařkách z ortopedického oddělení mluví s mnohem větším respektem než předchozí respondentky. Možná je to však dáno krátkou praxí. Podle jejího názoru bývají nejen přednostové, primáři, ale i lékaři spíše muži, protože jsou více ambiciózní a soutěživí než ženy. Domnívá se, že muži si potřebují více něco dokazovat. Je zajímavé, že jako jedna z mála dotazovaných nezmínila u žen mateřství. U dosazování zdravotnického personálu na nižší pozice zmínila jen to, že na pozici sanitářů jsou vhodnější muži, kvůli fyzické síle a ošetřovatelky bývají sice více ženy, ale nevidí problém v tom, pokud by tuto profesi vykonával muž – pokud bude práci dělat s radostí. To samé platí pro pozici lékařů. I když si je vědoma, že např. u nich na klinice je mnohem

více mužů – lékařů. „Záleží na práci a oddělení“. S podceňováním ze strany lékařů/lékařek se setkala jen s ohledem na délku praxe, nikoli však s ohledem na pohlaví.

### **5.1.2 Interpretace výsledků – Psychiatrická klinika**

#### **Respondent 4 (zdravotní sestra)**

Tato zdravotní sestra (s nejdelsí praxi ze všech respondentů) vystudovala Střední zdravotnickou školu. Před tím, než nastoupila na psychiatrické oddělení, pracovala na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Toto období popisuje jako velice obtížné. „Sestry zde byly pod velkým tlakem lékařů a občas se ke mně jako k nováčkovi chovali dost hnusně“. Na současném oddělení, kde pracuje, popisuje vztahy velmi kladně. A to jak vztahy s lékaři/lékařkami tak i mezi nižším zdravotnickým personálem. „Tady nejde tak rychle o život jako na jiných odděleních, takže jsou tedy všichni v menším stresu“. Respondentka přiznává, že zde sestry často kritizují práci jak lékařů, tak lékařek a domnívá se, že příliš přátelské vztahy na pracovišti někdy nevedou k lepší spolupráci. Na oddělení působí více lékařek než lékařů – respondentka v tom však nevidí žádný zvláštní důvod (lékaři/lékařky se zde často střídají, zejména ti před atestací). Podle jejího názoru je důležité, aby zde byli k dispozici nejen lékařky i lékaři, ale i zdravotní sestry, zdravotní bratři, ošetřovatelé i ošetřovatelky. „Tady hodně záleží na potřebách pacientů“. Na otázky týkající se pozice sanitářů/sanitářek dotazovaná odpověděla, že sanitáři (jakožto muži) jsou určitě důležitější (než ženy sanitářky) kvůli fyzické síle, která je zde velice potřeba, zejména při nějakém neklidu pacientů. Poukazuje na fakt, že i ošetřovatelé jsou často „degradováni“ na pozici sanitáře, protože jako sanitáři jsou využitelnější. „Sanitáři by určitě měli být chlapi, ale nějaká „chlapice“ by to taky asi zvládla“. Určitou pravidelnost dotazovaná vnímá v dosazování mužů na vyšší a odborné zdravotnické pozice. Zdůvodňuje to tím, že ženy se více soustředí na rodinu a dobrou výchovu svého dítěte. „Profese sestry jsou prostě stereotypně vnímaná jako pozice ženská, ale zrovna tady na psychiatrii je

zdravotních bratrů několik a svoji práci odvádí skvěle“. Lékaře by zařadila spíše na oddělení jako je chirurgie, ortopedie, ARO, JIP, atd. Ženy spíše na pediatrii a gynekologii. Lékařům přisuzuje vlastnosti jako je lepší rozhodnost a dravost (konstatuje, že lékař či zdravotní bratr „budí“ respekt sám o sobě). Lékařkám zas empaticnost. Spíše než s podceňováním kvůli svému pohlaví se respondentka setkala několikrát s odmítnutím ze strany pacienta – muže.

### **Respondent 5 (zdravotní bratr)**

Tento respondent vystudoval Střední zdravotnickou školu a Vyšší odbornou zdravotnickou školu. Nástup a následné působení na psychiatrickém oddělení hodnotí velice kladně. Zdravotními sestrami, lékaři i lékařkami byl dobře přijat. Jeho pracovní náplň je shodná s pracovní náplní zdravotních sester. Na oddělení je více lékařek než lékařů (počty lékařů/lékařek se často mění, kvůli pohybu lékařů/lékařek, které musí před atestací projít několika odděleními). Konstatuje, že lékaři i lékařky se k němu chovají stejně, ale že vidí určitou odlišnost v chování lékařů ke zdravotním sestram. Respondent to však nedovedl lépe specifikovat. Podle jeho názoru tady na psychiatrii není zřejmá žádná pravidelnost v dosazování do určitých pozic (především jde-li o lékaře/lékařky a zdravotní bratry/sestry. „Je důležité, aby tady byli jak bratři, tak i sestry. Kvůli potřebám pacientů“. Ošetřovatel na oddělení není žádný. Ošetřovatelka jen jedna. Sanitář zde pracuje jeden a sanitářka také jedna. „Při neklidu, když je potřeba, zavoláme na jiný oddělení a sanitáři přiběhnou“. Sanitáři jsou podle něj důležití kvůli fyzické síle, která je zejména zde potřeba. „Hodně sanitářů jsou bývalí „civilkáři“, kteří už tady zůstali pracovat“. Dotazovaný však podotýká, že sanitářky jsou stejně potřebné jako sanitáři. Starají se o hygienu jak oddělení, tak i pacientů. Vedoucí oddělení je zde lékařka, která je brána s velkým respektem - jak ze strany lékařů, tak i ostatního zdravotnického personálu. Podle jeho názoru by na vyšší zdravotnické pozice měli být lidé dosazováni podle svých vědomostí, ne podle toho, zda se jedná o muže či ženu. Ale přesto zmiňuje to, že je např. více primářů než

primářek a na určitých odděleních i mnohem větší počet lékařů (chirurgie) než lékařek. Na otázku proč je tomu tak, odpověděl: „Nevím“ (jako jeden z mála nezmínil u žen mateřství). S odmítnutím se setkal pouze ze strany pacientek – žen, a to pouze v intimních situacích (pokud šlo o intimní hygienu, podávání klystýru, apod.). Své působení v týmu vzhledem k ostatnímu personálu vnímá jako rovnocenné.

