

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra sociologie**



FILOZOFICKÁ FAKULTA  
UNIVERZITY KARLOVY  
V PRAZE

## **Bakalářská práce**

Šárka Bočková

**Kombinace pracovního a rodinného života lékařek v ČR**

**Work and life balance of female doctors in the Czech Republic**

Praha 2014

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Podaná, PhD.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Z. Podané, PhD. za její cenné rady a čas, který věnovala konzultacím při tvorbě této práce. Děkuji také všem svým blízkým za podporu a trpělivost.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. dubna 2014

Šárka Bočková

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá kombinací pracovního a rodinného života lékařek v České republice. Protichůdné požadavky pracovního trhu a rodinného života, tradiční rozdělení genderových rolí, nedostatečná institucionální podpora rodičů (nedostatečný počet zařízení pro péči o děti atd.) a specifické nároky na výkon lékařské profese ztěžují kombinaci pracovního a rodinného života. Individuální svobodné volby a strukturální bariéry byly identifikovány jako základní východiska pro vznik klíčových teorií, které jsou spolu se specifiky lékařské profese a strategiemi, které lékařky volí při skloubení pracovních a rodinných povinností, rozebrány v teoretické části práce. Cílem práce je zodpovědět otázku, jaké problémy pociťují lékařky mající děti při kombinaci svého pracovního a rodinného života. Empirická část práce analyzuje výsledky z kvantitativní sondy ve třech tematických okruzích – lékařské profese, rodičovské dovolené a bariér při kombinaci pracovního a rodinného života.

**Klíčová slova:** gender, trh práce, rodina, genderové role, lékařky

## **Abstract**

This bachelor thesis focuses on work and life balance of female doctors in the Czech Republic. Conflicting requirements of labour market, traditional division of gender roles, lack of institutional support for parents (insufficient number of establishments providing child care et.) and specific demands of being doctor complicate work and life balance. In the theoretical part were discussed key theories based on personal freedom of choices or structural barriers of labour market, specifics of medical profession and strategies of solution to avoid unsuccessful work and life balance. The aim of this thesis is to answer which barriers female doctors (having children) perceive in combination of work and family. The empirical part of this thesis focuses on analyzing results of quantitative study in three thematic areas – doctor profession, experience with maternity leave and barriers to work and life balance.

**Key words:** gender, labour market, family, gender roles, female doctors

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1. VYMEZENÍ POJMU</b> .....	<b>9</b>
1.1 VÝCHODISKA KOMBINACE PRACOVNÍHO A RODINNÉHO ŽIVOTA.....	9
1.2 INDIVIDUÁLNÍ PREFERENCE A STRUKTURÁLNÍ BARIÉRY .....	11
<b>2. LÉKAŘSKÁ PROFESE A JEJÍ SPECIFIKA</b> .....	<b>14</b>
2.1 ŽENA JAKO LÉKAŘKA .....	15
<b>3. STRATEGIE KOMBINACE PRACOVNÍHO A RODINNÉHO ŽIVOTA</b> .....	<b>19</b>
3.1 SOCIOLOGICKÝ VÝZKUM RODIČE 2005 .....	21
<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b>	
<b>4. METODOLOGIE</b> .....	<b>24</b>
4.1 CÍLE VÝZKUMU .....	24
4.2 SBĚR DAT A CÍLOVÁ POPULACE.....	26
<b>5. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU - SOCIODEMOGRAFICKÉ OTÁZKY</b> .....	<b>27</b>
<b>6. ANALYTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>29</b>
6.1 LÉKAŘSKÁ SPECIALIZACE.....	29
6.2 RODIČOVSKÁ DOVOLENÁ .....	33
6.3 BARIÉRY PŘI KOMBINACI PRACOVNÍHO A RODINNÉHO ŽIVOTA .....	36
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>42</b>
<b>SEZNAM LITERATURY</b> .....	<b>45</b>
<b>PŘÍLOHA 1: STRUKTUROVANÝ DOTAZNÍK</b> .....	<b>49</b>
<b>PŘÍLOHA 2: KONTINGENČNÍ TABULKA</b> .....	<b>56</b>

## Úvod

Problematika kombinace pracovního a rodinného života je každodenní realitou v mnoha oblastech lidského života nejen na úrovni jednotlivce a jeho individuálních voleb a strategií, ale je i tématem, kterému se věnuje řada sociologických studií. Stává se i jednou z priorit v sociální a zaměstnavatelské politice státu či firemních strategiích. Proměny pracovního trhu po 2. světové válce, zvyšující se individualizace a participace žen na trhu práce vedly k potřebě redefinování dělby práce mezi muži a ženami v rodině a domácnosti. Existenční nutnost dvou příjmů v rodině a větší důraz na ekonomickou aktivitu žen nejsou ale doprovázeny změnami genderových rolí v rodině, kdy je žena stále primárně odpovědná za chod domácnosti a péči o děti. Navíc přetrvávají genderové stereotypy a v určitých profesích se stále objevuje diskriminace žen při uplatnění na trhu práce, např. kvůli jejich pohlaví, předpokládaným nedostatečným schopnostem nebo mateřské roli (Křížková, 2003, 2006). Genderová struktura trhu práce a nedostatečná institucionální podpora rodičů (př. nedostatek flexibilních úvazků, problémy s institucionálním zajištěním péče o děti atd.) s sebou přináší řadu problémů při skloubení profesního uplatnění žen a role v rodině, které mohou vést k řadě konfliktů.

Téma kombinace pracovního a rodinného života je v České republice zkoumáno spíše z celospolečenského hlediska, a proto se tato práce zaměřuje na specifickou skupinu žen – lékařek. Zdravotnictví je neustále předmětem veřejného zájmu a politických diskuzí. V českém prostředí je lékařský obor feminizován, kdy podíl žen dosahuje 56 % (ÚZIS 2012). Lékařský obor se vyznačuje specifickými požadavky na výkon, které mohou ztěžovat skloubení profesních a rodinných závazků a rolí – např. časová náročnost práce, vysoká míra odpovědnosti, stres z odborného dohledu nad pacienty, nutnost celoživotního vzdělávání a vyrovnání se s problémy s financováním veřejného sektoru zdravotnictví po privatizaci a nedostatkem moderního technického vybavení atd. Pracovní a rodinnou sféru života lze od sebe jen těžko oddělit, a tak je zde patrná i orientace žen do oborových specializací.

Teoretická část bakalářské práce vychází ze dvou klíčových přístupů, které se objevují ve většině sociologických studií, podle nichž při uplatnění na trhu práce a posléze kombinaci pracovního a rodinného života hrají důležitou roli individuální preference jednotlivců (Hakim, 2000) anebo je kladen důraz na strukturální bariéry trhu (Crompton, Harris, 1998). Vzhledem k zaměření na lékařskou profesi jsou zde představeny i teorie C. Warde (1996) a C. Dumelow (2000), které se zaměřují na propojení lékařské profese a rodinného života a hovoří o různých typech strategií, které muži i ženy volí.

Dále jsou zde nastíněny faktory ovlivňující pracovní a rodinnou sféru a spojitost s chápáním genderových rolí a jejich proměnami v rodině, trendy současné moderní rodiny a specifika lékařské profese. Na základě statistických údajů z celorepublikového šetření Sociologického ústavu Rodiče 2005 (Křížková, 2006) jsou zde představeny postoje mužů a žen k danému tématu, což umožňuje identifikování problémových oblastí.

Empirická část práce je kvantitativní sondou, která má za cíl pomocí dotazníkového šetření zmapovat důvody lékařek pro zvolení tohoto oboru a zda pocítují nějaké problémy při skloubení své kariéry a role v rodině. Dále je analýza zaměřena i na čerpání rodičovské dovolené, důvody ukončení rodičovské dovolené a jak mají rozdělenou péči o děti a domácnost se svým manželem či partnerem.



## **Teoretická část**

### **1. Vymezení pojmu**

Sociologická konceptualizace problematiky kombinace pracovního a rodinného života se u nás rozvíjí od roku 1989 a zejména v posledním desetiletí (př. Dudová, Hašková, Křížková, Maříková 2005, Křížková 2011) v návaznosti na tradici v západní sociologii. Přes rostoucí počet odborných statí je v dnešní době u nás formování tématu spojeno s pojmovou nezakotveností a lze se setkat s užíváním pojmů work/life balance, sladování, rovnováha nebo harmonizace pracovního a rodinného života. V předložené práci se přikláním k užití pojmu kombinace, který podle A. Křížkové (2007) naznačuje, že existuje velké množství variant a ne pouze jedna, která by představovala ideál, podle kterého by se jedinci měli řídit při organizování svého rodinného a pracovního života. Na základě genderových stereotypů, založených na primární odpovědnosti žen za péči o rodinu a domácnost, se předpokládá, že se jedná o čistě ženský problém, ale ve skutečnosti se tento problém týká i mužů. V závislosti na fázích rodinného cyklu, typu rodinného soužití, věku dětí, socio-profesním postavení a hodnotových preferencích se mění tlak na kombinaci obou sfér.

#### **1.1 Východiska kombinace pracovního a rodinného života**

Počátky ukotvení tématu v sociologických teoriích jsou spojeny s obdobím transformace a proměnami pracovního trhu v 90. letech 20. století, které vyvolaly potřebu po organizování rodinné a pracovní sféry. Dominantním rysem byl nárůst počtu zaměstnaných žen díky sociálně-politickým opatřením, institucionálním podmínkám a změnám v hodnotovém žebříčku směrem ke zvyšující se seberealizaci a individualizaci.

Sociologická teorie U. Becka a E. Beck-Gernsheim (1995: 6) poukazuje na fakt, že „požadavky pracovního trhu a požadavky rodinného života jsou protichůdné“. Pracovní trh vyžaduje nevázané individuum, které přizpůsobí svůj život požadavkům zaměstnavatele bez ohledu na své závazky vůči rodině. Tento požadavek respektuje tradiční genderový model rodinných rolí, kdy muž je živitelem rodiny a jeho neúčast v rodině je akceptována z důvodu pracovního vytížení a finančního zajištění rodiny. Na druhou stranu, žena je požadavkem na nevázané individuum znevýhodněna na trhu práce kvůli zajištění chodu domácnosti a péči o děti, která je jí stereotypně přisuzována a v určitých oborech může negativně ovlivňovat její pracovní kariéru. Nárůst pracujících žen ale vedl ke snaze o postupné opouštění tradičního modelu rodinného uspořádání směrem k rovnocennému rozdělení rolí muže a ženy, což vedlo k vytvoření různých strategií pro snadnější kombinování obou rolí.

Proměnu tradičního modelu a charakteristiku současné české rodiny ovlivnily demografické změny, které se začaly objevovat v posledních dvou desetiletích a vývoj zaměstnanosti žen. Postavení žen (matek) na trhu práce je možné považovat za jeden z faktorů, který ovlivňuje jejich reprodukční chování (Křížková, Vohlídalová 2007). Postupně docházelo k opouštění tzv. východoevropského modelu (Čermáková, 2002), který podporoval vysokou míru sňatečnosti a založení rodiny brzy po dokončení studií. Obvyklé bylo mít dítě krátce po svatbě nebo nevěsta již byla těhotná. Po sňatku často řada novomanželů bydlela se svými rodiči. Mateřská role vytlačovala ženy z pracovního trhu a jejich úkolem se stalo především zajištění péče o děti a domácnost. Po roce 1989 v důsledku společenských změn, zejména demokratizace společnosti a liberalizace pracovního trhu, docházelo k redefinování tohoto modelu rodinného uspořádání a většího zapojení otce do péče o děti. A. Křížková (2002) uvádí, že hlavním trendem v populačním vývoji je odkládání sňatků, trvalý pokles sňatečnosti a porodnosti a stárnutí populace. Mladá generace upřednostňuje soužití v nesezdaném partnerství a odkládá rodičovství do pozdějšího věku. Narůstá i počet mimomanželsky narozených dětí a podle I. Možného (2006) dochází i ke snižování počtu dvoudětných nukleárních rodin, které byly považovány za typicky českou rodinu. Volba života v nesezdaném soužití a odkládání založení rodiny souvisí i se zvyšující životní úrovní jednotlivců. Nedostatečná sociální politika státu neumožňuje ve většině případů udržet si životní standard po narození dítěte. Situace je navíc ztížena i nízkou úrovní mezd a tím, že po nástupu na rodičovskou dovolenou se musí rodiny vyrovnat se situací, kdy příjmy v rodině jsou tvořeny pouze příjmem jednoho z partnerů.

Podstatnou změnou pracovního trhu je zvyšující se podíl zaměstnaných žen. Od 50. let 20. století přetrvává stabilně vysoká úroveň jejich participace na pracovním trhu (Dudová, Hašková, Křížková, Maříková 2005). Zaměstnanost prošla různými změnami, které se mohou lišit v závislosti na vyspělosti jednotlivých zemí a sociálním prostředí, ve kterém změny probíhají. První větší nárůst podílu žen, který ovlivnil vývoj zaměstnanosti v České republice, způsobila 2. světová válka, kdy byly ženy mobilizovány, aby zastoupily muže v práci. Tento stav nebyl dlouho udržitelný, jelikož byly po válce nuceny vrátit se do domácnosti k tradiční roli v rodině<sup>1</sup>. Ne všechny ženy ale odešly do domácnosti a zhruba jedna třetina žen, které byly mobilizovány, stále pracovaly (Čermáková, 2002).

---

<sup>1</sup> B.Friedan (2002) hovoří o tzv. ženské a „problému beze jména“, který postihuje poválečnou generaci žen (hovoří o ženách v USA), která byla nucena vrátit se do domácnosti k tradiční roli manželky a matky. Poukazuje na fakt, že ženy se pak v domácnosti cítily nespokojené, frustrované z profesního nenaplnění a pociťovaly i krizi identity.

Vývoj zaměstnanosti žen po konci 2. světové války nastiňuje A. Křížková (2011) a uvádí, že k dalšímu nárůstu zaměstnanosti došlo v důsledku komunistického ideálu plné zaměstnanosti, který byl prosazován od roku 1948. Ženy našly uplatnění v méně kvalifikovaných pozicích v průmyslu a zemědělství. V 60. letech s nárůstem vzdělanosti žen docházelo k postupnému pronikání žen do sektoru služeb, kde nemusely vykonávat náročnou manuální práci. S rostoucí vzdělaností docházelo i ke zvyšování platů žen, ale stále zde fungovala mzdová diskriminace. V 70. a 80. letech ženy obsazovaly pozice, které odpovídaly jejich kvalifikaci a začala postupná feminizace některých oborů (př. zdravotnictví či školství). V 90. letech začaly ženy nastupovat i do vyšších řídicích pozic a poprvé se začaly setkávat s nezaměstnaností, která v posledních letech dosahuje dosud nejvyšší úrovně<sup>2</sup>. Byl ustanoven model kontinuální pracovní dráhy muže a přerušované pracovní dráhy ženy, který se stal genderovou normou, na které jsou vystavěny politiky kombinace práce a péče (Křížková, 2011).

I přestože dochází k většímu pronikání žen do pracovní sféry, nedochází k výraznému redefinování dělby práce mezi mužem a ženou v rodině (Křížková, 2006). Ženy jsou nuceny si volit mezi prací a rodinou i z důvodu nízké institucionální péče, kterou by mohly využívat, jelikož počet dětí přesahuje volná místa v jeslích a mateřských školkách a využití soukromých poskytovatelů péče o děti je finančně velmi náročné. Sociální opatření navíc podporují dlouhodobou péči o děti na rodičovské dovolené a nedostatečně rozvíjí možnost pracovat na zkrácený úvazek.

Svou roli zde hrají individuální svobodné volby a systémové bariéry (př. nezaměstnanost, diskriminace), které ženám (i mužům) ztěžují uplatnění na trhu práce. Tyto dva faktory byly identifikovány jako základní východiska pro vznik klíčových teorií, které budou rozebrány v následujícím oddílu.

## **1.2 Individuální preference a systémové bariéry**

Klíčové teorie jsou koncipovány na základě množství empirických šetření, které měly za cíl identifikovat jednotlivé rysy problematiky a analyzovat strategie, které zkoumaná populace volí při skloubení pracovní role a organizování péče o domácnost se svým partnerem. Britská socioložka Catherine Hakim (1996, 2000) ve své teorii preferencí zdůrazňuje význam osobních preferencí žen, které determinují jejich životní styl a uplatnění na trhu práce. Domnívá se, že jsou i příčinou nerovného postavení muže a ženy při

---

<sup>2</sup> V únoru 2014 podle Ministerstva práce a sociálních věcí míra nezaměstnanosti dosahovala 8,6 % - více na: <https://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/mes>

participování na trhu práce, jelikož jejich rozdílné postavení je dáno odlišnými individuálními volbami, které jednotlivci činí v pracovní oblasti. Za příčinu podle ní nelze považovat vnější bariéry ale jejich rozhodnutí. C. Hakim (2000) zdůrazňuje, že individuální preference jsou velmi heterogenní. Heterogenita se projevuje v odlišných přístupech k řešení konfliktu při kombinování pracovní a mateřské role. Liší se především v závislosti na životní roli, kterou zastávají v rámci rodinného cyklu a jak moc akceptují tradiční rozdělení rolí v rodině. Individuální preference žen se rozvíjí v důsledku sociálních změn, které podle C. Hakim vytváří tzv. „nový scénář možností a příležitostí pro ženy ve 21. století“ (2000:3). Jedná se o pět historických změn, které proběhly v moderních společnostech. Upozorňuje ale na to, že se změny nemusely objevit ve všech společnostech. Zdůrazňuje revoluci rovných příležitostí, kdy byl ženám zajištěn přístup ke všem pozicím na trhu práce a byla zakázána diskriminace na základě pohlaví. Antikoncepční revoluce umožnila kontrolovat porodnost nezávisle na vůli jejich partnera a načasovat narození dětí pro lepší kombinování práce a mateřství. Vedle těchto revolucí byl podstatný rozmach povolání tzv. bílých límečků, které se stalo velmi atraktivní pro ženskou populaci a možnost pracovat na částečný úvazek. Jako poslední změnu uvádí nárůst důležitosti hodnot a vlastních rozhodnutí při volbě svého životního stylu.

C. Hakim (2000) na základě svého výzkumného šetření, které probíhalo ve Velké Británii a Španělsku, klasifikuje ženy do tří skupin (ideálních typů) na základě jejich vztahu k rodině a práci - ženy zaměřené na domov (20 % zastoupení v populaci), na práci (20 %) a ženy adaptabilní (60 %). Ženy zaměřené na domov (home-centred women) dávají přednost svému osobnímu rodinnému životu před kariérou. Inklinují spíše k tradičnímu rozdělení rolí v rodině a stávají se velmi nestabilními zaměstnanci. Existenční zajištění rodiny ponechávají pouze na svém muži i v situaci, kdy se rodina ocitne ve finančních problémech v důsledku závislosti na jednom příjmu. Jsou navíc velice citlivé k jakýmkoliv změnám v sociální politice a poskytování sociálních dávek. Naopak ženy zaměřené na práci (work-centred women) se seberealizují v placeném zaměstnání, které preferují před založením rodiny. Do této skupiny patří zejména bezdětné ženy, které investují svůj čas i peníze do zvýšení svého vzdělání a kvalifikace a často se realizují i ve veřejné sféře (př. politika).

Skupina adaptivních žen (adaptive women) je nejpočetněji zastoupenou a velmi různorodou. Jedná se o ženy, které dokáží kombinovat svoji práci s rodinným životem a neupřednostňují ve svém životě ani jednu z těchto oblastí. Své preference střídají a přizpůsobují se životní situaci. Pružně reagují na jakékoliv změny a dokáží přizpůsobit svůj život pracovním podmínkám a svou pracovní kariéru plánují i v závislosti na kariérních úspěších svého muže. Po narození dětí často využívají možnost pracovat na zkrácený úvazek.

Ženská heterogenita a diverzita jejich životních voleb poukazuje na fakt, že je velmi obtížné nastavit nástroje sociální politiky ve společnosti tak, aby vyhovovaly všem.

Na preferenční teorii kriticky reagovala řada sociologů a feministických autorů. R. Crompton a F. Harris (1998) jí vyčítají, že opomíjí jakákoliv strukturální omezení a genderové nerovnosti ve společnosti. Ničím nezatížené svobodné volby nepovažují za jediné determinanty životního stylu. Struktura pracovního trhu je výsledkem spolupůsobení strukturálních bariér a vlastních voleb. Proti teorii preferencí se vymezily na základě výsledků mezinárodního výzkumu, který se uskutečnil v pěti zemích včetně České republiky.<sup>3</sup> Podle něj je míra participace žen na pracovním trhu ovlivněna rozvinutím a zaměřením sociální politiky státu, zaměstnaneckou strukturou a pojetím dělby práce, která je v jednotlivých zemích odlišná. Zkoumaný vzorek byl tvořen ze dvou profesí – lékařek a bankovních úřednic. Ve své analýze uvádí, že si lékařky volí kariéru, která jim umožňuje kombinovat svoji praxi s rodinným životem (Crompton, Harris 1998). Vybírají si např. oborovou specializaci, která je méně časově náročná (př. všeobecné lékařství).

---

<sup>3</sup> Do výzkumu bylo zahrnuto 5 států – Velká Británie, Norsko, Francie, Rusko a Česká republika.

## 2. Lékařská profese a její specifika

Lékařská profese představuje specifický obor, který je od počátku svého vzniku považován za elitní a těší se vysoké prestiži u naprosté většiny občanů v České republice (Tuček, 2013). V období socialismu došlo k vysokému nárůstu podílu žen ve zdravotnictví, a proto se diskuze o skloubení pracovní a rodinné role objevila i zde. Podle E. Křížové je i přes feminizaci lékařské profese tento svět „konstruován podle principů a pravidel mužského myšlení a nahlížení“ (2006: 61). Vykonávání této profese je spojeno s určitým posláním, službou veřejnosti a altruistickou pomocí nemocnému pacientovi. Lékařské role navíc vzbuzuje pocit exkluzivity díky viditelným znakům a symbolům, o které se opírá – např. bílou barvou oblečení nebo užíváním latinských výrazů.

Prestiž a výlučnost povolání je spojena s vysokou úrovní specifických znalostí a dovedností, vysokou časovou náročností výkonu profese a vysokou mírou odpovědnosti za zdravotní stav pacienta. Navíc je práce lékařů ovlivňována byrokratickým systémem jednotlivých pracovišť a kontrolními mechanismy, které nejsou běžné ve většině jiných povolání. Ve vztahu k pacientům jsou na ně kladeny požadavky na různé osobnostní vlastnosti, které by měli lékaři mít. T. Parsons (1951) při své analýze moderního sociálního systému využil lékařské prostředí k pozorování pravidel chování, která by měla být dodržována jednotlivci v typických rolích tohoto prostředí. Svými myšlenkami jako jeden z prvních sociologů přispěl ke konceptualizaci role lékaře, kterou považoval za komplementární k roli pacienta a definoval ji čtyřmi charakteristickými znaky – univerzalismem, afektivní neutralitou, funkční specifičností a kolektivní (servisní) orientací. Pod pojmem univerzalizmus rozumí požadavek, že má lékař poskytnout své odborné znalosti a dovednosti každému, kdo je potřebuje a má jednat v nejlepším zájmu pacienta. Afektivní neutralita znamená ovládnutí emocí a emočních projevů, které jsou přirozenou součástí každé sociální interakce při styku s pacientem. Lékař by měl být ve svých reakcích neutrální a měl by jednat objektivně bez ohledu na to, zda je mu konkrétní pacient sympatický či nikoliv. Funkční specializace předpokládá, že lékař bude vykonávat svou praxi pouze v oblastech, pro které je odborně způsobilý a ve kterých nasbíral zkušenosti. Od lékaře je dále očekáváno, že bude brát ohled na potřeby nemocného, a tak pod posledním požadavkem kolektivní orientace rozumí, že základem výkonu lékařské profese je altruismus. Prioritou se tak stává blaho pacienta, které je upřednostňováno před zájmy lékaře.

Všichni lékaři musí být členy profesní organizace lékařů České lékařské komory (ČLK), která dbá na vykonávání této profese v souladu se stanovenými zákony a vydává licence k výkonu lékařské praxe. Požadavky na výkon povolání jsou definovány Etickým

kodeksem ČLK, podle kterého se musí řídit. Upravuje vztahy mezi lékařem a pacientem, vzájemné vztahy mezi lékaři a obecné zásady výkonu povolání. Je zde např. stanoveno, že „každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc“ a jsou povinni poskytnout péči „bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře“ (ČLK).

Lékařská profese je vysoce oceňována z hlediska náročnosti na kvalifikaci, jelikož na lékaře je kladen tlak na kontinuální celoživotní vzdělávání a samostudium, které má zajistit poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Studium na vysoké škole nemá za úkol připravit mediky na výkon povolání pouze na úrovni odborných znalostí, ale je i místem pro socializování jedince do role lékaře. To znamená připravit studenty na reálné situace, které mohou být nepředvídatelné a stresující kvůli zdravotním komplikacím pacienta. E. Křížová uvádí, že se „studenti učí přijímat účastný postoj vůči nemocným a současně zůstat emocionálně neangažovaní“ a přejímají „profesionální morální standard“ (2006:50). Při přípravě na zisk atestací (postgraduálních zkoušek) se ocitají již v reálných situacích, ve kterých se učí vyrovnávat s nejistotou, osobní odpovědností a setkávají se tváří v tvář i s požadavky Etického kodexu, které musí dodržovat.

Výkon lékařské profese je spojen s větší časovou náročností než u jiných pracovních pozic. Počet hodin strávených v práci se odvíjí od oborové specializace a její náročnosti a jaký typ lékařské praxe vykonává. Nad rámec sjednané pracovní doby nejvíce hodin odpracují lékaři v nemocnicích a dochází i k překračování stanovených limitů daných zákonem (Křížová, 2006). Běžnou součástí jejich práce jsou přesčas, noční a víkendové směny a práce o svátcích. Lékaři jsou nuceni pracovat přesčas zejména kvůli nedostatku kvalifikovaných lékařů a nepřetržitému provozu některých zdravotnických zařízení. Od ledna 2014 musí být zajištěno dodržování stanoveného množství přesčasové práce lékařů, které upravila směrnice Evropské Unie na 416 hodin za rok, předtím lékaři mohli odpracovat 832 hodin (Voleman, 2014). Hlavním důvodem bylo zajistit lepší zdravotní péči pacientům a zabránit, aby je ošetřovali přepracovaní lékaři. A. Hochschild (1997) v souvislosti s časovou náročností řady profesí hovoří o tzv. time-bind. Jedná se o situaci, do které se lidé dostávají kvůli velkému množství času, který tráví v práci. Pracovní prostředí se podle ní stává náhradním domovem.

## **2.1. Žena jako lékařka**

Jak již bylo uvedeno v úvodu této práce, lékařská profese je silně feminizovaný obor a podíl žen dosahuje 56 %, tj. 22 612 osob (ÚZIS, 2012). I přes početní převahu v oboru a

zdánlivou dominanci ženy nedosahují rovnosti příležitostí na pracovišti, i když podle E. Křížové „tendence genderového znevýhodnění slábne s feminizací medicíny a s poklesem konkurence o pracovní místa v jednotlivých specializacích“ (2006:77). Je zde patrná segregace pracovního trhu, která se uplatňuje na vertikálním rozdělení pozic, jelikož kvůli pohlaví a přisuzovaným stereotypům je ženám odepřeno uplatnění na vedoucích postech. Nesmí ale docházet k zobecnění platnosti na všechny oborové specializace, jelikož v některých je vysoké zastoupení žen, které se odráží i v jejich uplatnění na vyšších postech.

Podle údajů ÚZIS (2012) lze některé lékařské obory považovat v České republice za typicky „ženské“. Jedná se o praktické lékařství pro děti a dorost, dermatoverenologii a oftalmologii, které jsou nejvíce zastoupeny ženami (viz. Tabulka 1). Naopak nízké zastoupení mají ženy v oboru traumatologie, ortopedie a kardiochirurgie, které může být vysvětleno nižší motivací jednotlivých lékařek pro výkon povolání kvůli jejich fyzické náročnosti. U chirurgických oborů se všeobecně předpokládá, že v nich budou dominovat muži a ženy se budou orientovat do jiných oblastí, kde se mohou realizovat. E. Křížová (2006) uvádí, že tento názor je podporován i samotnými lékařkami, jelikož vykonávání chirurgické profese vyžaduje vysokou fyzickou a psychickou odolnost kvůli vysokému počtu hodin strávených na operačních sálech či silnému stresu, který plyne z nečekaných zvrátů zdravotního stavu pacienta.

**Tabulka 1. Podíl žen v oborových specializacích**

<b>Oborová specializace</b>	<b>Počet mužů</b>	<b>Počet žen</b>	<b>Podíl žen</b>
<b>Praktické lékařství pro děti a dorost</b>	280	1779	86,4 %
<b>Dermatoverenologie</b>	135	728	84,4 %
<b>Oftalmologie</b>	321	968	75,1 %
<b>Kardiochirurgie</b>	155	22	12,4 %
<b>Ortopedie</b>	1059	96	8,3 %
<b>Traumatologie</b>	178	11	5,8 %

Zdroj: Lékaři, zubní lékaři, farmaceuti 2012 (ÚZIS)<sup>4</sup>

Orientace žen do určitých oborů není dána pouze jejich svobodnými volbami a schopnostmi, ale výběr ovlivňují strukturální bariéry, které jsou způsobeny mužskou dominancí a diskriminací žen. Lékařská profese je genderově segregována (Křížová 2006),

<sup>4</sup> Upraveno - zobrazeny pouze 3 obory nejvíce a 3 nejméně zastoupeny ženami. Podíl žen dopočítán.



jelikož ji ovlivňují stereotypy o vhodnosti typu pozice či oboru pro ženy a muže. Lze se setkat s nepřímou diskriminací žen, která se podle E. Křížové projevuje tím, že „jsou často směřovány do oblastí, o které muži projevují menší zájem“ a „prostředkem je spíše upozorňování na vhodnost či nevhodnost určité specializace pro ženu“ (2006:62). Mimo to se mohou setkat s diskriminací při vstupu do zaměstnání, kdy jsou jim při pracovním pohovoru kladeny otázky ohledně jejich rodinného života (př. počtu dětí, plánovaného mateřství atd.). Je zde představa, že úspěchu ženy mohou dosáhnout, tak že se vzdají plnohodnotného rodinného života, který přizpůsobí svým profesním aspiracím. Nutnost vyššího pracovního nasazení předpokládá i komplikovanější skloubení pracovních a rodinných závazků, což také ovlivňuje uplatnění žen v oboru. K plnohodnotnému výkonu profese jsou nuceny něco ve svém životě obětovat a přizpůsobit se konkrétní situaci. Pro zaměstnavatele je podle A. Křížkové žena s rodinou považována „za velmi nejistou a neperspektivní pracovní sílu“ (2002:23). Mateřská role navíc nekomplikuje pracovní uplatnění pouze skupině žen s dětmi, ale znevýhodňovány jsou i ženy, které děti nemají z důvodu jejich potenciálního budoucího mateřství (Křížková, 2002).

Preference mužů při obsazování pracovních míst potvrzuje i výzkumné šetření L. Simerské a I. Smetáčkové (2000), které provedly kvalitativní sondu mezi lékařkami, ve které dotazované respondentky uvedly případy otevřeného diskriminačního jednání. Ztíženou pozici pocítovaly zejména absolventky hledající první zaměstnání či čerstvě vdané lékařky, které byly odmítány z důvodu možného mateřství. Přerušovaná pracovní dráha ženy, která představuje ve společnosti uznávaný model, tak není v této profesi vítána již od počátku ženské lékařské praxe<sup>5</sup>. Podceňování ženské pracovní síly a přítomnost genderových stereotypů při různých pracovních procesech jsou podle M. Čermákové (2002) vysvětlovány uplatňováním gender kontraktu v českém pracovním prostředí<sup>6</sup>, který úzce souvisí s pojetím genderových rolí.

Pracovní náročnost lékařské profese přiměla řadu autorů k vytvoření různých teorií a klasifikací, které rozdělují ženy i muže do skupin podle toho, jaké volí strategie při kombinaci pracovní a rodinné role. C. Dumelow (2000) na základě svého kvalitativního šetření rozlišuje tři kategorie. Ženy i muži volí buď pracovní kariéru (career dominant strategy), oddělenou strategii (segregated strategy) nebo přizpůsobenou strategii (accommodating strategy). Pracovní kariéru upřednostňuje 15 % lékařek a 3 % lékařů. Svou kariéru rozvíjí na úkor svého

<sup>5</sup> První americká lékařka Elizabeth Blackwell (1821-1910) pod vlivem společenského prostředí odmítla manželství ve prospěch lékařské kariéry (Renzetti, Curran, 2003:39).