### **Respondent 6 (zdravotní bratr)**

Druhý zdravotní bratr vystudoval Střední zdravotnickou školu. I jeho první dojmy z nového pracoviště byly pozitivní. Navazování vztahů na nové pracovní pozici hodnotí kladně, stejně tak i nynější vztahy. Vidí však určitý rozdíl ve spolupráci s lékaři a lékařkami. Spolupráci s lékaři hodnotí lépe, než spolupráci s lékařkami. „Asi je to jen v tom, že chlapi se baví o tom, a holky zase o tom“. Respondent také podotýká, že na ostatních odděleních jako je např. chirurgie panují ne příliš dobré vztahy. Zejména mezi zdravotními sestrami a lékaři. U otázek týkajících se dosazování zdravotnického personálu na určité pracovní pozice respondent odpovídá jasněji, než ten předchozí. Domnívá se, že na vyšší pozice (přednosta, primář) jsou častěji dosazováni muži než ženy. Zdůvodňuje to tím, že muži se mohou více soustředit na budování své kariéry. Ženy se více soustředí na založení rodiny a na péči o dítě. Respondent však vyvrací stereotyp, že ženy lékařky jsou citlivější. „My tady například máme lékaře, který je mnohem citlivější než všechny lékařky dohromady“. Dodává také, že určitě záleží na charakteru dané osoby. Tvrdí, že ideální lékař je ten, který svoji práci dělá „s chutí“ a nezáleží vůbec na pohlaví. To samé dodává v případě zdravotních sester a bratrů. Dále se domnívá, že např. na gynekologii má větší šanci „získání“ místa žena – lékařka. Vzhledem k tomu, že na oddělení není žádný ošetřovatel, tak se dotazovaný zmínil pouze o sanitářích/sanitářkách. „Muži jakožto sanitáři jsou asi důležitější, kvůli fyzické síle“. Zdůvodňuje to tím, že práci sanitářky zastane ošetřovatelka či sestra, zatímco nahradit práci sanitáře by někdy bylo asi obtížné.

### 5.1.3 Interpretace výsledků – Gynekologicko – porodnická klinika

#### Respondent 7 (zdravotní sestra)

Tato zdravotní sestra studovala Střední zdravotnickou školu a získala titul Bc. na Fakultě zdravotnických studií - obor porodní asistent. Toto povolání si zvolila, protože bude vždy potřebné a vyvíjí se. Navazování vztahů na pracovišti nebylo těžké, protože zde respondentka vykonávala školní praxi. Vztahy s lékaři/lékařkami hodnotí kladně, ačkoli mluví o drobných konfliktech. Jde především o nepatrné povyšování se ze strany lékařů i některých lékařek (u lékařů ve větší míře). „Možná je to proto, že ještě nemám takovou praxi, ale je to prostě nepříjemný“. Vztahy s lékařkami hodnotí jako ty lepší. Respondentka přiznává, že mnohem raději a častěji se radí s lékařkami, protože jsou chápavější než lékaři. U otázek týkajících se genderových stereotypů, dotazovaná zmínila pravidelnost v obsazování pozic s ohledem na oddělení. „Pro každý obor je vhodný někdo jiný“. Lékaři působí více na ortopedii, patologii, tedy tam kde je při operaci zapotřebí síla. Zatímco lékařky by měly podle jejího názoru pracovat právě na gynekologii, psychiatrii, atd. Větší zastoupení mužů vidí také ve vyšších zdravotnických pozicích. Tento jev vysvětluje tím, že žena je doslova „brzděna“ mateřstvím. „Také si myslím, že v České republice to tak máme prostě nastavené a je jen pár výjimek, alespoň tady v nemocnici“. Výjimkami zde respondentka myslela lékařky, které vykonávají funkci primářky. Podle jejího názoru mají muži více času budovat svoji kariéru. Mohou se účastnit různých kongresů a vzdělávacích či školících programů, na rozdíl od žen, které mají děti. Pozici zdravotní sestry i ošetřovatelky vnímá dotazovaná jako ryze ženskou. „Ženy jsou citlivější a lépe se vcítí do role pacientek“. Je to také určitě dáno oddělením. Ošetřovatelky se starají a hygienu pacientek a velmi často si s nimi povídají, řeší s nimi i jejich problémy. To samé se snaží dělat i sestry, které na to ale vždy nemají tolik času. Sanitářky doplňují materiál a starají se o čistotu pracoviště. Sanitáři jsou podle jejího názoru důležití především kvůli převážení a manipulaci s pacientkami. Tedy kvůli jejich fyzické síle. Respondentka také přiznává, že zdravotní

sestry zde dávají často sanitářkám najevo, že jsou na vyšší pozici, než ony. K sanitářům, jakožto mužům, si to ale nedovolí. Toto zdůvodňuje jen tím, že je to prostě muž. V pracovním týmu tedy vnímá určitou hierarchii s ohledem na pracovní pozice i s ohledem na gender.

### **Respondent 8 (zdravotní sestra)**

Stejně jako předchozí respondentka i tato zdravotní sestra vystudovala Střední zdravotnickou školu a Fakultu zdravotnických studií, kde získala titul Bc. v oboru porodní asistent. Tento obor si zvolila, protože ráda pracuje s dětmi. Nástup na danou pracovní pozici nebyl snadný. Zdůvodňuje to tím, že na ní byl vyvíjen vysoký tlak, zejména ze strany lékařů. „Lékařky jsou tolerantnější a lépe se s nimi jedná. Chlap musí mít všechno hned“. Postupem času se ale vztahy s lékaři zlepšují. To ovlivňuje i sbírání nových zkušeností. Chování lékařů a lékařek je také odlišné. Lékařky přijmou nějakou radu či kritiku lépe než lékaři a častěji projevují své uznání vůči zdravotním sestřím. S nižším zdravotnickým personálem jako jsou ošetřovatelky, sanitářky a sanitáři moc nekomunikují (jak lékaři, tak lékařky). O genderových stereotypch mluví respondentka podobně jako předchozí zdravotní sestra. Domnívá se, že na vyšší zdravotnické pozice (primář, přednosta) jsou a vždy budou dosazováni muži. „Máme tu jednu lékařku, která se ucházela o místo primářky, ale zase ho dostal chlap“. Tento fakt zdůvodňuje tím, že muži mají větší autoritu a ženy (alespoň většina) se primárně starají o rodinu nebo mají v plánu si ji založit. Dále se domnívá, že právě na tuto kliniku jsou vhodnější ženy – jakožto lékařky. „Já myslím, že lékaři nebo i bratři se hodí více k záchrance“. Záchranáři jsou vnímáni jako „borci“. Ženy, jakožto lékařky, se podle dotazované na práci záchranářky nehodí kvůli tomu, že by situaci nemusely dobře zvládat (zejména situace jako jsou tragické dopravní nehody). „Ženy na to podle mě nemají žaludek a jsou více citlivé“. Zdravotní bratři jsou podle jejího názoru vnímáni často „zženštěle“. „Je obecně zažité, že vždy byly sestry spíše ženy a myslím, že by to tak mělo zůstat. Ženy jsou prostě citlivější a asi jsou i více ochotny si s pacienty popovídat“. O sanitářích respondentka mluvila