<sup>6</sup> Gender kontraktem se zde rozumí „soubor implicitních a explicitních pravidel, týkajících se genderových vztahů, která ženám a mužům připisují různou práci a hodnotu, zodpovědnost a povinnosti“ (ČSÚ) – více na: [http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender\\_pojmy](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender_pojmy)

soukromého života, jelikož do této skupiny patří většinou bezdětní a svobodní či rozvedení jedinci. Někteří se již na začátku kariéry rozhodli, že nebudou mít děti, aby naplnili své profesní ambice. Oddělenou strategii vyhledává nejvíce lékařů (55 % lékařek a 85 % lékařů). Ve svém životě se snaží naplno věnovat kariéře i rodině. Dokáží si dobře zorganizovat svůj čas a k péči o dítě často využívají placenou výpomoc v domácnosti. Lékaři, kteří ve svém životě nechtějí omezovat svůj rodinný život kvůli pracovním povinnostem, volí poslední zmiňovanou strategii tzv. přizpůsobenou (30 % lékařek a 12 % lékařů). Přizpůsobují svoji kariéru svému soukromému životu tím, že ji přerušují či pracují na zkrácený úvazek, aby se mohli naplno věnovat svým dětem a domácnosti.

C. Warde (1996) ve své studii také identifikovala konflikty pracovních a rodinných rolí a uvádí 3 typy strategií – akceptující, vyhýbavou a bojovnou. V akceptující strategii se rodina lékaře smíří s požadavky, které jsou na něj v práci kladeny a přizpůsobí svůj životní styl a dělbu v domácnosti životu lékaře. Vyhýbavá strategie je vhodná pro lékaře, kteří se vzdají svých profesních ambicí ve prospěch rodiny. Volí si méně náročné oborové specializace (př. praktické lékařství) a snižují svoje pracovní závazky ve prospěch rodiny. Bojovná strategie je podle C. Warde typická pro začínající lékaře, kteří nechtějí přistoupit na náročné pracovní podmínky, které jsou jim předurčeny. Kritizují především vysoký počet odpracovaných hodin, nemožnost využívat zkrácené úvazky a plat nezahrnující příplatky za práci přesčas či noční a víkendové směny. K úspěšnému skloubení pracovního a rodinného života mohou ženy i muži využít i řadu opatření od zaměstnavatele a státu. Různé možnosti a strategie budou rozebrány v následujícím oddílu.

### 3. Strategie kombinace pracovního a rodinného života v České republice

Kombinování pracovních a rodinných povinností nabývá na důležitosti v závislosti na fázích rodinného cyklu. Především rodiny s dětmi a ženy samoživitelky volí řadu strategií, které jim umožní lépe zvládat jejich skloubení rodinných a pracovních povinností na individuální úrovni, ale mohou využít i řadu opatření od zaměstnavatelů a státu. Jedná se zejména o využití institucionálních zařízení pro péči o nezletilé děti (jesle a mateřské školky) a možnost upravit si svůj pracovní úvazek v závislosti na charakteru pracovní pozice a formách pracovního úvazku, které zaměstnavatelé nabízí. Mohou využívat i opatření, která jsou právně i institucionálně ukotvena a mají na ně nárok. Nejčastěji si vybírají rodičovskou a mateřskou dovolenou a využívají finanční opatření podporující rodiny s dětmi (př. sociální dávky, rodičovský příspěvek, daňové zvýhodnění atd.).

Některí zaměstnavatelé v současné době rozvíjí ve svých firemních strategiích tzv. family-friendly policies, ve kterých se snaží vyhovět požadavkům pracujících matek a otců, aby lépe skloubili péči o děti se svou prací. Pracovní opatření jsou ale ve většině případů využívána sporadicky (Maříková, 2005), jelikož jejich nabídka není dostačující a přináší s sebou řadu nevýhod. Mezi taková opatření patří práce na částečný úvazek, kdy zaměstnanci musí odpracovat 20 až 30 hodin za týden. Kratší pracovní doba umožňuje sice lepší organizování času, ale zaměstnanci vykazují nižší míru zaměstnaneckých jistot a výhod (Hašková, Křížková, 2002). Dochází i k tomu, že musí za kratší čas stihnout splnit stejné množství úkolů, které mají za úkol i zaměstnanci pracující na plný úvazek. Za výhodnější než částečný úvazek považují lidé flexibilní pracovní dobu (Maříková, 2005), která spočívá v možnosti stanovit si začátek a konec pracovní doby. Rozložení pracovní doby si zaměstnanec může upravovat tak, aby splnil všechny povinnosti. Umožní tak efektivněji využívat čas ve prospěch rodiny. Tento způsob není moc rozšířen a je využíván spíše v administrativních profesích a malých organizacích do 50 zaměstnanců (Maříková, 2005). Mezi sporadicky využívané způsoby flexibilizace pracovní doby lze zařadit sdílení pracovního místa (tzv. job sharing), kdy dva zaměstnanci pracující na částečný úvazek sdílejí jedno pracovní místo a střídají se zhruba po 4 hodinách. Tento způsob ale není moc efektivní, jelikož nedosahují vysoké produktivity práce (Hašková, Křížková, 2002). U některých profesí, které vyžadují vyšší kvalifikaci či na pozicích v administrativě, je možné práci vykonávat z domova. Tato forma je pro rodiče výhodná, ale na druhou stranu může docházet k překračování stanovené pracovní doby, jelikož zaměstnanci mohou být rozptylováni prostředím, které si pro práci zvolí a tím může docházet ke snižování produktivity práce. Další nevýhodou je i ztráta sociálních kontaktů (Hašková, Křížková, 2002).

Zaměstnanci různé způsoby flexibilizace pracovní doby moc často nevyužívají (Maříková, 2005). Nízký podíl částečných úvazků na zaměstnanosti je dán chybějící nabídkou těchto úvazků ze strany zaměstnavatele a nízkou úrovní mezd, kvůli níž by si rodiny těžko udrželi životní standard (Dudová, Hastrmanová 2007). Řada profesí navíc neumožňuje jejich využití kvůli charakteru jejich pracovní náplně – př. práce ve směnném provozu. V lékařské profesi jsou tyto formy kvůli charakteru práce a omezené nabídce využívány spíše minimálně (Křížová, 2006).

Jak již bylo zmíněno, mateřská role komplikuje postavení ženy na pracovním trhu a je i jedním z důvodů k diskriminačním postojům zaměstnavatele. Ženy jsou znevýhodňovány kvůli přerušování pracovní kariéry a dlouhému trvání mateřské a na ni navazující rodičovské dovolené. Podle právního rámce mají na rodičovskou dovolenou nárok matka i otec dítěte, kterou mohou čerpat až do 3 let věku dítěte. Absence na pracovišti se ale může prodloužit kvůli narození dalšího dítěte a nástupu na další rodičovskou dovolenou. Podle H. Maříkové (2005) jen 1-2 % žen zůstává doma minimální dobu – cca půl roku a jedná se většinou o vysoce kvalifikovanou práci. K narušování genderových stereotypů o muži-živiteli a ženě-pečovatelce dochází spíše výjimečně, jelikož otcové na rodičovské dovolené se ve společnosti vyskytují málo<sup>7</sup> (Nešporová, 2005). Faktorem určujícím, kdo na ni nastoupí, je především finanční situace rodiny, kdy rodičovskou dovolenou využívá spíše osoba, která má nižší příjem. Většinou se jedná o ženy, které mají o 1/4 až 1/3 nižší příjem než muži (Maříková, 2005).

Po ukončení rodičovské dovolené a nástupu do zaměstnání většina rodičů řeší otázku zabezpečení péče o děti v jejich nepřítomnosti. V závislosti na stáří dítěte volí některý z typů institucionálního zařízení pro péči o nezletilé děti. V České republice jsou pro ně k dispozici jesle, mateřské školky, družiny či zařízení zřízená zaměstnavatelem (firemní školky či dětské koutky). Péče o děti do 3 let probíhá ve většině případů v rodině. H. Maříková (2005) uvádí, že počet zařízení pro péči o nejmenší děti (jeslí), byl po roce 1989 silně zredukován a v současné době většina jeslí je soukromých, které využívá méně než 1 % dětí ve věku od půl roku do 3 let. Počet zařízení byl podle ní zredukován kvůli dlouhému trvání rodičovské dovolené, poklesu porodnosti v 90. letech a kvalitě poskytované péče (problémy s vysokou nemocností dětí). Počet mateřských školek se z obdobných důvodů také snížil a v místech s nízkým počtem těchto zařízení vyvstává problém nepřijetí dítěte kvůli naplnění kapacity. Podle V. Kuchařové (2008) pouze v 58 % obcí je dostupnost reálná pro všechny zájemce.

---

<sup>7</sup> Olga Nešporová (2005) realizovala kvalitativní výzkum zabývající se specifickou problematikou otců na rodičovské dovolené v kontextu kombinování rodinných a pracovních povinností.

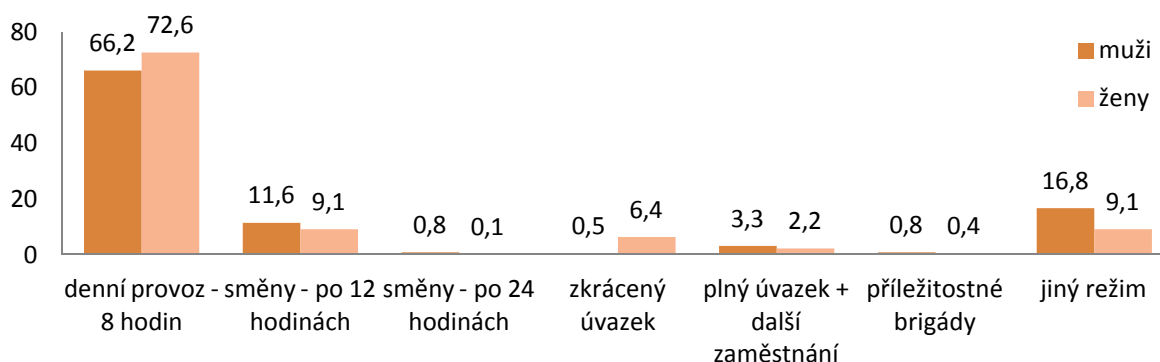
Přesto mateřské školky patří mezi nejvyhledávanější formu péče o předškolní děti ve věku 3 až 6 let.

Alternativní řešení představuje soukromá péče, kdy je dítě hlídáno chůvou v jeho domácím prostředí. Tato služba je ale finančně náročná a mohou si ji dovolit spíše rodiny s vyšším příjmem či lidé žijící ve větších městech, kde je tato možnost více rozšířena.

### 3.1. Sociologický výzkum Rodiče 2005

Reprezentativní sociologický výzkum, který byl proveden v roce 2005, umožnil identifikovat individuální a rodinné strategie kombinace pracovního a rodinného života, které v současné době nejčastěji využívají rodiče s nezaopatřenými dětmi v české společnosti, zkoumá jejich reálné postoje a zabývá se i otázkami na pracovní režim rodičů (Křížková, 2006)<sup>8</sup>. Dotazníkové šetření bylo provedeno na reprezentativním vzorku 1998 mužů a žen, kteří žijí ve společné domácnosti s dětmi do 18 let (včetně). Výsledky výzkumu ukázaly reálné využití flexibilních forem zaměstnání a dokazují, že pracovní režim rodičů a rozložení pracovní doby je spíše tradiční, jelikož většina pracujících rodičů je zaměstnána na plný úvazek s osmihodinovou pracovní dobou, ale „pracovní režimy mužů jsou výrazně více diverzifikovány než pracovní režimy matek“ (Křížková, 2006: 37). Na zkrácený úvazek pracuje pouze 6,4 % žen oproti 0,5 % mužů, což je především dáno malou nabídkou těchto úvazků ze strany zaměstnavatelů (viz Graf 1).

**Graf 1. Pracovní režim rodičů z hlediska pracovní doby podle pohlaví v %<sup>9</sup>**



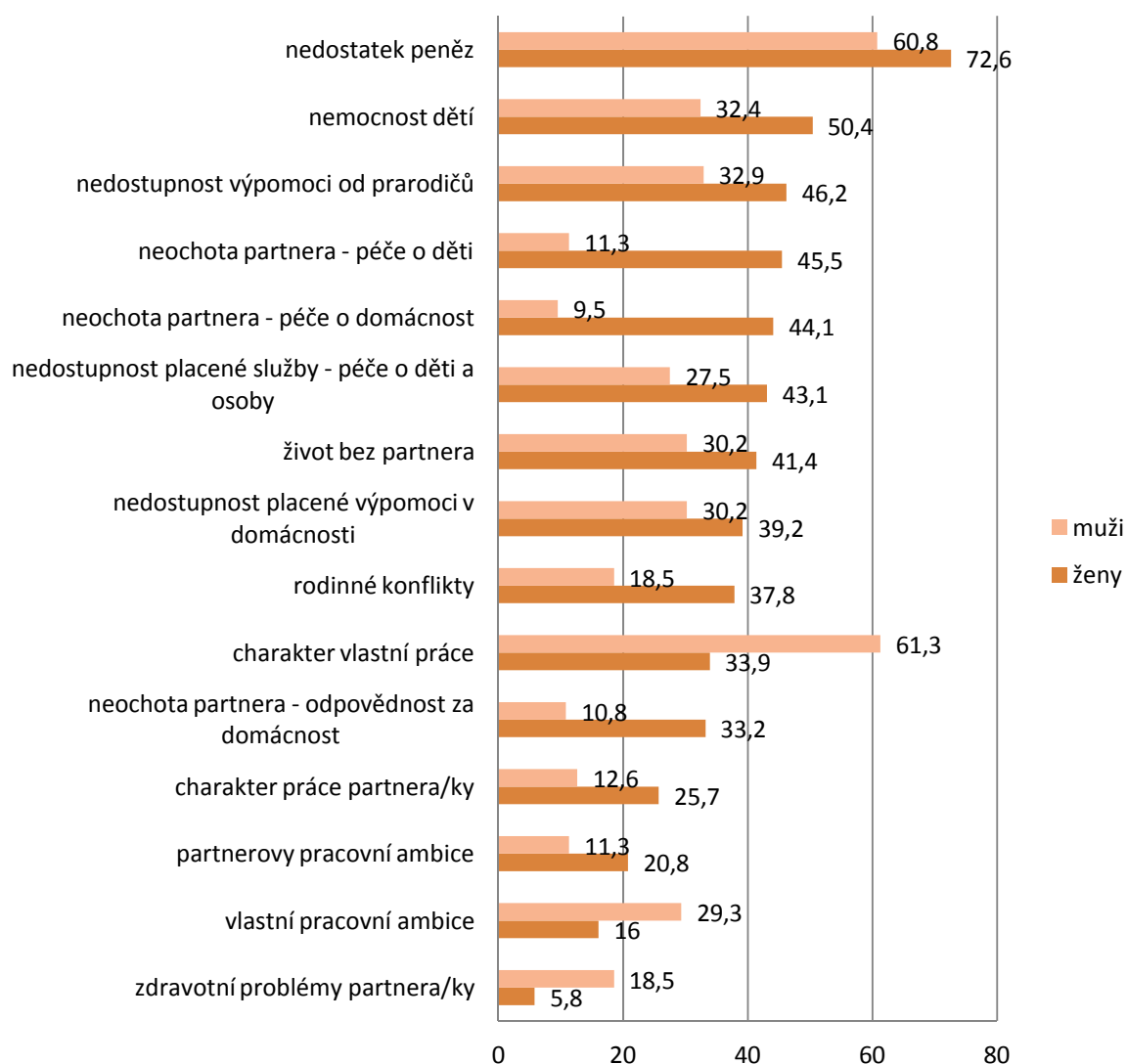
Na otázku jak zvládají pracovní a rodinné povinnosti, odpovědělo 57 % otců a 60 % matek, že obojí zvládají bez větších problémů. Signifikantně významné je i zjištění, že 27 % mužů oproti 9 % žen dobře zvládá práci na úkor rodiny. Problémy se skloubením pracovních

<sup>8</sup> Kvantitativní sociologický výzkum probíhal v roce 2005 v rámci výzkumného projektu „Kombinace pracovního a rodinného života v perspektivě genderových vztahů, sociální a zaměstnavatelské politiky ČR“ ve spolupráci Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR v.v.i. (Křížková, 2006).

<sup>9</sup> Zdroj: Rodiče 2005 (Křížková, 2006) N muži = 764, N ženy = 767

a rodinných povinností se ale objevily u skupiny pracujících žen s dětmi do 4 let a svobodných rodičů (Křížková, 2006). Z grafu 2 je patrné, že hlavní příčinou problémů se zvládáním pracovních a rodinných závazků je nedostatek peněz (pro 73 % žen a 61 % mužů). Mužům oproti ženám ztěžuje kombinaci práce a rodiny charakter jejich vlastní práce. Vysoká pracovní zátěž mužů je i důvodem, proč je pro ženy jednou z nejdůležitějších příčin problémů neochota a nedostatečná účast partnera na péči o děti a domácnost. Chybí jim výpomoc od prarodičů a potýkají se i s nedostupností placené péče pro péči o děti.