s větším respektem než o sanitářkách. „Za sanitářky si práci můžeme udělat samy, ale za sanitáře těžko“.

### **Respondent 9 (zdravotní sestra)**

Tato porodní asistentka dosáhla stejného vzdělání jako předchozí dvě respondentky. Přiznává, že přemýšlela o ještě vyšším vzdělání, ale vzdala to, především kvůli větší zodpovědnosti za lidský život. Počáteční vztahy s lékaři/lékařkami se vyvíjely pomaleji než s ostatním (nižším) zdravotnickým personálem. Zpočátku raději spolupracovala s lékařkami, ale dnes už prý záleží na charakteru zdravotníka. Jako rovnocenný člen týmu si nepřipadá, ale nevnímá to jako něco neobvyklého. Na otázku, zda vnímá nějakou pravidelnost v obsazování zdravotnických pozic, dotazovaná odpověděla, že větší podíl lékařů bude zřejmě na traumatologii, chirurgii a naopak větší podíl lékařek je na porodním oddělení a na interně. O lékařkách tvrdí, že jsou více empatické a mají holistický přístup k pacientům. Lékaři se spíše soustředí na splnění úkolů. Na pozicích jako je např. primář, jsou podle jejího názoru více muži. Zdůvodnila to tím, že ženy často odchází na mateřskou dovolenou, po které se těžko začlení zpět do pracovního tempa lékařů. Ti mají pak více času na budování své kariéry. „Tento obor je náročný na skloubení rodiny i práce“. Dále jsem se tázala na pozici zdravotní sestry/bratra. „Zdravotní sestry byly odjakživa ženy“. Lépe prý vnímají potřeby pacienta. Domnívá se, že „bratrům“ by se např. pacientky nechtěly s určitými problémy svěřit nebo si o nich popovídat. Na daném oddělení jsou pouze ošetřovatelky (zjevně proto, že jsou zde pouze pacientky), nicméně respondentka uvádí, že na jiných odděleních ošetřovatelé pracují, a zároveň dodává, že pokud dělají svoji práci dobře, neměly by se dělat rozdíly v tom, zda jde o muže nebo ženu. Stejně tak vnímá i sanitáře a sanitářky. „Sanitáři jsou důležití kvůli převozu pacientek a sanitářky zas kvůli hygieně, podávání jídla, apod.“

## 5.2 Sumarizace výsledků kvalitativního šetření

### 5.2.1 Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí

Dvě respondentky z této kliniky mají Středoškolské vzdělání a jedna vysokoškolské. Mají také velmi rozdílnou délku praxe (viz příloha tabulka 5 a 6). Vztahy na pracovišti hodnotí kladně, avšak jen s ohledem na lékaře. Dvě ze tří respondentek nazývají lékařky „dívnými“ nebo jako „chlapice“. Třetí dotazovaná se k nim příliš nevyjádřila a je zřejmé, že je bere s větším respektem (oproti jejím kolegyním). Všechny respondentky vnímají lékaře (i jiný zdravotnický personál zastoupený muži) jako „ty silné“. Zdůrazňují, že zejména na jejich oddělení je fyzická síla potřebná a že lékařky jsou někdy lékaři označovány za slabé. Dvě ze tří uvedly, že muži mají více času na budování kariéry a jsou více ambiciózní (viz příloha tabulka 7). Co se týče vlastností žen, první dvě respondentky zmínily vlastnosti jako je citlivost, starost o rodinu a vztahovačnost. Třetí respondentka (jako jedna z mála) žádné z těchto vlastností neuvedla - ani mateřství či péči o rodinu (viz příloha tabulka 8). Všechny tři vnímají pravidelnost v dosazování mužů na vyšší zdravotnické pozice (jako je primář, přednosta, apod.). Vysvětlují to tím, že žena primárně pečuje o rodinu. Roli středního zdravotnického personálu vnímají (dvě ze tří) jako typicky ženskou. Jedna z dotazovaných dokonce konstatuje: „Ženský taky nejsou zednice“. Druhá zas podotýká, že kdyby byl na pozici zdravotní sestry muž, tak by určitě dostával jiné úkoly než zdravotní sestra - žena. Naopak o sanitářích mluví všechny s respektem a považují je za důležitější, než sanitářky, a to kvůli fyzické síle. Ani jedna z těchto zdravotních sester se neseťkala s podceňováním kvůli svému pohlaví.

### 5.2.2 Psychiatrická klinika

Podobně jako u předchozích respondentů dva vystudovali střední školu a třetí respondent i vyšší odbornou školu. Délka praxe je od dvou až do sedmadvaceti let (viz příloha tabulka 5 a 6). Mezi těmito dotazovanými

byli i dva zdravotní bratři. Všichni popisují vztahy na pracovišti velmi kladně. Lékařky jsou zde ve větším zastoupení (než lékaři), ale respondenti v tom nevidí žádný zásadní důvod. Tří ze tří respondentů vnímají pravidelnost v dosazování mužů do vyšších pozic a dva na určitá oddělení. Konkrétně jeden zdravotní bratr a jedna sestra. Oba zmiňují, že ženy se více soustředí na rodinu a mateřství a muži mají zas více času na kariéru. Dotazovaná ještě zmiňuje lepší rozhodnost, dravost (viz příloha tabulka 7 a 8) a také konstatuje, že na určitá oddělení (chirurgii, ARO, JIP, aj.) se hodí více lékaři. Naopak lékařky radí spíše na gynekologii a pediatrii. Druhý zdravotní bratr nezmínil u lékařek ani mateřství či další „typicky ženské“ vlastnosti. Všichni respondenti se shodují na tom, že muži (zejména sanitáři) jsou důležití kvůli fyzické síle (viz příloha tabulka 7), přičemž jeden podotýká, že nějaká „chlapice“ by to taky zvládla“. Žádný ze zdravotních bratrů nezmínil to, že pracuje na „typicky ženské“ pozici. Zdravotní bratři zde dostávají shodné úkoly jako zdravotní sestry. Jeden z nich pak vyvrací „stereotypní citlivost žen“ – jako jediný. Všichni tři respondenti uvádí, že se setkali s „odmítnutím pacienta (kvůli svému pohlaví), ale nikoli však s podceňováním ze strany vyššího zdravotnického personálu.

### 5.2.3 Gynekologicko – porodnická klinika

Všechny tři respondentky z této kliniky mají vysokoškolské vzdělání a zároveň také nejkratší praxi v porovnání s ostatními klinikami (viz příloha tabulka 5 a 6). Všechny zmiňují to, že alespoň zpočátku se jim lépe spolupracovalo s lékařkami, než s lékaři. Lékařky vnímají jako více trpělivé a chápavější. Také se shodují v tom, že každá vidí pravidelnost v dosazování lékařů – mužů na vyšší pozice. Vidí pravidelnost i v určitém obsazování pozic na horizontální úrovni (dvě ze tří). Lékaře opět radí na oddělení jako je chirurgie, ortopedie, patologie, tedy tam, kde je zapotřebí síla. Ženy zas na porodní oddělení či psychiatrii. Je velice zajímavé, že dvě třetiny lékařů tvoří muži a přibližně jednu třetinu ženy – lékařky<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Jedna z respondentek uvádí 21 lékařů a 10 lékařek. Počty se však mění kvůli atestacím.

Avšak nejen tyto respondentky uvádí porodní oddělení jako vhodné pro lékařky - ženy. Dosazování mužů do vyšších pozic vysvětlují (dvě ze tří) tím, že muži mají více času na kariéru a jedna tázaná zmínila u mužů i větší autoritu (viz příloha tabulka 7). Naopak u žen zmiňují všechny respondentky péči o rodinu (viz příloha tabulka 8), jedna dokonce konstatuje, že žena je doslova „brzděna“ mateřstvím. Roli „sestry“ vnímají jako přirozeně feminní, přičemž jedna z tázaných mluví o zdravotních bratrech jako „zženštělých“. Jediné dvě respondentky z této kliniky pak neuvedly u mužů „fyzickou sílu“, avšak podotýkají, že práci sanitáře by asi těžko zvládaly, zejména kvůli převozu a manipulaci s pacientkami. Tyto respondentky uvádí, že se setkali s podceňováním ze strany zejména lékařů, ale nikoli kvůli svému pohlaví, ale kvůli krátké praxi.

### **5.3 Interpretace výsledků kvantitativních dat**

Ráda bych nyní představila čtyři tabulky, které obsahují počty zdravotnického personálu a zastoupení žen v tomto celkovém počtu pracovníků. Také jsou zde počty vedoucích, tedy pracovníků, kteří zastávají nějakou vedoucí funkci a opět zastoupení žen v těchto vedoucích pozicích.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Počty zaměstnanců jsou platné k 31. březnu 2012

Tabulka 1 Celkový počet zaměstnanců dané nemocnice

	Fyzické osoby	Z toho ženy	Vedoucí	Z toho ženy
Lékaři	851	390	210	61
Farmaceuti	20	14	3	3
Všeobecné sestry	1 630	1 597	163	158
Zdrav.prac. s odbornou způsobilostí	405	346	42	35
Zdrav.prac. se specializovanou způsobilostí	100	77	10	6
Zdravotničtí pracovníci bez maturity	606	411	0	0
Ostatní odborní pracovníci	15	10	0	0
THP	407	312	55	24
Dělníci	328	145	10	3
<b>Celkem</b>	<b>4 362</b>	<b>3 302</b>	<b>493</b>	<b>290</b>

\* Vysvětlivky viz příloha 5.

Z tabulky je zřejmé, že více než polovinu lékařů celé nemocnice tvoří muži. Vysoce nadprůměrný je i počet mužů ve vedoucích pozicích oproti ženám. Naopak naprostou většinu všeobecných sester a porodních asistentek tvoří ženy, které převládají nad muži i ve vedoucích pozicích. Totéž platí i pro ostatní střední a nižší zdravotnický personál.

Tabulka 2 Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí

	Fyzické osoby	Z toho ženy	Vedoucí	Z toho ženy
Lékaři	31	4	12	2
Farmaceuti	0	0	0	0
Všeobecné sestry	65	64	8	8
Zdrav.prac. s odbornou způsobilostí	0	0	0	0
Zdrav.prac. se specializovanou způsobilostí	0	0	0	0
Zdravotničtí pracovníci bez maturity	24	14	0	0
Ostatní odborní pracovníci	0	0	0	0
THP	4	4	0	0
Dělníci	2	2	0	0
<b>Celkem KOTPÚ</b>	<b>126</b>	<b>88</b>	<b>20</b>	<b>10</b>

\* Vysvětlivky viz příloha 5.

V počtu zdravotnického personálu na této klinice je markantní rozdíl v podílu lékařů a lékařek. Lékařů je zde 31, ale lékařky pouze 4. Potvrzuje se tak fakt, že ortopedie je opravdu „typicky mužským oddělením“. Je tedy zřejmé, že i vedoucí pozice jsou zde obsazeny převážně muži. Naopak střední zdravotnický personál tvoří téměř sto procentně ženy - ve vedoucích pozicích je pak sto procent žen (pozice vrchní, staniční sestry). Pozici sanitářů/sanitářek, tedy zdravotnického personálu bez maturity, tvoří 14 žen a 10 mužů.