**Graf 2. Nejdůležitější příčiny problémů s kombinací práce a rodiny podle pohlaví v %<sup>10</sup>**



<sup>10</sup> Zdroj: Rodiče 2005 (Křížková, 2006) N muži = 222, N ženy = 413

Ve svých analýzách úspěšného zvládnání kombinace pracovního a rodinného života se dále zaměřili na identifikování různých strategií, které využívají ti, co obě oblasti života zvládají bez větších problémů a ti co mají nějaké problémy. Na základě faktorové analýzy bylo zjištěno, že obě zmiňované skupiny jako nejúspěšnější strategii volí partnerskou dělbu práce. Muži, kteří se skloubením nemají problémy, se ale neshodují s názory žen, které upřednostňují spíše pomoc s péčí o děti vně rodiny, jelikož s partnery ve většině případů nemají rovnoměrně rozdělenou práci v domácnosti či péči o děti a nemohou se na ně spolehnout. Důležité zjištění dále bylo, že využití flexibilních úvazků a vstřícnost v práci považují za důležité ti, co své závazky vůči rodině a práci zvládají s problémy (Křížková, 2006).

## **Empirická část**

### **4. Metodologie**

Empirická část práce vychází z vlastního kvantitativního dotazníkové šetření, které má za cíl přispět k utvoření ucelenějšího pohledu na problematiku kombinace pracovního a rodinného života u specifické profesní skupiny žen lékařek v České republice. Teoretický rámec, který byl zpracován v první části této práce, sloužil k zorientování se v problematice a dosavadních teoriích a umožnil formulovat výzkumnou otázku. Na jeho základě byl také definován plán výzkumu i způsob sběru dat.

#### **4.1. Cíle výzkumu**

V přípravné fázi výzkumu byly stanoveny specifické cíle výzkumu, hypotézy a struktura dotazníku. Hlavním cílem výzkumu je zodpovězení výzkumné otázky – jaké problémy pociťují lékařky mající děti při kombinaci svého pracovního a rodinného života. Lékařská profese se vyznačuje specifickými požadavky na výkon, které se mohou lišit v závislosti na tom, v jakém odvětví a oboru zdravotnictví pracují. Cílem je dále zmapovat, co by jim usnadnilo skloubení pracovních a rodinných závazků, jak je manžel/partner ochoten pomoci s péčí o děti a domácnost a jak využívaly možnost čerpat rodičovskou dovolenou při péči o děti. Konceptualizace předmětu výzkumu vyžaduje operacionalizovat tématické okruhy a dílčí indikátory do měřitelné podoby. Jak ale uvádí M. Disman (2008) je potřeba mít na paměti, že při sociologickém výzkumu dochází k redukci sociální reality a redukci počtu pozorovaných proměnných, což vede ke zkoumání pouze určitého výseku reality.

Předmět výzkumu byl tématizován do tří hlavních okruhů, které se shodují se strukturou dotazníku (viz Příloha 1) i se strukturou analytické části práce. První část dotazníku se zabývá otázkami, které se týkají lékařské profese – v jakém odvětví zdravotnictví pracují, typ lékařské specializace a důvod jejího zvolení, pracovní režim lékařek a zda volba lékařského oboru ovlivnila plánování jejich rodinného života. Druhá část dotazníku byla věnována otázkám ohledně rodičovské dovolené – zda ji lékařky čerpaly, jak dlouho zůstaly doma před návratem do práce a jaké byly důvody jejího ukončení. Třetí část dotazníku se zabývala otázkami, které zjišťovaly, zda lékařky pociťují problémy s kombinací pracovního a rodinného života, jaké nejčastější příčiny uvádí a co by jim umožnilo lépe skloubit jejich rodinné a pracovní povinnosti. Na závěr dotazníku byly zjišťovány základní sociodemografické údaje.



Kromě analyzování odpovědí na otázky v jednotlivých tématických okruzích byly pro účely tohoto výzkumu zformulovány na základě teoretického rámce i tři hypotézy<sup>11</sup>, jejichž platnost je následně při analýze získaných dat empiricky ověřena statistickými metodami. Teoretická práce poukazovala na fakt, že mateřská role komplikuje postavení ženy na pracovním trhu, jelikož dlouhé trvání mateřské a na ni navazující rodičovské dovolené znevýhodňuje ženy kvůli nutnosti přerušování jejich pracovní kariéry. S otevřeným diskriminačním jednáním z důvodu mateřství a dlouhému přerušení kariéry se podle Simerské a Smetáčkové (2000) můžeme setkat i v lékařském prostředí. Podle právního rámce může jeden z rodičů čerpat mateřskou dovolenou až do 3 let věku dítěte. H Maříková (2005) uvádí, že jen 1-2 % žen zůstává doma minimální dobu – cca půl roku a jedná se většinou o vysoce kvalifikovanou práci. Lékařská profese patří mezi vysoce kvalifikované práce a dá se předpokládat, že se lékařky pracující v nemocnicích mohou setkat i s požadavkem zaměstnavatele na brzký návrat do zaměstnání po narození dítěte. Byla tedy stanovena hypotéza, že *lékařky, které pracují v nemocničních zařízeních a poliklinikách zřízených státem/církví zůstávají doma před návratem do práce kratší dobu než lékařky, které provozují vlastní lékařskou praxi (H1)*.

Zejména po narození dětí jsou ženy i muži nuceni kombinovat svůj pracovní a rodinný život a z toho důvodu mohou pociťovat různé problémy. Reprezentativní sociologický výzkum Rodiče 2005 se zabýval otázkou, jaké jsou hlavní příčiny problémů se zvládnutím pracovních a rodinných povinností u žen a mužů (Křížková, 2006). Z výsledků je patrné, že hlavní příčinou problémů je nedostatek peněz a mužům ztěžuje kombinaci práce a rodiny charakter jejich vlastní práce. Kvůli specifickému charakteru lékařské profese (Křížková, 2006) zde byla stanovena druhá hypotéza, že *nejčastější příčinou problémů s kombinací práce a rodiny je u lékařek charakter jejich práce (H2)*. Cílem je tedy otestovat, zda se bude lišit hlavní příčina u celkové populace a výzkumného vzorku lékařek.

Výzkum Rodiče 2005 identifikoval u cca poloviny dotázaných žen jako jednu z příčin problémů s kombinací pracovního a rodinného života i neochotu partnera podílet se na péči o děti a domácnost (Křížková, 2006), a proto bude analýza zaměřena i na to zjistit, jak mají lékařky rozdělenou péči o děti a domácnosti se svými manželi či partnery a zda dochází k redefinování dělby práce mezi mužem a ženou v rodině<sup>12</sup>. Jako třetí hypotéza je tedy stanoveno tvrzení, že *lékařky nemají péči o děti a domácnost rozdělenou*

---

<sup>11</sup> Podle Hendla (2009) je hypotéza domněnka či tvrzení o vztazích ve zkoumané oblasti, které je odvozeno z teorie nebo zkušenosti a lze ji empiricky zprochybnit.

<sup>12</sup> Křížková (2006) poukazuje na to, i přestože dochází k pronikání žen do pracovní sféry, tak nedochází k výraznému redefinování dělby práce mezi mužem a ženou v rodině.

*s manželem/partnerem přibližně rovným dílem, větší podíl na péči o děti a domácnost má žena sama (H3).*

#### **4.2 Sběr dat a cílová populace**

Data byla sbírána pomocí kvantitativní metody sběru dat – strukturovaného dotazníku v období 1. února až 30. března 2014, který mohly oslovené respondentky vyplnit na internetové stránce [www.limesurvey.com](http://www.limesurvey.com), kde byl dotazník naprogramován. Tato metoda umožnila anonymní vyplňování a lékařky ho mohly vyplnit kdykoliv bez nutnosti přítomnosti tazatele. Odkaz na vyplnění dotazníku byl šířen pomocí rozesílání e-mailu. Průměrná délka vyplnění dotazníku byla cca 15 minut.

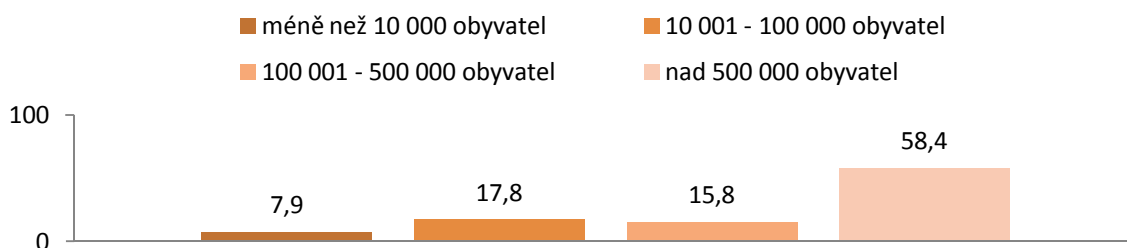
Výzkum byl určen lékařkám, které mají děti do 18 let věku (včetně), jelikož tato skupina žen nejvíce pociťuje potřebu kombinovat své povinnosti, aby se mohly realizovat jak v rodinném prostředí, tak v pracovní sféře. Kvůli omezenému přístupu k seznamu pracujících lékařek v České republice, byl pro jejich oslovení použit záměrný (účelový) výběr. Konstruovaný vzorek je vytvořen cíleným vyhledáváním osob, které splňují definovaná kritéria. Vzorek byl vytvořen technikou sněhové koule, která „spočívá na výběru jedinců, při kterém nás nějaký původní informátor vede k jiným členům naší cílové skupiny“ (Disman, 2008: 114). Pro pestrost respondentek byly lékařky vybírány nejprve na základě kontaktů od známých a dále byly oslovovány prostřednictvím institucí. Byla oslovena oddělení napříč lékařskými specializacemi v nemocničních zařízeních a poliklinikách (zřízené státem/církví i soukromé instituce) ve čtyřech městech - Praha, Tábor, Chomutov a Olomouc. Lékařky byly požádány o šíření odkazu na vyplnění dotazníku. Celkem byl dotazník vyplněn 103 respondentkami. Důležitým předpokladem pro realizaci byla ochota oslovených lékařek účastnit se výzkumu. Nízký počet vyplněných dotazníků a nenáhodný výběr respondentek ovlivnil i reprezentativnost vzorku. V řadě případů zapříčinil i nemožnost použít třídění druhého stupně ve statistických analýzách (viz. oddíl 6). Je potřeba zdůraznit, že představené výsledky a zjištění o vzorku nelze generalizovat na celkovou populaci lékařek v České republice.

## 5. Charakteristika výzkumného vzorku – sociodemografické otázky

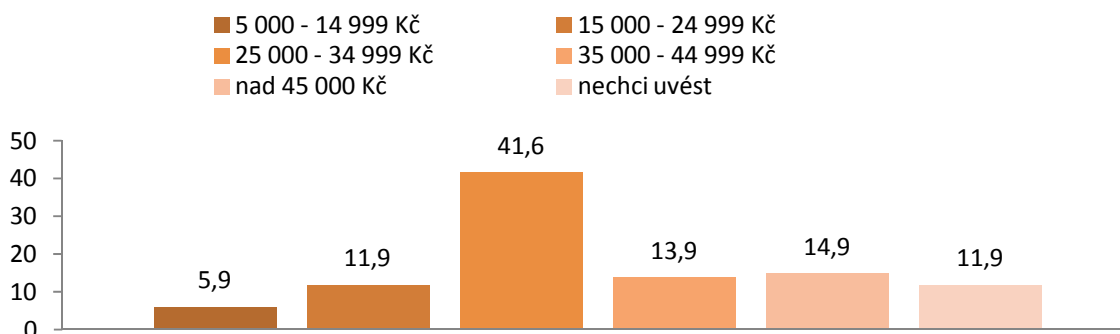
Hlavní podmínkou pro zařazení jedinců do výzkumu bylo kladné zodpovězení dvou screeningových otázek v úvodu dotazníku – zda jsou ženského pohlaví a zda mají děti. Jak jsem již uvedla, dalším kritériem pro zařazení byla i nutnost splňovat podmínku – mít alespoň jedno dítě do 18 let věku (včetně). Pouze u dvou žen z celkového počtu všech dotazovaných byly děti starší 18 let, a proto jejich odpovědi nebyly zahrnuty do datové matice a dále analyzovány. Celkem tedy byly analyzovány odpovědi ze 101 dotazníků. Ze základních sociodemografických otázek, které jsou ve většině sociologických výzkumů zjišťovány, byla vyloučena otázka na vzdělání. Důvodem je fakt, že předpokladem pro výkon lékařské profese je absolutorium na vysoké škole - lékařské fakultě.

Věkové rozpětí respondentek bylo 32-58 let. Věk žen byl kategorizován do věkových skupin. Nejvíce jsou zastoupeny ženy ve věku 40-49 let (55 %) a 32-39 let (40 %). Věková kategorie 50 + let je zastoupena 6 % žen. V následujících grafech 3, 4 a 5 lze vidět základní charakteristiky výzkumného vzorku - velikost místa bydliště, příjem a rodinný stav. Více jak polovina lékařek bydlí v hlavním městě Praha (58 %) a pouze menšina bydlí v obci do 10 000 obyvatel. Na otázku, jaká je výše jejich měsíčního příjmu, 42 % lékařek deklaruje, že jejich čistý měsíční příjem je v pásmu 25 000 – 34 999 Kč. Částku menší než 45 000 Kč si vydělá většina lékařek (73 %) a částku větší než 45 000 Kč má za měsíc 15 % lékařek.

**Graf 3. Místo bydliště**

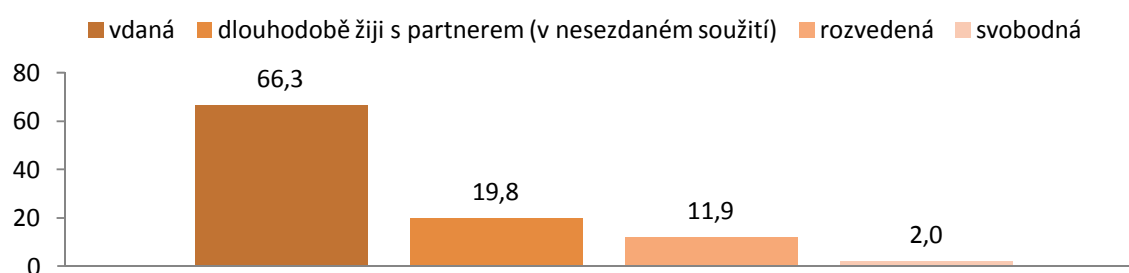


**Graf 4. Čistý měsíční příjem**



V závislosti na typu rodinného soužití, počtu a věku dětí se mění tlak na kombinaci pracovního a rodinného života, a proto byly dotazovány i tyto proměnné, které budou použity pro další analýzu. V manželském svazku žije většina lékařek ze vzorku (66 %) a druhou nejpočetněji zastoupenou skupinou byly lékařky dlouhodobě žijící se svým partnerem v nesezdaném soužití (20 %). Rodinný stav rozvedená pak uvedlo 12 % žen.

**Graf 5. Rodinný stav**



Lékařky v našem vzorku potvrzují i trend o snižování počtu dvoudětných nukleárních rodin. Pouze jedno dítě má 76 % žen oproti 19 %, které mají dvě děti. Pouze 5 % žen uvedlo, že mají 3 děti. Věk dětí podle pořadí narození lze vidět v tabulce 2. Relativně vysoký počet lékařek, které mají pouze jedno dítě, může být způsoben tím, že v budoucnu plánují mít ještě děti či se rozhodly mít pouze jedno dítě kvůli problematickému skloubení jejich mateřské a pracovní role.

**Tabulka 2. Věk dětí podle pořadí narození (údaje v %)**

	1. narozené dítě (N=101)	2. narozené dítě (N=24)	3. narozené dítě (N=5)
<b>0-5 let</b>	25,7	37,5	60
<b>6-10 let</b>	26,7	16,7	20
<b>11-15 let</b>	27,7	29,2	20
<b>16-18 let</b>	12,9	16,7	-
<b>18 +</b>	6,9	-	-

## 6. Analytická část

Poslední část práce je zaměřena na analýzu jednotlivých otázek podle okruhů, které byly dotazovány. Pro přehlednost jsou otázky rozděleny do 3 hlavních tématických okruhů. Cílem této části práce bude dále potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy a kriticky interpretovat představené výsledky. Data byla analyzována pomocí statistického softwaru SPSS.

### Tématické okruhy:

- 1. Lékařská profese** (typ specializace, důvod jejího zvolení, typy směn, průměrný počet hodin za týden atd.)
- 2. Rodičovská dovolená** (čerpání rodičovské dovolené, její trvání, důvody ukončení atd.)
- 3. Bariéry při kombinaci pracovního a rodinného života** (příčiny problémů, strategie řešení, dělba práce v rodině atd.)