Tabulka 3 *Psychiatrická klinika*

	Fyzické osoby	Z toho ženy	Vedoucí	Z toho ženy
Lékaři	20	12	8	3
Farmaceuti	0	0	0	0
Všeobecné sestry	39	38	6	6
Zdrav.prac. s odbornou způsobilostí	1	1	0	0
Zdrav.prac. se specializovanou způsobilostí	2	1	0	0
Zdravotničtí pracovníci bez maturity	10	6	0	0
Ostatní odborní pracovníci	1	1	0	0
THP	2	2	0	0
Dělníci	0	0	0	0
<b>Celkem PK</b>	<b>75</b>	<b>61</b>	<b>14</b>	<b>9</b>

\* Vysvětlivky viz příloha 5.

Oproti předchozí klinice se zde počty lékařů a lékařek mění. Je zde vyšší podíl lékařek než lékařů. Potvrzují se tedy výpovědi informátorů, kteří o početnějším zastoupení žen - lékařek na této klinice hovoří. Je zajímavé, že ve vedoucích pozicích se počet žen - lékařek snižuje a opět převládají muži. V pozicích středního zdravotnického personálu se zde už více objevují muži. Zvláštní je, že na pozici všeobecné sestry je uveden pouze jeden muž, přestože já jsem se během svého výzkumu setkala minimálně se dvěma (možná jsou evidováni pod jiným „názvem“). Co se týče nižšího zdravotnického personálu, počty žen a mužů jsou téměř vyrovnané.

Tabulka 4 *Gynekologicko – porodnická klinika*

	Fyzické osoby	Z toho ženy	Vedoucí	Z toho ženy
Lékaři	43	16	9	0
Farmaceuti	0	0	0	0
Všeobecné sestry	91	89	8	8
Zdrav.prac. s odbornou způsobilostí	2	2	0	0
Zdrav.prac. se specializovanou způsobilostí	1	1	0	0
Zdravotničtí pracovníci bez maturity	43	33	0	0
Ostatní odborní pracovníci	2	2	0	0
THP	14	14	0	0
Dělníci	0	0	0	0
<b>Celkem GPK</b>	<b>196</b>	<b>157</b>	<b>17</b>	<b>8</b>

\* Vysvětlivky viz příloha 5.

I přesto, že většina informátorů na porodní oddělení zařazuje spíše ženy – lékařky, opak je pravdou. Větší podíl lékařů je zde tvořen muži a ve vedoucí pozici pak není žádná žena. Naopak střední zdravotnický personál opět tvoří převážně ženy. Zde jsou evidováni pouze dva muži na pozici všeobecné zdravotní sestry či porodní asistentky, ale i takovýto počet je překvapující, s porovnáním výpovědí respondentů, že muž – jakožto zdravotní bratr by se neměl šanci na porodním oddělení uplatnit. Nižší zdravotnický personál pak tvoří také převážně ženy, což je opět zvláštní, vzhledem k tomu, že všichni respondenti přikládají větší důležitost mužům na této pracovní pozici. To se ovšem netýká pouze této kliniky, nýbrž celé nemocnice (viz tabulka 1).

## 6 SHRNU TÍ

Úkolem výzkumného šetření bylo zjistit, zda jsou vyšší zdravotnické profese (lékaři) spojovány spíše s mužským genderem a naopak střední zdravotnické profese (zdravotní sestra) s genderem ženským. Dále byly zohledněny vztahy mezi zdravotnickým personálem navzájem, zejména mezi tím vyšším a středním. V průběhu výzkumu se také ukázalo, že respondenti nevidí pravidelnost v dosazování zdravotnického personálu s ohledem na gender pouze na vertikální úrovni (vyšší – střední – nižší zdravotnický personál). Tuto pravidelnost lze identifikovat i na úrovni horizontální. To znamená, že respondenti lékaře řadili na určitá oddělení a lékařky zas na jiná.

K dosažení cíle byl proveden výzkum na třech nemocničních klinikách (Psychiatrické, Gynekologicko – porodnické a na Klinice ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí). Na každé klinice jsem se pohybovala zejména mezi zdravotními sestrami, se kterými jsem strávila nějaký čas na „lékařáku“, na chodbách, apod. Na každé klinice jsem vedla polostrukturované rozhovory vždy se třemi respondenty. V konečné fázi výzkumu se mi pak podařilo získat i kvantitativní data, tedy počty zdravotnického personálu na jednotlivých klinikách. S rozhovory jsem začala na ortopedickém oddělení, kde byly sestry podle mého názoru nejkomunikativnější. Dozvěděla jsem se mnoho informací o vztazích na oddělení a zejména o negativním postoji sester ke zdejším lékařkám. Na oddělení působí pouze tři lékařky. Ty jsou označovány dvěma sestrami za divné. Jedna je vnímána maskulinně a označována jako „chlapice“. Prý je to díky krátkým vlasům a robustní postavě. Ženy – lékařky na tomto oddělení jsou označovány jako slabé, protože při operacích je zapotřebí fyzická síla. Možná proto je zde ve velké míře převažuje počet lékařů nad lékařkami (viz tabulka 2). Jedna sestra dokonce udává, že lékaři by zde měli být pouze muži. Všechny respondentky uvedly, že vnímají určitou pravidelnost v dosazování mužů na vyšší zdravotnické pozice (primář, přednosta). Dvě sestry to vysvětlují primární péčí ženy o rodinu a děti. Třetí sestra (jako jedna ze dvou z celkového počtu respondentů) neuvedla



u ženy – lékařky ani mateřství či péči o rodinu jako faktor znemožňující kariérní postup. Na tomto oddělení jsou téměř všichni lékaři ve vedoucí pozici muži (viz tabulka 2). Dvě ze tří respondentek pak střední zdravotnické profese vnímají jako typicky ženské povolání a jedna dokonce podotýká, že kdyby byl na pozici zdravotní sestry muž, určitě by dostával jiné úkoly než žena. Zajímavý je výrok jedné sestry, že „ženský taky nejsou zednice“. Z této věty je vidět „ukázkový příklad“ stereotypního vnímání některých profesí. Všechny také vnímají nižší zdravotnický personál jako doménu mužů (sanitáři), protože jsou potřební kvůli jejich fyzické síle.

Dalším zdrojem dat byla Klinika psychiatrie. Zde jsem přišla do kontaktu i s lékaři a měla jsem možnost s nimi strávit jejich „obědovou pauzu“. Bylo vidět, že vztahy na pracovišti jsou opravdu skvělé, což mi potvrdili i respondenti. Dva respondenti vidí pravidelnost v dosazování mužů na vyšší pozice a i na určitá oddělení. Vysvětlují to opět tím, že žena pečuje o děti a rodinu. Třetí respondent (zdravotní bratr) je jedním ze dvou respondentů, kteří péči o rodinu či děti nezmínili. Střední pozice zdravotního personálu jako typicky ženskou zmiňuje pouze zdravotní sestra. Bratři to tak nevnímají a konstatují, že dělají úplně stejnou práci jako sestry. Tím tedy vyvrací myšlenku jedné respondentky z ortopedického oddělení. Jeden ze zdravotních bratrů dokonce jako jediný vyvrací myšlenku, že ženy jsou citlivější než muži. O sanitářích mluví jako o potřebných díky jejich fyzické síle. Jeden z respondentů však konstatuje, že „nějaká chlapice by to taky zvládla.“ Zde je vidět, že pokud ženy působí na pozici sanitářky a zastanou práci sanitáře (jakožto muže) jsou vnímány maskulinně. Na pozici ošetřovatelky jsou podle jejich názoru primárně dosazovány ženy. Zajímavé je, že zdravotní bratři se v „typicky ženské profesi feminně nevidí“. „Typicky ženské“ zdůrazňují nejen proto, že profese zdravotní sestry je většinou lidí vnímána jako feminní, ale také proto, že bratři na tomto oddělení mají na visačkách označení „Všeobecná sestra“. Nevadí jim ani oslovení „sestři“, se kterým se setkávají.

Respondentky z Gynekologicko – porodnické kliniky uvádí, že se jim alespoň zpočátku všem pracovalo lépe s lékařkami. Všechny pocítují pravidelnost v dosazování mužů na vyšší zdravotnické profese jako je primář apod. Dvě pak mluví o „vhodných oddělení pro muže a ženy“. Obsazování prestižních pozic muži vysvětlují tím, že ženy se soustředí na rodinu a péči o potomky, zatímco muži jsou ambicióznější a mají více času na kariéru. Pozici středního zdravotnického personálu vnímají jako feminní, tedy vhodnou výhradně pro ženy. Konstatují, že zejména na jejich klinice by zdravotní bratr byl velice nevhodný. Jedna respondentka dokonce zdravotní bratry označuje za „zženštilé.“ Dvě sestry z této kliniky jako jediné u nižšího zdravotnického personálu (sanitářů) neuvedly fyzickou sílu, avšak podotýkají, že sanitáři jsou důležití pro převoz pacientek a manipulaci s nimi, což podle mého názoru na potřebu síly odkazuje.

Je zřejmé, že převážná část respondentů vnímá vyšší zdravotnické profese (zejména primář, přednost) jako typicky mužské. Tento fakt dokazují i počty mužů a žen ve vedoucích pozicích (viz tabulky 1,2,3,4). Respondenti to vysvětlují tím, že muži jsou ambicióznější, soupeřivější a mají více času na budování své kariéry (naproti ženám – lékařkám). Pro ženy je pak primární péče o děti a rodinu. Lékařky jsou často vnímány jako více citlivé, empatické, apod. Citlivost žen vyvrací pouze jeden respondent. Někteří respondenti vidí také pravidelnost v dosazování lékařů a lékařek na určitá oddělení. Jako oddělení vhodné pro lékaře - muže se jim jeví např. chirurgie, ARO, JIP, ortopedie, patologie. Naopak vhodná oddělení pro lékařky jsou podle jejich názorů např. pediatrie, gynekologie nebo porodní klinika. Zmiňují tedy ta oddělení, kde jsou pacienti zejména děti nebo ženy. Většina respondentů pak uvedla porodní oddělení jako vhodné pro lékařky, avšak faktem je, že zde působí převážně lékaři – muži (viz tabulka 4). Lékařky, které působí na „typicky mužských odděleních“ jsou označovány za „chlapice“. Jedna z dotazovaných dokonce uvedla, že na pozici lékaře (obecně) jsou vhodní výhradně muži, protože ženy „všechno moc řeší“. Pozice středního

zdravotnického personálu jsou nepřekvapivě obsazovány stále převážně ženami (viz tabulky 1,2,3,4). Některé zdravotní sestry dokonce samy vnímají svoji pozici jako nevhodnou pro muže. Zdravotní bratři se však nijak feminně necítí a ani si nemyslí, že by je tak vnímali ostatní. Ošetřovatelky se na odděleních vyskytují jen v malém počtu a jsou to výhradně ženy. Ošetřovatelé zastávají spíše práci sanitáře. Co se tedy týče nižšího zdravotnického personálu, většina respondentů vnímá sanitáře – muže jako potřebnější (než sanitářky) kvůli fyzické síle. Z počtů nižšího zdravotnického personálu na jednotlivých klinikách však vyplývá, že zde převažují ženy (viz tabulky 1,2,3,4). Někteří dotazovaní dokonce podotýkají, že sanitáři - muži, jsou vnímáni (i lékaři) s větším respektem – třeba jen proto, že jsou to muži