### 6.1. Lékařská profese

Najít uplatnění v lékařské profesi je možné v mnoha různých institucích, ať už se jedná o nemocnice zřízené státem či církví, polikliniku, soukromá zařízení anebo lékaři mohou provozovat vlastní lékařskou praxi. Ve zkoumaném vzorku byla nejčastěji uváděna nemocnice či poliklinika zřízená státem/církví (69 % lékařek) a vlastní lékařská praxe (27 % lékařek). Pouze 4 % žen uvedly, že pracují v jiném typu institucí. Jednalo se zejména o soukromé nemocnice a zařízení. V dnešní době je možné, aby lékař pracoval ve více oborech najednou, anebo provozoval jeden obor ve více zdravotnických zařízeních, a proto byl dotazován jejich hlavní obor činnosti (Graf 6)<sup>13</sup>. Kvůli nízkému počtu respondentek v jednotlivých specializacích a nedostatečnému zaplnění kontingenční tabulky není tato otázka dále analyzována v závislosti na jednotlivých oborech, ve kterých pracují. Ve výzkumném vzorku jsou nejvíce zastoupeny lékařky pracující v oboru praktického lékařství a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (12 %) a dále jsou nejpočetněji zastoupeny lékařky pracující na neurologii a pediatrii (11 %).

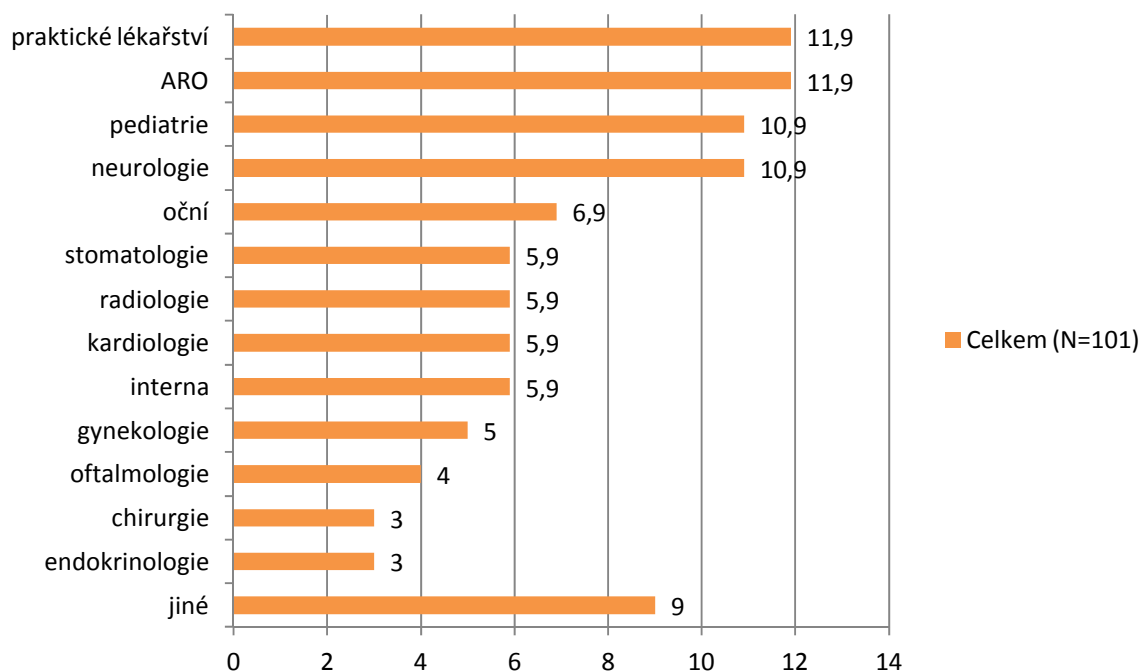
Respondentkám byla položena i otázka na důvody zvolení jejich konkrétní lékařské specializace. Byla jim předložena baterie otázek v kombinaci s 10 bodovou škálou (1 = rozhodně ne ... 10 = rozhodně ano). Na základě analýzy histogramů byly pro účely grafického zpracování kategorie sloučeny do 5 bodové škály, což vede k větší přehlednosti.

---

<sup>13</sup> Zobrazena data nad 3 %

Odpověď jině zahrnuje: alergologie, dermatoverenologie, ORL, rehabilitační a fyzikální medicína, ortopedie

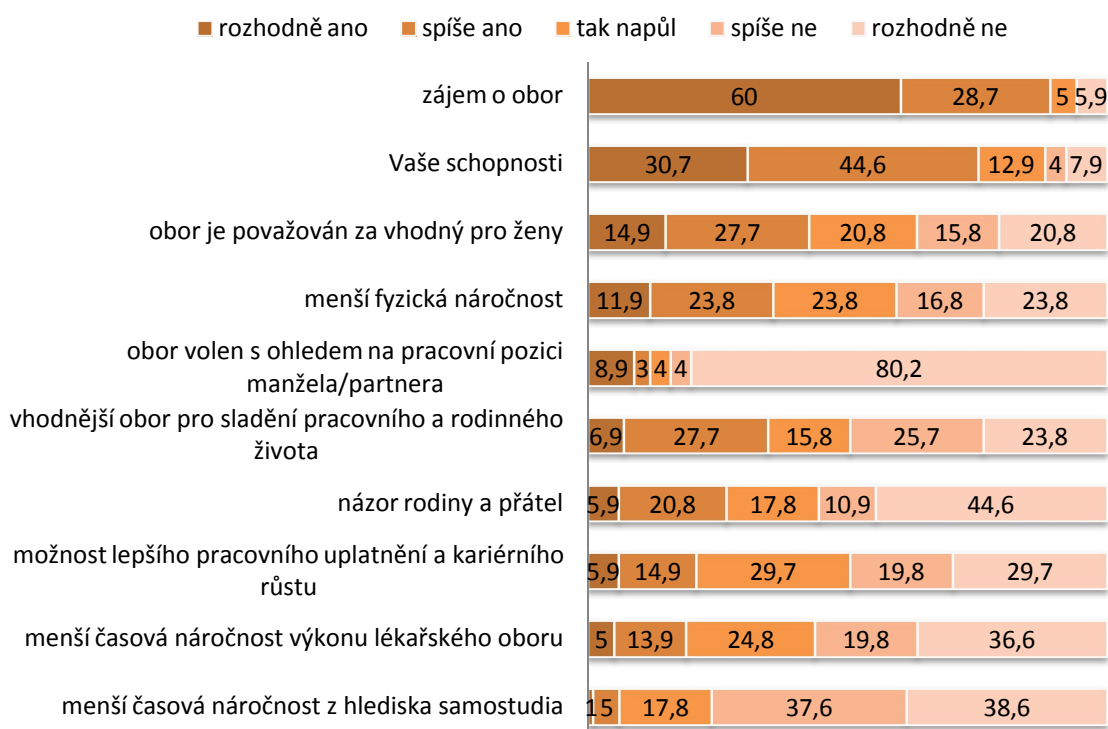
**Graf 6. Hlavní obor lékařské činnosti v %**



Z grafu 7 je možné si utvořit základní představu, co nejvíce ovlivňuje výběr lékařského oboru a jaké faktory do rozhodování nevstupovaly. Lékařky jsou při volbě svého konkrétního oboru nejvíce ovlivněny zájmem o obor (89 % žen vyjádřilo souhlas) a svými schopnostmi. Mezi faktory, které ovlivnily jejich rozhodování, patří i to, zda obor považují za vhodný pro ženy, který zvolilo 42 % lékařek. Z grafu 7 je ale patrné, že tento faktor naopak neovlivnil 37 % žen, což poukazuje na rozmanitost názorů. Volba oboru je nejméně ovlivňována pracovní pozicí jejich manžela/partnera (84 % žen vyjádřilo nesouhlas), což může být vysvětleno tím, že v době svých studií a rozhodování o oboru byly respondentky svobodné a nežily v soužití s manželem či partnerem v nesezdaném soužití. Od oboru je ve většině případů neodrazuje ani nutnost samovzdělávání. Cca 1/3 lékařek při volbě své specializace zvažovala i to, zda je obor vhodnější pro budoucí skloubení jejich pracovního a soukromého života.

Tabulka 3 nám dává možnost podrobněji analyzovat důvody výběru lékařského oboru v závislosti na tom, zda lékařky pracující v nemocnicích-poliklinikách či pracující ve vlastní praxi. Z tabulky je patrné, že průměrné hodnoty jsou si podobné a je mezi nimi relativně malý rozdíl, který není u žádného výroku statisticky signifikantní.

**Graf 7. Volba lékařské specializace v %**



**Tabulka 3. Volba lékařské specializace (průměrné hodnoty pro jednotlivá odvětví)<sup>14</sup>**

	Nemocnice, poliklinika zřízená státem/církví (N=70)	Vlastní lékařská praxe (N=27)
zájem o obor	8,6	8
Vaše schopnosti	7,4	6,6
obor je považován za vhodný pro ženy	5,1	6,8
menší fyzická náročnost	5,1	5,3
obor volen s ohledem na pracovní pozici manžela/partnera	2,4	2,7
vhodnější obor pro sladění pracovního a rodinného života	4,5	6,2
názor rodiny a přátel	4	4,2
možnost lepšího pracovního uplatnění	4,6	3,9
menší časová náročnost výkonu lékařského oboru	3,9	4,9
menší časová náročnost z hlediska samostudia	3,3	3,1

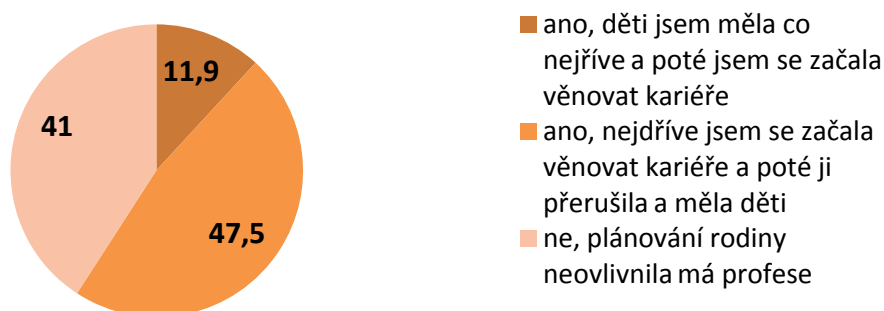
Poznámka: Mann-Whitneyho test neprokázal signifikantní rozdíly na hladině  $\alpha=0,05$

<sup>14</sup> 10 bodová škála (1 = rozhodně ne ... 10 = rozhodně ano)

Je zde ale naznačena tendence, že lékařky s vlastní praxí spíše volí lékařskou specializaci s ohledem na to, že je obor vhodný pro ženy a je vhodnější pro sladění pracovního a rodinného života než lékařky, které pracují v nemocnici-poliklinice.

Zajímavé jsou i odpovědi lékařek na otázku, zda volba lékařského povolání ovlivnila jejich plánování rodinného života. Z grafu 8 je zřejmé, že volba lékařské profese u 41 % lékařek neovlivnila jejich plánování rodinného života. Naopak 12 % lékařek mělo děti před tím, než se začaly věnovat své kariéře a 48 % lékařek svou kariéru přerušilo, aby měly děti.

**Graf 8. Plánování rodinného života v %**



Výkon lékařské profese je spojen s vysokou časovou náročností, a tak byl výzkum zaměřen i na pracovní režim lékařek – zda v současné době pracují a kolik hodin týdně průměrně odpracují. Převážná většina respondentek uvedla, že v současné době pracuje (celkem 93 % žen). Z následující tabulky 3 je patrné časové pracovní vytížení lékařek v závislosti na tom, v jakém odvětví zdravotnictví pracují. Při pohledu na odpovědi všech respondentek je zřejmé, že většina z nich (76 %) pracuje více než 40 hodin týdně.

**Tabulka 3. Pracovní režim – průměrná týdenní pracovní doba (údaje v %)<sup>15</sup>**

	Celkem (N=94)	Nemocnice, poliklinika zřízená státem/církví (N=67)	Vlastní lékařská praxe (N=24)
<b>0-32 hod</b>	7,4	6	8,3
<b>33-40 hod</b>	17	10,4	33,3
<b>41-48 hod</b>	31,9	29,9	37,5
<b>nad 48 hod</b>	43,6	53,7	20,8

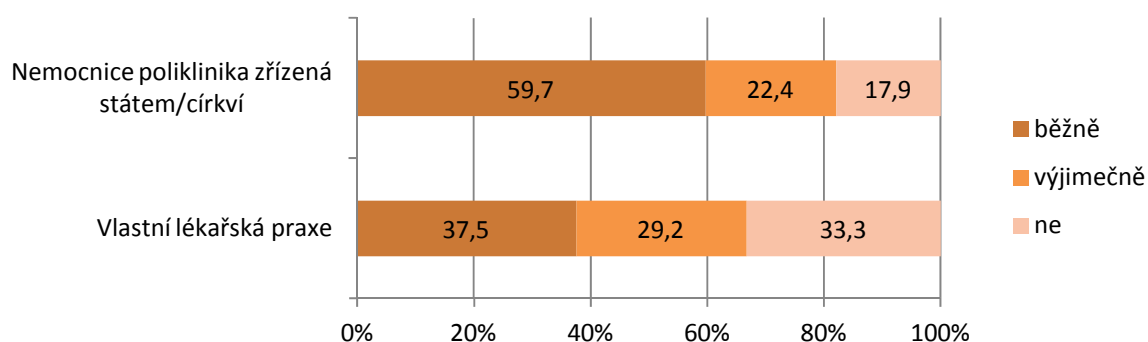
<sup>15</sup> Základ: všichni respondenti (94), ti, kteří v současné době pracují (N=67; N=24)



Dá se tedy usuzovat, že součástí jejich standardně stanovené týdenní pracovní doby je přesčasová práce. Rozdíly v procentuálních bodech nastávají při pohledu na lékařky, které pracují v nemocnicích, poliklinikách a které mají vlastní lékařskou praxi, jelikož 84 % lékařek v první zmiňované skupině týdně průměrně odpracuje více než 40 hodin oproti 58 % lékařek provozujících soukromou praxi. V nemocnicích či poliklinikách, které jsou zřízeny státem/církví lékařky nejčastěji odpracují více než 48 hodin za týden. Při pohledu na zkrácené pracovní úvazky (0-32 hod za týden) je patrné, že je využívá menšina lékařek (7 %), což může být dáno jejich malou nabídkou od zaměstnavatelů. Lékařky, které pracují v nemocnicích, v průměru odpracují 48,2 hodin za týden a lékařky s vlastní lékařskou praxí 42,8 hodin za týden. Na základě Mann-Whitneyho testu bylo prokázáno, že rozdíly jsou signifikantní na hladině  $\alpha=0,05$  a lékařky, které pracují v nemocnicích, odpracují v průměru více hodin za týden než lékařky, které pracují ve vlastní lékařské praxi.

Při práci v nemocnicích-poliklinikách jsou u 54 % lékařek běžnou součástí jejich práce i noční směny. V následujícím grafu 7 lze vidět, zda jejich práce běžně, výjimečně či vůbec zahrnuje práci přesčas. Práce přesčas je běžnou součástí u více než poloviny (60 %) dotazovaných lékařek, které pracují v nemocnici-poliklinice oproti 38 % lékařek provozujících svou vlastní lékařskou praxi. Práce ve vlastní lékařské praxi je tedy více fixní se standardně stanovenou pracovní dobou oproti práci v nemocnici či poliklinice. Mohou tedy více času trávit péčí o děti a domácnost a lépe skloubit své povinnosti, jelikož jejich pracovní doba není tvořena přesčasovými směnami.

**Graf 8. Práce přesčas v %**



## 6.2 Rodičovská dovolená

V druhém tématickém okruhu se zaměříme na analýzu otázek týkajících se rodičovské dovolené – zda ji čerpaly, jak dlouho zůstaly doma před svým návratem do práce a z jakého důvodu ukončily rodičovskou dovolenou. Pokud lékařky čerpaly rodičovskou dovolenou

s více než jedním dítětem, tak byly požádány, aby vypovídaly o své poslední rodičovské dovolené. Na rodičovské dovolené zůstalo 96 % všech lékařek a v době jejího čerpání pracovalo celkem 39 % z nich. Podle právního rámce rodičovská dovolená může být čerpána až do 3 let věku dítěte, a proto respondentkám byla položena i otázka, jak dlouho zůstaly s dítětem doma, než se vrátily do práce (viz Tabulka 4).