## 7 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, zda nemocniční pracovníci vnímají nějakou určitou pravidelnost v dosazování zdravotnického personálu na určité pracovní pozice s ohledem na gender. Všech devět respondentů, s nimiž jsem provedla polostrukturované rozhovory vidí pravidelnost v obsazování prestižních vyšších pozic muži (primáři, přednostové. apod.). Tento fakt dokazují i získaná kvantitativní data a je vysvětlován zejména tím, že ženy nemají oproti mužům tolik času na budování své kariéry, protože se věnují rodině, dětem anebo případně mateřství do budoucna plánují. Většina respondentů dále vnímá pravidelnost v dosazování lékařů a lékařek na jednotlivá oddělení. Zřejmé je velké zastoupení mužů – lékařů na Klinice ortopedie, naopak na Psychiatrické klinice je více lékařek – tak jak tvrdili respondenti. Porodní a gynekologické oddělení bylo často respondenty připisováno ženám – lékařkám. Na základě získaných údajů o počtech vyššího zdravotnického personálu na tomto oddělení se však ukázalo, že zde působí více lékařů, než lékařek. Roli zdravotní sestry i ošetřovatelky považují respondenti stereotypně za vhodnou pro ženy. Tuto hypotézu potvrdila i použitá kvantitativní data. Ženy jsou stereotypně vnímány jako pečovatelky, jsou empatické a citlivé. Tento fakt však vyvrací dva respondenti – zdravotní bratři. Konstatují, že by nemělo záležet na pohlaví, ale na tom jak dobře člověk svoji práci odvádí. Pozice sanitářů/sanitářek jsou většinou respondenty vnímány jako vhodné pro muže kvůli jejich fyzické síle – tu zmínili (i když ne třeba doslova) všichni respondenti. Někteří tázaní pak poukazují i na důležitost pracovní náplně sanitářek (zajištění hygieny na pracovišti, hygieny pacientů, podávání jídla, apod.) Jejich práci však může nahradit i setra či ošetřovatelka, zatímco práci sanitáře nikoli. Přesto je podíl žen na této pracovní pozici vyšší než podíl mužů.

Je zřejmé, že genderové stereotypy v lékařství přetrvávají. Pro další výzkum by bylo zajímavé se více zaměřit na „problematiku“ zdravotních bratrů a zkoumat např. to, zda u zdravotních bratrů dochází také k tzv. „syndromu vyhoření“. Bylo by tedy potřeba určitě většího množství

respondentů. Svůj výzkum považuji za zdařilý, protože se ukázalo, že gender opravdu hraje roli při obsazování jednotlivých zdravotnických pozic, nicméně jsem si vědoma toho, že aby byl výzkum opravdu reliabilní je potřeba většího množství výzkumného vzorku, popřípadě provést výzkum na více klinikách či odděleních.

## 8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-701-3391-0.

BÁRTLOVÁ, Sylva, HEJDUCHOVÁ, Hana. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*. 1/2010: vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity[online]. [cit. 2012-04-07]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/structure/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/novy-kontakt/1-2010/predavani-kompetenci-mezi-lekarem-a-sestrou/>

BÁRTLOVÁ, Sylva, CHLOUBOVÁ, Ivana a TREŠLOVÁ, Marie. *Vztah sestra - lékař*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-807-0135-266.

BÁRTLOVÁ, Sylva, TREŠLOVÁ, Marie. Jak nahlíží sestry na pracovní vztahy s lékaři. *Kontakt* 1/2010: vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity[online]. [cit. 2012-04-07]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/structure/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/novy-kontakt/1-2010/jak-nahlizeji-sestry-na-pracovni-vztahy-s-lekari/>

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-701-3439-9.

BOURDIEU, Pierre. *Nadvláda mužů*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-718-4775-5.

CURRAN, Daniel J, RENZETTI, Claire M. *Ženy muži a společnost*: 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0525-2.

DOYAL, Lesley, PAYNE, Sarah. Re-visiting Gender Justice in Health and Healthcare. In: KUHLMAN, Ellen (ed): *The Palgrave handbook of gender and healthcare*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2010. ISBN 978-023-0230-316.

ERIKSEN, Thomas Hylland. *Sociální a kulturní antropologie: příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807-3674-656.

FERRAROVÁ, Eva. *Příručka pro implementaci rovných příležitostí žen a mužů a principů gender mainstreamingu ve veřejné správě v České republice*. Praha: Gender Studies, 2007. ISBN 978-80-86520-26-1

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8535-0.

KARSTEN, Hartmut. *Ženy - muži*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7145-X.

KELLER, Jan. *Úvod do sociologie*. 4. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-858-5025-7.

KIMMEL, Michael S. *The gendered society*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2008. ISBN 01-953-3233-4.

KŘÍŽKOVÁ, Alena, SLOBODA, Zdeněk. *Genderová segregace českého trhu práce: kvantitativní a kvalitativní obraz*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2009, Sociologické studie. ISBN 9788073301651.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. ISBN 80-864-2957-1.

LISOWSKA, Ewa. Ženy a trh práce – Polsko, Česká republika a Slovenská republika. In: MACHOVCOVÁ, Kateřina (ed): *Ženy na trhu práce: realita a perspektivy*, Praha: Gender centrum, 2007. ISBN 978-808-6520-230.

MARKASOVÁ-TOMINOVÁ, Michaela. *Prosazování rovnosti mužů a žen na trhu práce v České republice*. ŠTAMBERKOVÁ, Jaroslava (ed). 1. vyd. Praha: Český helsinský výbor, 2002. ISBN 80-864-3611-X.

MAŘÍKOVÁ, Hana. *Proměny současné české rodiny: rodina-gender-stratifikace*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000. ISBN 80-858-5093-1.

RISKA, Elianne. Women in the Medical Profession: International Trends. In: KUHLMAN, Ellen (ed): *The Palgrave handbook of gender and healthcare* (ed), Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2010. ISBN 978-023-0230-316

RISKA, Elianne, WEGAR, Katarina. „Women Physicians: A New Force in Medicine? In: RISKA, Elliane, WEGAR, Katarina (eds): *Gender, work, and medicine: women and the medical division of labour*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications, 1993. ISBN 08-039-8903-2.

ROZSYPALOVÁ, Marie, ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Ošetřovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-860-7396-3.

SIMERSKÁ, Lenka, SMETÁČKOVÁ, Irena. *Pracovní a rodinná praxe mladých lékařek*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2000. ISBN 80-859-5084-7

SMETÁČKOVÁ, Irena. Genderová specifika lékařské komunikace. In: PTÁČEK, Radek (eds): *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN: 978-802-4739-762

VALENTOVÁ, Marie. Analýza dopadů přerušení účastna trhu práce z důvodu péče o děti na další kariéru žen České republice. In: MACHOVCOVÁ, Kateřina (ed): *Ženy na trhu práce: realita a perspektivy*. Praha: Gender centrum, 2007. ISBN 978-808-6520-230.



VÍZKOVÁ, Alena. *Vztah sestry - lékaře v současném systému zdravotnictví*. Č. Bud., 2008. diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Sylva BÁRTLOVÁ.