**Tabulka 4. Doba, kterou lékařky strávily doma po narození dítěte, než se vrátily do práce (údaje v %)<sup>16</sup>**

	<b>Celkem (N=92)</b>	<b>Nemocnice, poliklinika zřízená státem/církví (N=64)</b>	<b>Vlastní lékařská praxe (N=26)</b>
<b>0-6 měsíců</b>	9,8	7,8	15,4
<b>7-12 měsíců</b>	28,3	18,8	50,0
<b>13-18 měsíců</b>	13,0	18,8	-
<b>19-24 měsíců</b>	29,3	32,8	23,1
<b>25-36 měsíců</b>	18,5	20,3	11,5
<b>37-42 měsíců</b>	1,1	1,6	-

Minimální dobu (0-6 měsíců) doma strávilo před návratem do práce 10 % všech dotazovaných lékařek a relativně vysoký počet lékařek (38 %) se vrátil do práce do 1 roku od narození dítěte. Statisticky signifikantní rozdíly v procentuálních bodech nastávají mezi lékařkami pracujícími v nemocnicích-poliklinikách a těmi, které provozují vlastní lékařskou praxi<sup>17</sup>. Více než polovina lékařek (65 %), které mají vlastní praxi, nezůstávají doma více než 1 rok oproti 27 % lékařek, které pracují v nemocnicích. Z tabulky 4 je zřejmé, že 1 až 2 roky zůstává doma 52 % lékařek pracujících v nemocnicích-poliklinikách, což je relativně větší počet než 23 % lékařek provozujících svou vlastní lékařskou praxi. Více než 2 roky zůstane doma 20 % všech lékařek.

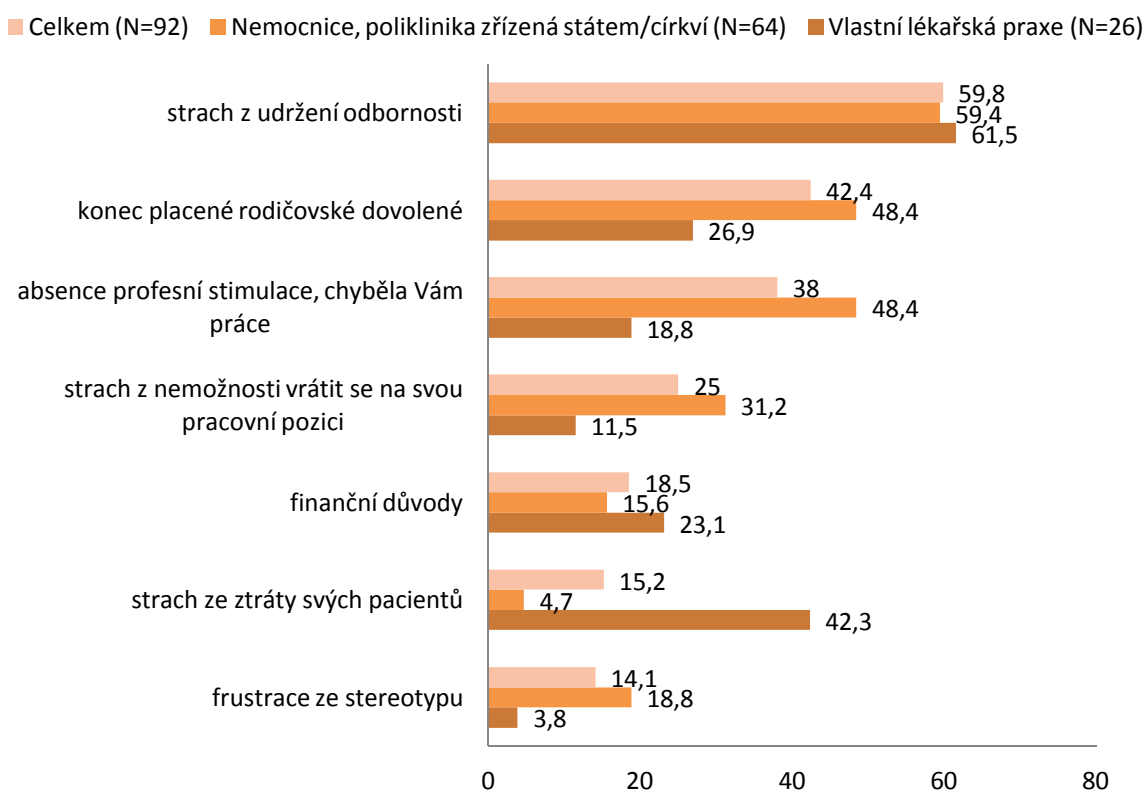
Stanovená hypotéza (H1), že lékařky, které pracují v nemocničních zařízeních a poliklinikách zřízených státem/církví zůstávají před návratem do práce kratší dobu než lékařky, které provozují vlastní lékařskou praxi, se tedy nepotvrdila. Z výsledků vyplývá, že je to právě naopak a lékařky s vlastní lékařskou praxí zůstávají doma kratší dobu.

<sup>16</sup> Základ: ti, co čerpali rodičovskou dovolenou a už ji ukončili

<sup>17</sup> Chi-kvadrát test signifikantní na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ , koeficient kontingence = 0,34 (viz Příloha 2)

Z následujícího grafu č. 9 je patrné, jaké jsou nejčastější důvody ukončení rodičovské dovolené. Lékařky nejčastěji ukončují svou rodičovskou dovolenou ze strachu z udržení odbornosti (60 %). Tento důvod je na prvním místě jak u lékařek pracujících v nemocnici-poliklinice, tak u lékařek provozujících vlastní lékařskou praxi. Druhým nejčastějším důvodem pro ukončení rodičovské dovolené u lékařek majících soukromou praxi je strach ze ztráty svých pacientů (42 %). Naopak lékařky pracující v nemocnicích a poliklinikách tento důvod uváděly pouze minimálně (5 %), což je dozajista dáno charakterem jejich práce<sup>18</sup>. U nich je častým důvodem, mimo konce placené rodičovské dovolené, absence profesní stimulace/chyběla jim práce (49 %)<sup>19</sup>. Strach z nemožnosti vrátit se na svou pracovní pozici byl důvodem pro ukončení rodičovské dovolené u 25 % všech lékařek. Finanční důvody vedly k ukončení rodičovské dovolené 18 % lékařek.

**Graf 9. Důvody ukončení rodičovské dovolené v %**



Mimo důvody uvedené v předložené baterii otázek lékařky uváděly i jiné důvody, např. že se musely vrátit zpátky do práce kvůli tomu, že skončil zastupující lékař, lékařka za sebe nenašla zástup nebo že se manžel toužil podílet více na péči o děti atd.

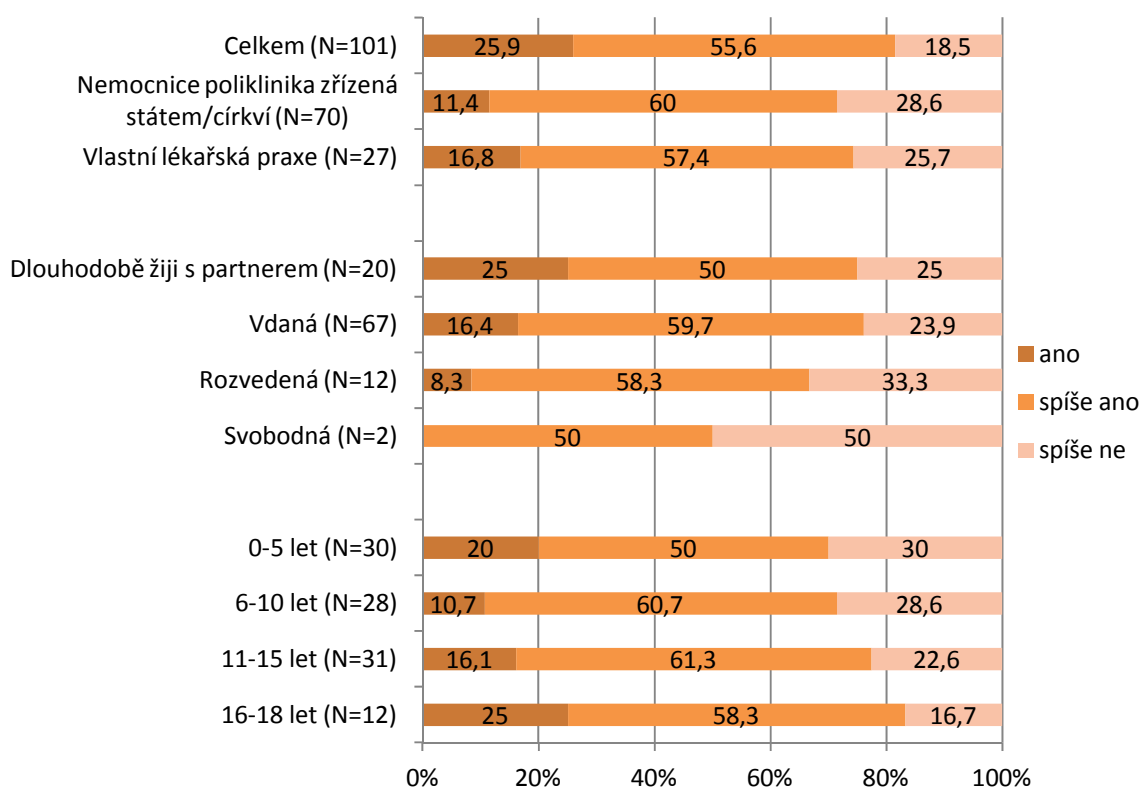
<sup>18</sup> Rozdíly mezi oběma skupinami jsou statisticky signifikantní. Chí-kvadrát test signifikantní na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ , koeficient kontingence = 0,43

<sup>19</sup> Rozdíly mezi oběma skupinami jsou statisticky signifikantní. Chí-kvadrát test signifikantní na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ , koeficient kontingence = 0,29

### 6.3 Bariéry při kombinaci pracovního a rodinného života

Třetí tématický okruh je zaměřen na to, zda lékařky zvládají kombinaci pracovního a rodinného života a jestli pociťují nějaké problémy při kombinaci pracovní a rodinné sféry. Analýza je zaměřena i na otázku, co by jim usnadnilo skloubení pracovních a rodinných povinností. Graf 10 znázorňuje odpovědi na otázku, zda se lékařkám daří dobře sladit jejich pracovní a rodinný život. Převážná většina (82 %) z nich vyjádřila souhlas a daří se jim sladit jejich pracovní a rodinný život. Rozdíly v procentuálních bodech mezi lékařkami, které pracují v nemocnicích-poliklinikách či mají vlastní praxi, nejsou výrazné. Odpověď na tuto otázku se neukázala významně závislá na počtu dětí a při analýze závislosti na věku nejmladšího dítěte se ukázalo, že čím mají starší dítě, tím častěji lékařky odpovídaly, že se jim daří dobře sladit jejich pracovní a rodinný život (rozdíly ale nejsou výrazně velké). Fakt, že lékařky dlouhodobě žijí se svým partnerem či jsou vdané, přispívá k pocitu, že se jim dobře daří sladit jejich pracovní a rodinný život.

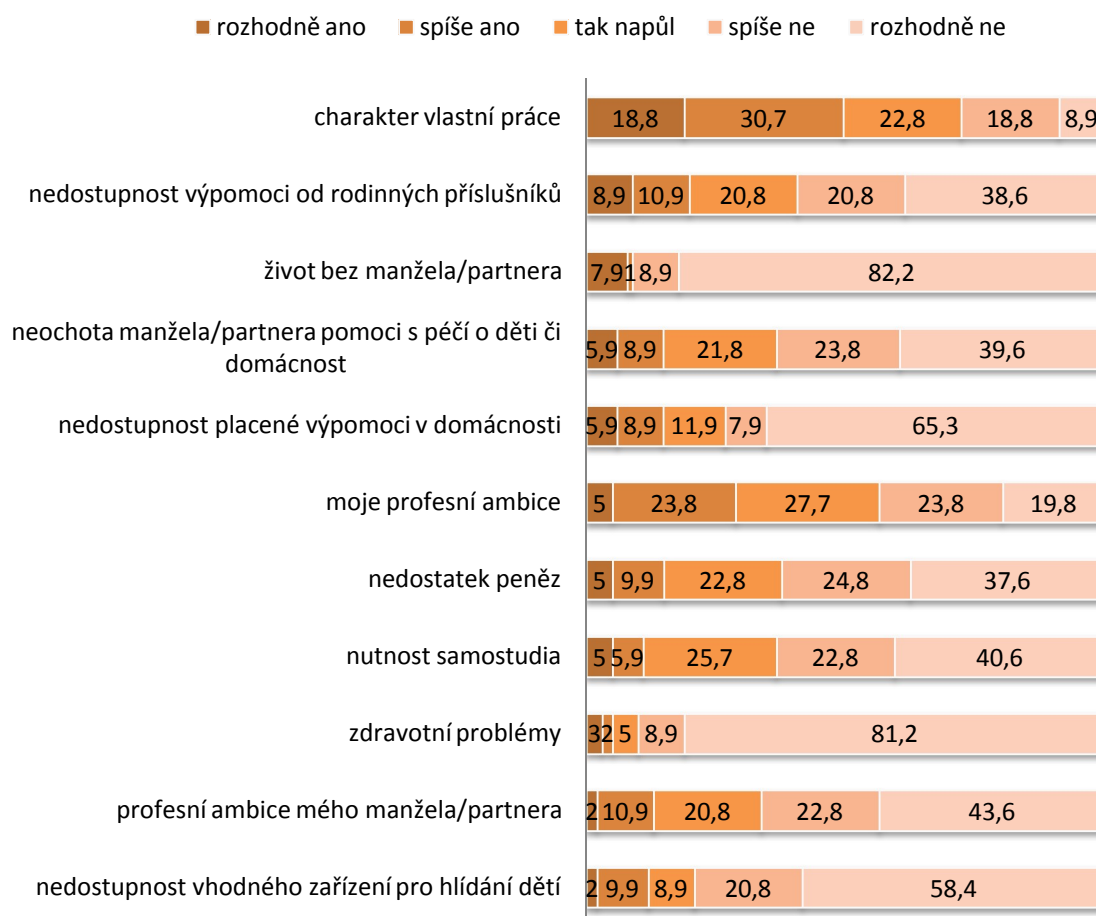
**Graf 10. Řekla byste, že se Vám daří dobře sladit Váš pracovní a rodinný život?**



Respondentky byly požádány, aby zhodnotily, do jaké míry jim brání v úspěšné kombinaci pracovního a rodinného života faktory v předložené baterii otázek (v kombinaci s 10 bodovou škálou, 1 = rozhodně ne ... 10 = rozhodně ano). Na základě analýzy histogramů

byly pro účely grafického zpracování kategorie sloučeny do 5 bodové škály, což vede k větší přehlednosti (viz graf 11). Nejčastější příčinou problémů, která jim brání v úspěšné kombinaci pracovního a rodinného života, je charakter jejich vlastní práce (pracovní doba, místo práce atd.). Souhlas vyjádřilo 49 % všech lékařek. Jako jednu z důležitých příčin problémů vidí i svoje profesní ambice (29 %) a nedostupnost výpomoci od rodinných příslušníků (20 %). V úvodu analytické části práce byla stanovena hypotéza, že nejčastější příčinou problémů s kombinací práce a rodiny je u lékařek charakter jejich práce (H2). Na základě našich výsledků tedy hypotézu přijímáme. Hlavní příčina se u výzkumného vzorku lékařek liší od celkové populace (Křížková 2006). Nedostatek peněz je příčinou problémů u 15 % lékařek, na rozdíl od žen z celkové populace, které považují nedostatek peněz za hlavní příčinu problémů (Křížková, 2006). Relativně nízký počet může být dán tím, že celkem 71 % lékařek má čistý měsíční příjem větší než 25 000 Kč.