WHARTON, Amy S. *The sociology of gender: an introduction to theory and research*. Malden, MA: Blackwell Pub., 2005. ISBN 14-051-0125-3.

## 9 RESUMÉ

The aim was to determine whether a hospital worker perceive regularity in the appointing of medical staff to certain positions with some regard to gender. To achieve the aim I conducted a field research in three hospital clinics. Clinic for orthopedics and traumatology of the locomotor system, Clinic of Psychiatry and Gynaecology - Obstetrics. As informants I chose nursing staff. At each clinic I conducted semi-structured interviews, each with three informants. All nine respondents see a certain regularity in appointing in men into prestigious higher positions (chiefs, heads. etc.) – it is the vertical level. This fact is mainly explained by the fact that women have less time to build their careers than men, because they deal with family issues, children or maternity plans for the future. Most respondents also perceived regularity in the appointing physicians into individual departments – it is a horizontal level. The role of nurses and nursing respondents is stereotypically considered appropriate for women. Women are naturally seen as care givers, are empathetic and sensitive. This fact, however refutes two respondents – male nurses. Respondents are generally perceived that positions of ordelies are suitable for men because of their physical mentioned (though perhaps not word by word) by all respondents. It is evident that gender stereotypes persist in medicine.

## **10 PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh**

Příloha 1 - Tabulka 5 a 6 - Základní údaje respondentů

Příloha 2 - Tabulka 7 - Vlastnosti přisuzované mužům – lékařům, apod.

Příloha 3 - Tabulka 8 - Vlastnosti přisuzované ženám – lékařkám, apod.

Příloha 4 - Okruhy otázek k polostrukturovaným rozhovorům

Příloha 5 – Vysvětlivky k tabulkám 1,2,3,4 v textu

## Příloha 1

**Tabulka 5** Dosažené vzdělání v oboru

	Res 1	Res 2	Res 3	Res 4	Res 5	Res 6	Res 7	Res 8	Res 9
SŠ	+	+		+		+			
SŠ + VOŠ					+				
SŠ + VŠ (titul Bc.)			+				+	+	+

**Tabulka 6** Délka praxe

	Res 1	Res 2	Res 3	Res 4	Res 5	Res 6	Res 7	Res 8	Res 9
méně než 1 rok			+					+	+
1 - 5 let	+				+	+	+		
6 - 10 let									
11 - 15 let									
16 - 20 let									
21 - 25 let		+							
26 let a více				+					



### Příloha 3

**Tabulka 8** Vlastnosti přisuzované ženám – lékařkám (zdravotním sestřám, ošetřovatelkám, apod.)

	Res 1	Res 2	Res 3	Res 4	Res 5	Res 6	Res 7	Res 8	Res 9
ambicióznost									
soutěživost									
čas na kariéru									
autoritativnost									
lepší rozhodnost									
důraz na"vyřešení úkolu"									
dravost									
schopnost vedení týmu									
fyzická síla									
"zženštilost"									
pečovatelské předpoklady									
holistický přístup									+
vnímavost (empatie)		+		+					+
citlivost	+	+					+	+	
mateřství				+		+	+		+
péče o rodinu	+	+		+		+	+	+	
neambicióznost									
vztahovačnost		+							
"chlapice"	+	+		+					

## Příloha 4

### Témata a otázky k polostrukturovaným rozhovorům

Základní údaje:

- dosažené vzdělání v oboru
- délka praxe

#### 1) Vzdělání a nástup do zaměstnání

- otázky týkající se vzdělání a rozhodování se na jakou pracovní pozici nastoupit
- otázky týkající se vstupu do zaměstnání a navazování kontaktů s novými spolupracovníky
- první dojmy z nového povolání

#### 2) Vztahy

- otázky zaměřené na vztahy na pracovišti, obecně i ve vztahu k genderu
- otázky týkající se respondentovy pracovní náplně a kooperace se spolupracovníky (týmová práce)
- spolupráce s lékaři/lékařkami, a „nižším“ zdravotnickým personálem (např. i s kým řeší své osobní i pracovní problémy raději)
- vnímání vztahu s lékaři/lékařkami (např. zda lékaři/lékařky se sestrami či jiným zdravotnickým personálem konzultují postup léčby pacienta a zda k sestram přistupují jako k rovnocennému spolupracovníkovi, apod.)
- otázky týkající se spokojenosti/nespokojenosti na dané pracovní pozici
- otázky týkající se řešení různých problémů mezi pracovníky nemocnice
- otázky týkající se šikany na pracovišti, případně i sexuálního obtěžování

#### 3) Genderové stereotypy v lékařství

- otázky týkající se dosazování zdravotnického personálu na různé pracovní pozice ve vztahu ke genderu (zde respondent vidí v tomto určitou pravidelnost)
- ideální lékař – muž či žena? Proč? (rozdílné vlastnosti lékařů a lékařek)
- proč je více zdravotních sester než bratrů?
- jak respondenti vnímají generové stereotypy (např. zda si myslí, že ženy - lékařky jsou citlivější než muži – lékaři, nebo zda jsou na prestižní lékařské profese dosazováni spíše muži a proč?)
- otázky zaměřené na to, zda se respondent někdy setkal např. s podceňováním či odmítnutím ze strany pacienta nebo kolegů, kvůli svému pohlaví

## **Příloha 5**

### **Vysvětlivky k tabulkám 1,2,3,4 v textu**

**Lékaři** – lékaři a zubní lékaři

**Farmaceuti** – farmaceuti

**Všeobecné sestry** – všeobecné sestry včetně dětských, porodní asistentky

**Zdrav. prac. s odbornou způsobilostí** – ergoterapeuti, nutriční terapeuti, zdrav. záchranáři, zubní laboranti, apod.

**Zdrav. prac. se specializovanou způsobilostí** – fyzioterapeut, klinický psycholog, klinický logoped, radiologický fyzik, apod.

**Zdravotničtí pracovníci bez maturity** – sanitáři/řky, ošetřovatelé/lky, zdravot. asistenti

**Ostatní odborní pracovníci** – psycholog, logoped, sociální pracovník bez zdravotnického vzdělání, apod.

**THP** – veškerá administrativa včetně managementu

**Dělníci** – pracovníci působící převážně v údržbě a obslužných činnostech (prádelna, stravovací provoz, aj.)