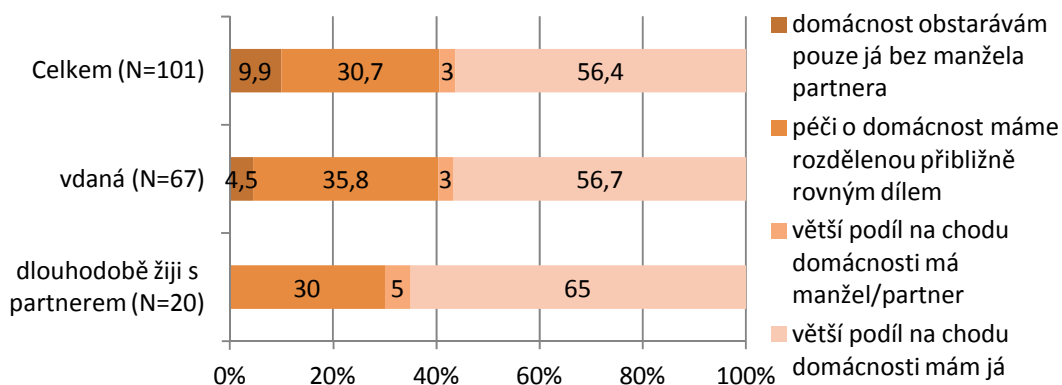
**Graf 11. Bariéry pro úspěšné kombinování pracovního a rodinného života**



V předložené baterii otázek byla zahrnuta i otázka na dělbu práce v rodině. U 15 % lékařek se neochota manžela/partnera pomoci s péčí o děti či domácnost ukázala jako jedna

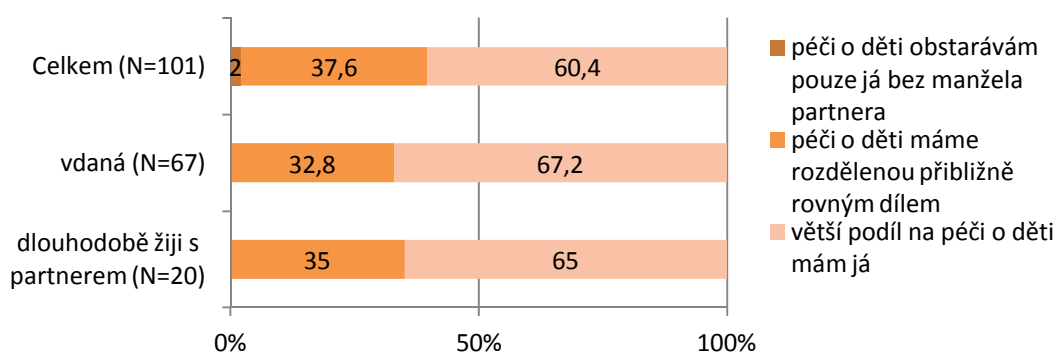
z příčin problémů. Při detailnějším pohledu (graf 12) vidíme, že péči o domácnost má rozdělenou přibližně rovným dílem 31 % lékařek a 56 % lékařek má i přes časovou náročnost výkonu své profese větší podíl na chodu domácnosti a manžel/partner se účastní menším dílem. Pouze ve 3 % případech má větší podíl na chodu domácnosti manžel/partner.

**Graf 12. Jak máte s manželem/partnerem rozdělenou péči o domácnost?**



Podobné výsledky jsou i u otázky, jak mají lékařky rozdělenou péči o děti (graf 13). Většina lékařek (60 %) má větší podíl na péči o děti a manžel/partner se zapojuje do péče méně. Přibližně rovným dílem má péči o děti rozděleno 38 % lékařek.

**Graf 13. Jak máte s manželem/partnerem rozdělenou péči o děti?**

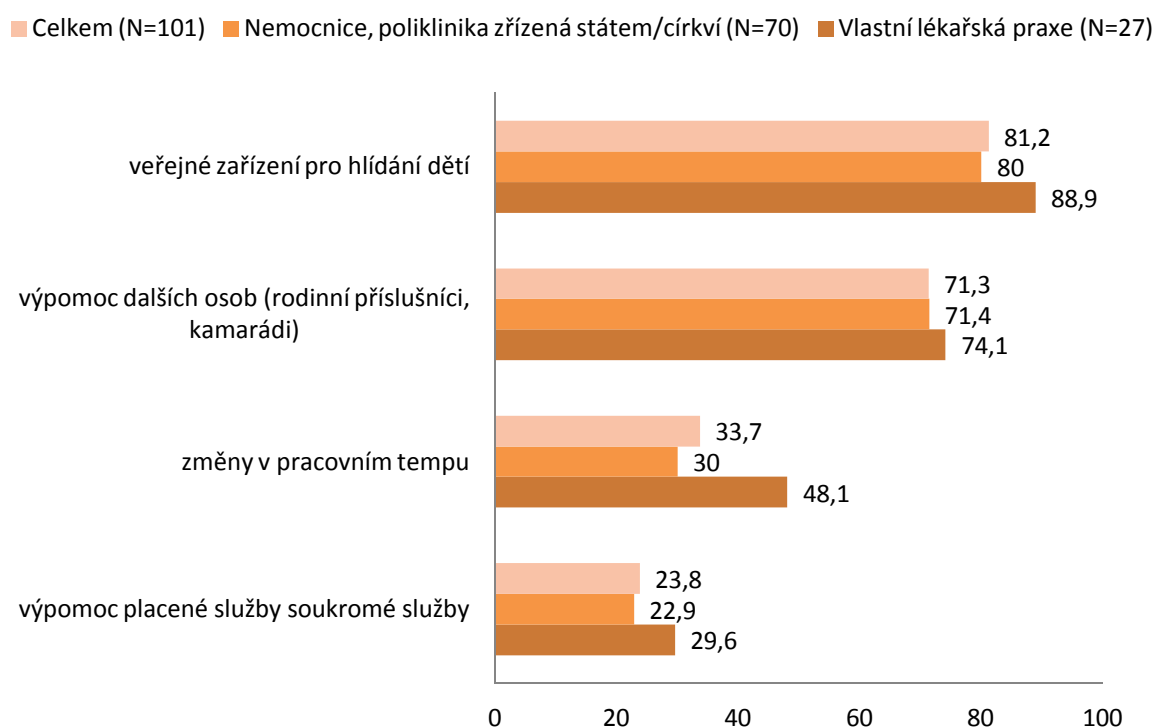


Žádná z dotázaných lékařek neodpověděla, že by její manžel/partner měl větší podíl na péči o děti a nejsou zde ani výrazné rozdíly v závislosti na tom, jestli jsou lékařky vdané anebo žijí dlouhodobě v nesezdaném soužití.

Na základě předložených výsledků lze potvrdit platnost třetí stanovené hypotézy, že lékařky nemají péči o děti a domácnost rozdělenou s manželem/partnerem přibližně rovným dílem a větší podíl na péči o děti a domácnost má žena sama. Zhruba u třetiny lékařek tomu tak je, nicméně u většiny lékařek má větší podíl na péči o děti domácnost žena sama. Nedochozí tedy k výraznému redefinování dělby práce mezi mužem a ženou v rodině. I přes pracovní vytížení lékařek přetrvává spíše tradiční rozdělení genderových rolí v rodině.

Kromě pomoci manžela/partnera s péčí o děti většina lékařek využívá (či někdy využívala) i další možnosti v péči o děti – např. institucionální zařízení pro péči o děti, výpomoc dalších osob (rodinní příslušníci, kamarádi) či změny v pracovním tempu (práce na zkrácený úvazek, flexibilní pracovní doba). Využití těchto možností ukazuje následující graf 14. Větší počet lékařek provozujících vlastní lékařskou praxi využívají či někdy využily více možností při péči o děti než lékařky pracující v nemocnicích-poliklinikách. Při péči o děti se převážná většina lékařek (81 %) rozhodla využít institucionální zařízení pro péči o děti (mateřská školka, jesle). S hlídáním dětí a pomocí s péčí o ně zásadním způsobem pomáhají i další osoby, např. rodinní příslušníci či kamarádi.

**Graf 14. Jaké možnosti využíváte (jste využívala) při péči o děti?**

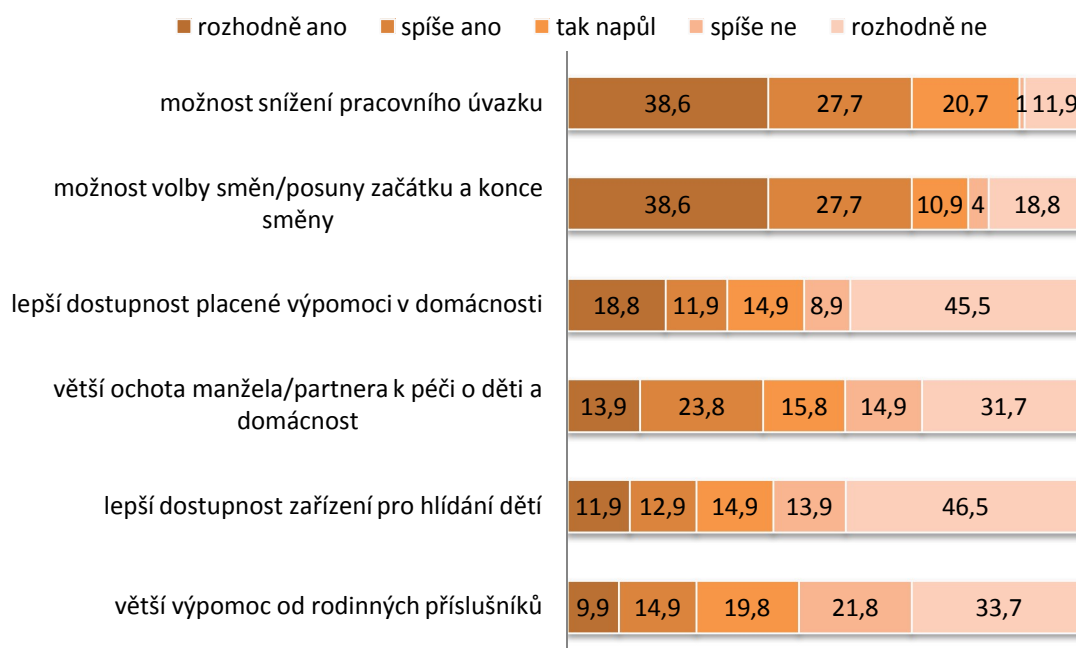


Placenou soukromou službu, která je ve většině případů finančně náročná, někdy zkusilo 24 % lékařek. Flexibilnější pracovní dobu kvůli péči o děti někdy mělo 34 % všech

lékařek. Mezi lékařkami, které pracují v nemocnicích a lékařkami s vlastní lékařskou praxí nejsou statisticky signifikantní rozdíly<sup>20</sup>, ale je zde naznačena tendence, že změny v pracovním tempu častěji využívají lékařky, které pracují ve vlastní lékařské praxi. Může to být vysvětleno tím, že lékařky s vlastní praxí si mohou určovat ordinační hodiny (např. 3 dny v týdnu či jen dopoledne atd.) a nemusejí pracovat na směny jako lékařky pracující v nemocnicích-poliklinikách.

Respondentky byly požádány, aby se zamyslely i nad tím, co by jim usnadnilo kombinaci pracovního a rodinného života. Byla jim předložena baterie otázek, která zahrnovala otázky ohledně flexibilizace pracovní doby a možnostech v péči o děti.

**Graf. 15 Možnosti pro usnadnění kombinace pracovního a rodinného života**



Více než polovina lékařek by uvítala možnost snížit si svůj pracovní úvazek (66 %) a ocenily by i možnost volit si směny či posuny začátku a konce směny (66 %). Z výsledků předchozích otázek vyplynulo, že ve většině případů manžel či partner je ochoten pomáhat s péčí o děti či domácnost, ale nedochází k přibližně rovnoměrnému rozdělení péče o děti a domácnost mezi partnery, a proto by 38 % respondentek uvítalo větší ochotu a zapojení manžela/partnera.

<sup>20</sup> Chí-kvadrát test není signifikantní na hladině významnosti  $\alpha=0,05$



Na závěr dotazníku měly respondentky možnost napsat svůj názor či postřehy na zkoumanou problematiku. Většina lékařek se shodovala, že vedoucí mužští pracovníci ženy podceňují, stále platí platová nerovnost a neochota ke zkráceným úvazkům. Skloubení pracovního a rodinného života je velmi náročné a bez pomoci prarodičů a tolerance manžela/partnera by se neobešly. Jedna respondentka dokonce uvedla, že „lékařka bude vždy frustrovaná a nikdy nedá oběma sférám (a sobě), co by chtěla“. Vše dělají ve vysokém tempu a je jen otázka času, jak dlouho to vydrží. Je potřeba si ale uvědomit, že si lékařky zvolily tuto profesi z vlastní vůle a ze zájmu, a tak se snaží skloubit své pracovní a rodinné povinnosti co nejlépe, i když je za tím velké sebezapření a minimum prostoru pro jiné aktivity.

## Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo přispět k vytvoření ucelenějšího pohledu na problematiku pracovního a rodinného života u profesní skupiny žen lékařek v České republice, k čemuž dopomohly výsledky vlastního kvantitativního dotazníkového šetření. Teoretická část práce poukazovala na specifika vývoje ženské zaměstnanosti, byly představeny klíčové teoretické přístupy a zabývala se i charakteristikou lékařské profese. Lékařská profese je ve společnosti vysoce oceňována, zejména kvůli vysokým nárokům na výkon (časová náročnost, specifické znalosti a dovednosti, vysoká míra odpovědnosti za pacienta atd.). Kvůli vysokému podílu žen v lékařském oboru se hovoří o feminizaci lékařské profese (Křížová, 2006). I přes zvyšující se podíl zaměstnanosti žen jsou ale často znevýhodňovány kvůli tomu, že jim je stereotypně přisuzována péče o děti a odpovědnost za zajištění chodu domácnosti a setkávají se i s diskriminací na pracovišti (Simerská, Smetáčková 2000).

Podle údajů ÚZIS (2012) lze některé lékařské obory považovat v České republice za typicky „ženské“ (praktické lékařství pro děti a dorost, dermatoverenologie atd.) a ženy jsou „často směřovány do oblastí, o které muži projevují menší zájem“ (Křížová, 2006:62). Na základě výsledků analýzy výzkumu bylo zjištěno, že jsou lékařky při volbě své oborové specializace nejvíce ovlivněny zájmem o obor, svými schopnostmi, nicméně u 42 % lékařek bylo jejich rozhodnutí ovlivněno i tím, zda je obor považován za vhodný pro ženy. Přibližně třetina lékařek brala v potaz i fyzickou náročnost oboru a zda je obor vhodnější pro sladění pracovního a rodinného života. Volba lékařského povolání navíc ovlivnila i plánování jejich rodinného života a 48 % lékařek se nejdříve začalo věnovat kariéře a poté ji přerušilo a mělo děti.

Přerušování pracovní kariéry a péči o děti většina lékařek spojuje s čerpáním rodičovské dovolené. Podle právního rámce na její čerpání má rodič nárok až do 3 let věku dítěte. Z výsledků ale vyplynulo, že relativně vysoký počet lékařek (38 %) se vrátil do práce do 1 roku od narození dítěte a rozdíly v procentuálních bodech nastaly při pohledu na lékařky pracující v nemocnicích-poliklinikách a těmi, které provozují vlastní lékařskou praxi. Většina lékařek, které pracují ve vlastní lékařské praxi (65 %), nezůstává doma více než 1 rok. Naopak lékařky pracující v nemocnicích-poliklinikách nejčastěji zůstávají doma 1 až 2 roky. Zajímavé jsou i odpovědi na otázku, z jakých důvodů ukončily svou rodičovskou dovolenou. Nejčastějším důvodem je strach z udržení odbornosti (60 %) a toto prvenství se neliší v závislosti na typu odvětví, ve kterém lékařky pracují. Druhým nejčastěji uváděným důvodem byl u lékařek, které provozují vlastní lékařskou praxi, strach ze ztráty pacientů (42

%), což může být vysvětleno charakterem jejich práce. Naopak lékařky pracující v nemocnicích-poliklinikách kromě konce placené rodičovské dovolené uváděly absenci profesní stimulace (49 %). Lékařky jsou zvyklé pracovat ve vysokém pracovním tempu, a tak se kvůli přerušení kariéry z důvodu péče o děti musí vyrovnat s jiným životním stylem, který je více stereotypní.

Výkon lékařské profese je spojen s vysokou časovou náročností a výsledky výzkumu potvrzují, že dochází k překračování stanovených limitů daných zákonem, jelikož běžnou součástí jejich práce jsou přesčasy. Většina lékařek (76 %) pracuje více než 40 hodin týdně. Výraznější rozdíly nastávají při pohledu na lékařky pracující v nemocnicích-poliklinikách, jelikož 84 % z nich týdně průměrně odpracuje více než 40 hodin oproti 58 % lékařek, které provozují vlastní lékařskou praxi. I přes vysoký počet hodin strávených v práci ale respondentky ve většině případů odpovídaly, že se jim daří dobře sladit jejich pracovní a rodinný život. V závislosti na věku nejmladšího dítěte se ukázalo, že čím mají starší dítě, tím se jim daří lépe skloubit jejich pracovní a rodinný život (rozdíly v odpovědích ale nebyly výrazně velké).

Problematika pracovního a rodinného života je každodenní realitou, a tak jednou ze stěžejních otázek výzkumu bylo zjistit, co lékařkám brání v úspěšné kombinaci pracovního a rodinného života. Nejčastější příčinou problémů je u poloviny respondentek charakter jejich vlastní práce (pracovní doba, pracovní místo atd.). Ve srovnání s výsledky celorepublikového šetření Rodiče 2005 (Křížková, 2006) je zřejmé, že se hlavní příčina problémů s kombinací pracovního a rodinného života u celkové populace a výzkumného vzorku liší a převážná většina lékařek nepocituje finanční problémy v takové míře jako ženy z reprezentativního šetření Rodiče 2005. Lékařky jako jednu z dalších příčin problémů identifikovaly i svoje profesní ambice a nedostupnost výpomoci od rodinných příslušníků.

Ukazuje se, že se zažitými genderovými stereotypy a spíše s tradičním rozdělením genderových rolí v rodině se setkává i profesní skupina žen lékařek. Ve většině případů manžel či partner je ochoten pomáhat s péčí o děti či domácnost, ale pouze u cca třetiny lékařek dochází k přibližně rovnoměrnému rozdělení péče o děti a domácnost mezi partnery a většina lékařek má větší podíl na péči o děti a domácnost, a proto by 38 % respondentek uvítalo větší ochotu a zapojení manžela/partnera do rodinného života. Kromě pomoci manžela/partnera s péčí o děti by lékařky uvítaly možnost snížit si svůj pracovní úvazek (66 %) či možnost volit si směny nebo její začátek či konec (66 %). Zkrácené úvazky (0-32 hodin týdně) totiž v současné době využívá 7 % všech dotazovaných lékařek.

Kvůli nereprezentativnosti výzkumného vzorku nelze výsledky generalizovat na celkovou populaci lékařek v České republice, ale tato kvantitativní sonda a její hlavní zjištění mohou být východiskem pro další podrobnější šetření zaměřující se např. na problematiku kombinace pracovního a rodinného života lékařek v jednotlivých oborových specializacích a v oborech, které jsou považovány spíše za ženské či mužské.

Nastavení trhu práce a institucionální péče o děti není v současné době moc vstřícné k rodinám s dětmi, jelikož ve velké míře nenabízí dostatečnou pomoc rodičům úspěšně kombinovat práci a rodinu. Heterogenita názorů a postojů žen poukazuje na fakt, že je velmi obtížné nastavit nástroje sociální politiky, aby vyhovovaly všem sociálním skupinám, ale v případě profesní skupiny žen lékařek by řešením pro zlepšení jejich situace a úspěšného skloubení pracovního a rodinného života byla větší nabídka zkrácených pracovních úvazků a flexibilizace pracovní doby ze strany zaměstnavatele.

## Seznam literatury

Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (1995). *Normal chaos of love*. Cambridge: Polity Press.

Crompton, R. Harris, F. (1998). *Explaining Women's Employment Patterns: 'Orientations to Work' Revisited*. *British Journal of Sociology*, 49 (1), (118-136).

Čermáková, M. (2002). Shrnutí a doporučení. In Čermáková, M., Hašková, H., Křížková, A., Linková, M. & Maříková, H. *Podmínky harmonizace práce a rodiny v České republice*. (s. 87-90). Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Český statistický úřad. *Gender: Základní pojmy*. [online]. [cit. 2014-04-10]. Praha: ČSÚ. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender\\_pojmy](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender_pojmy)

Disman, M. (2008). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

Dudová, R., Hašková, H., Křížková, A. & Maříková, H. (2005). *Kombinace pracovního a rodinného života v ČR: politiky, čas, peníze a individuální, rodinné a firemní strategie*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Dudová, R., Hastrmanová, Š. (2007) *Souvislosti proměn pracovního trhu a soukromého, rodinného a partnerského života*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Dumelow, C. (2000). *The Interrelationship between a medical career and and family life for hospital consultant: an interview survey* (s. 1437–1440). *British Medical Journal*, 320.

Etický kodex České lékařské komory. Česká lékařská komora. [online]. [cit. 2014-04-3]. Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/10\\_sp\\_c\\_10\\_eticky\\_kodex-100217.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf)

Friedan, B. (2002). *Feminine mystique*. Praha: PRAGMA.

Hakim, C. (1996). The Sexual Division of Labour and Women's Heterogeneity. *British Journal of Sociology*. [online]. 47 (1), (178-188). [cit. 2014-04-5]. Dostupné z: [http://is.muni.cz/el/1423/podzim2008/SPP455/um/Hakim\\_1996.pdf](http://is.muni.cz/el/1423/podzim2008/SPP455/um/Hakim_1996.pdf)

Hakim, C. (2000). *Work-lifestyle choice in the 21st century: Preference theory*. Oxford: Oxford University Press.

Hašková, H., Křížková, A. (2002). Možnosti skloubení práce a rodiny v životě žen. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. [online]. 3 (2-3), (8-9). [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: [http://www.genderonline.cz/uploads/16564aed756b0d368c0bff0b7326c2503b022776\\_rocnik03-2-3-2002.pdf](http://www.genderonline.cz/uploads/16564aed756b0d368c0bff0b7326c2503b022776_rocnik03-2-3-2002.pdf)

Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod*. Praha: Portál.

Hochschild, A. R. 1997. *The Time Bind: When work becomes home and home becomes work*. New York: Metropolitan Books.

Křížková, A. (2002). Trendy v rodině a rodinných odpovědnostech. In Čermáková, M., Hašková, H., Křížková, A., Linková, M. & Maříková, H. (2002). *Podmínky harmonizace práce a rodiny v České republice*. (s. 13-25). Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Křížková, A. 2003. Postavení žen na trhu práce a jejich pracovní preference. In: Hašková, H., Křížková, A., Maříková, H., Radimská, R., *Rovné příležitosti mužů a žen při sladování práce a rodiny?* (s.5-27). Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Křížková, A. (2006). *Pracovní a rodinné role a jejich kombinace v životě českých rodičů: plány versus realita*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Křížková, A. (2007). Nepříliš Harmonická realita: Rodičovské kombinace práce a péče. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, [online]. 8 (2). (60-67). [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: [http://www.genderonline.cz/uploads/b3379e3f92b88df3c88800e0f1bce18e7c6fd3df\\_nepriilis-harmonicka-realits.pdf](http://www.genderonline.cz/uploads/b3379e3f92b88df3c88800e0f1bce18e7c6fd3df_nepriilis-harmonicka-realits.pdf)

Křížková, A. Vohlídalová, M. (2007). *Kdo se bojí zaměstnané matky*. Socioweb 11. [online]. [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=289&lst=106>

Křížková, A. (2011). *Pracovní dráhy žen v České republice*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Křížová, E. (2006). *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Slon.

Kuchařová, V. (2008). *Zmapování dostupnosti a podmínek pobytu dětí v jeslích, mateřských školách, školních družinách a obdobných zařízeních a jiných neinstitucionálních forem péče o děti v ČR včetně identifikace překážek jejich využívání s návrhy možných opatření k jejich rozvoji*. [online]. [cit. 2014-04-5]. Praha: VÚSPV. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7073/pece\\_o\\_deti.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7073/pece_o_deti.pdf)

Maříková, H. (2005). Politiky, čas a peníze. In Dudová, R., Hašková, H., Křížková, A. & Maříková, H. *Kombinace pracovního a rodinného života v ČR: politiky, čas, peníze a individuální, rodinné a firemní strategie*. (s. 22-44). Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Statistiky nezaměstnanosti*. [online]. [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/mes>

Možný, I. (2006). *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Nešporová, O. (2005). *Harmonizace rodiny a zaměstnání: Rodiny s otci na rodičovské dovolené*. Praha: VÚPSV.

Parsons, T. (1951). *The Social system*. (s. 288-322) London: Routledge.

Renzetti, C. M., Curran, D. J. (2003). *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.

Simerská, L., Smetáčková, I. (2000). *Pracovní a rodinná praxe mladých lékařek*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Tuček, M. (2013) Prestiž povolání - červen 2013. [online]. [cit. 2014-04-8]. *CVVM: Naše společnost*. Dostupné z: <http://cvvm.soc.cas.cz/prace-prijmy-zivotni-uroven/prestiz-povolani-cerven-2013>

ÚZIS. (2012). *Lékaři, zubní lékaři, farmaceuti 2012*. [online]. [cit. 2014-04-1]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/lekari-stomatologove-farmaceuti>

Voleman, M. (2014). Nemocniční služby v roce 2014 - a jak dál?. [online]. *Tempus Medicorum*, 1, (10-11). [cit. 2014-04-7]. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html>

Warde, C. (1996). *Physician role conflict and resulting career changes. Gender and generational differences*. *Journal of General Internal Medicine*, 11, 729-735.



## **Příloha 1. Strukturovaný dotazník**

### **Kombinace pracovního a rodinného života lékařek v České republice**

Vážená paní/slečno,

na následujících stránkách se nachází dotazník týkající se kombinace pracovního a rodinného života lékařek v ČR určený pro ženy s dětmi. Provázanost pracovní a rodinné sféry je každodenní realitou, a tak cílem tohoto dotazníku je zjistit, zda pocítujete nějaké problémy s harmonizací pracovního a rodinného života v závislosti na specifické náročnosti lékařského oboru, jaké volíte strategie při jejich překonávání a jak organizujete rodinný život a péči o děti. Ráda bych Vás požádala o Váš čas a spolupráci na vyplnění krátkého dotazníku. Vyplnění dotazníku potrvá cca 15 minut. Tento dotazník je anonymní a slouží k mé bakalářské práci.

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

#### **1. Pohlaví**

- a) žena
- b) muž

#### **2. Máte děti?**

- a) ano
- b) ne

#### **3. Věk Vašich dětí**

Uveďte .....

#### **4. V jakém odvětví zdravotnictví pracujete?**

- a) vlastní lékařská praxe
- b) nemocnice, poliklinika zřízená státem/církví
- c) soukromá nemocnice/poliklinika
- d) jiné .....

5) V jakém oboru pracujete (př. chirurgie, neurologie, gynekologie a porodnictví atd.)?

Uveďte .....

Pozn. Uveďte hlavní obor činnost.

6) Zamyslete se nad tím, co z níže uvedené nabídky ovlivnilo zvolení lékařského oboru, ve kterém pracujete? Pro každou uvedenou položku označte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor podle následující škály (1 = rozhodně ne ... 10 = rozhodně ano)

A. obor je považován za vhodný pro ženy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B. vhodnější obor pro sladění pracovního a rodinného života	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C. menší časová náročnost výkonu lékařského oboru	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D. menší časová náročnost z hlediska samostudia a zisku atestací	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E. menší fyzická náročnost	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
F. možnost lepšího pracovního uplatnění a kariérního růstu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
G. obor volen s ohledem na pracovní pozici manžela/partnera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
H. Vaše schopnosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I. názor rodiny či přátel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J. zájem o obor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Pracujete v současné době?

a) ano

b) ne

8. Odhadněte, kolik hodin týdně průměrně pracujete? (Filtr: Q7=ano)

Uveďte .....

9. Uveďte, zda Váš pracovní úvazek zahrnuje následující typy pracovních směn. (Filtr: Q7=ano)

	běžně	výjimečně	ne
A. denní směny	1	2	3
B. noční směny	1	2	3
C. víkendové směny	1	2	3
D. přesčasy	1	2	3
E. práce o svátcích	1	2	3

**10. Se kterými osobami žijete ve společné domácnosti?**

- a) Váš manžel
- b) Váš partner (nesezdané soužití)
- c) Vaše děti
- d) jiné osoby
- e) žiji sama

**11. Zůstala jste s některým z Vašich dětí na rodičovské dovolené?**

- a) ano
- b) ne

*Pozn. Pokud jste byla na rodičovské dovolené s více než jedním dítětem, uveďte, zda jste pracovala při vaší poslední rodičovské dovolené.*

**12. Pracovala jste v době rodičovské dovolené? (Filtr: Q11=ano)**

- a) ano
- b) ne

*Pozn. Pokud jste byla na rodičovské dovolené s více než jedním dítětem, uveďte, zda jste pracovala při vaší poslední rodičovské dovolené.*

**13. Jak dlouho jste po narození Vašeho dítěte zůstala doma před návratem do práce? (Filtr: Q11=ano)**

Uveďte .....

*Pozn. Pokud jste byla na rodičovské dovolené s více než jedním dítětem, uveďte, zda jste pracovala při vaší poslední rodičovské dovolené.*

**14. Jaké byly důvody ukončení Vaší rodičovské dovolené?<sup>21</sup> (Filtr: Q11=ano)**

- a) konec placené rodičovské dovolené (2 nebo 3 roky)
- b) strach z udržení odbornosti
- c) strach ze ztráty svých pacientů
- d) absence profesní stimulace, chyběla Vám práce
- e) frustrace ze stereotypu
- f) strach z nemožnosti vrátit se na svoji pracovní pozici
- g) finanční důvody
- h) jiné .....

---

<sup>21</sup> Multiple response

*Pozn. Pokud jste byla na rodičovské dovolené s více než jedním dítětem, uveďte, zda jste pracovala při vaší poslední rodičovské dovolené.*

**15. Jaké z následujících možností jste využívala/využíváte při péči o děti?<sup>22</sup>**

- a) veřejné zařízení pro hlídání dětí (jesle, mateřská škola, družina)
- b) výpomoc dalších osob (rodinní příslušníci, kamarádi)
- c) výpomoc placené soukromé služby
- d) hlídání dětí na pracovišti
- e) změny v pracovním tempu (práce na zkrácený úvazek, flexibilní pracovní doba atd.)
- f) jiné .....

**16. Řekla byste, že se Vám daří dobře sladit Váš pracovní a rodinný život?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**17. Kolik času denně průměrně trávíte s dětmi, manželem/partnerem a prací v domácnosti?**

	děti	manžel/partner	domácnost
do 30 min			
31 – 59 min			
1 hod – 1 hod 29 min			
1 hod 30 – 1 hod 59 min			
2 hod – 2 hod 29 min			
2 hod 30 min – 3 hod			
3 hod – 3 hod 59 min			
4 hod – 4 hod 59 min			
5 hod – 5 hod 59 min			
více než 6 hod			
žádný			

<sup>22</sup> Multiple response

**18. Kolik času týdně průměrně trávíte samostudiem a volnočasovými aktivitami?**

	děti	manžel/partner
do 30 min		
31 – 59 min		
1 hod – 1 hod 29 min		
1 hod 30 – 1 hod 59 min		
2 hod – 2 hod 29 min		
2 hod 30 min – 3 hod		
3 hod – 3 hod 59 min		
4 hod – 4 hod 59 min		
5 hod – 5 hod 59 min		
6 hod – 6 hod 59 min		
7 hod – 7 hod 59 min		
více než 8 hod		
žádný		

**19. Ovlivnila volba lékařského povolání Vaše plánování rodinného života?**

- a) ano, děti jsem měla co nejdříve a poté jsem se začala věnovat kariéře
- b) ano, nejdříve jsem se začala věnovat kariéře, poté ji přerušila a měla děti
- c) ne, plánování rodiny neovlivnila má profese

**20. Zhodnoťte, nakolik Vám následující skutečnosti brání v úspěšné kombinaci pracovního a rodinného života? Pro každou uvedenou položku označte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor podle následující škály (1 = rozhodně ne ... 10 = rozhodně ano)**

<b>A.</b> charakter vlastní práce (pracovní doba, místo práce atd.)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>B.</b> moje profesní ambice	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>C.</b> profesní ambice mého manžela/partnera	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>D.</b> nedostatek peněz	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>E.</b> nedostupnost výpomoci od rodinných příslušníků	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>F.</b> neochota manžela/partnera pomoci s péčí o děti či domácnost	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>G.</b> nedostupnost placené výpomoci v domácnosti	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>H.</b> nedostupnost vhodného zařízení pro hlídání dětí	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>I.</b> život bez manžela/partnera	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>J.</b> nutnost samostudia	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>K.</b> zdravotní problémy	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**21. Které z následujících možností by Vám usnadnily kombinaci pracovního a rodinného života? Pro každou uvedenou položku označte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor podle následující škály (1 = rozhodně ne ... 10 = rozhodně ano)**

<b>A.</b> možnost snížení pracovního úvazku	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>B.</b> možnost volby směn/posuny začátku a konce směny	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>C.</b> větší ochota manžela/partnera k péči o děti a domácnost	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>D.</b> lepší dostupnost zařízení pro hlídání dětí	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>E.</b> větší výpomoc od rodinných příslušníků	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>F.</b> lepší dostupnost placené výpomoci v domácnosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**22. Jak máte s manželem/partnerem rozdělené role v domácnosti?**

- a) větší podíl na chodu domácnosti má manžel/partner
- b) péči o domácnost máme s manželem/partnerem rozdělenou přibližně rovným dílem
- c) větší podíl na chodu domácnosti mám já
- d) domácnost obstarávám pouze já bez manžela/partnera

**23. Jak máte s manželem/partnerem rozdělenou péči o děti?**

- a) větší podíl na péči o děti má manžel/partner
- b) péči o děti máme s manželem/partnerem rozdělenou přibližně rovným dílem
- c) větší podíl na péči o děti mám já
- d) péči o děti obstarávám pouze já bez manžela/partnera

**24. Uveďte prosím svůj věk**

.....

**25. Místo bydliště**

- a) obec do 1 000 obyvatel
- b) 1 001 – 10 000 obyvatel
- c) 10 001 – 100 000 obyvatel
- d) 100 001 – 500 000 obyvatel
- e) nad 500 000 obyvatel

**26. Rodinný stav**

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova
- e) dlouhodobě žiji s partnerem (v nesezdaném soužití)

**27. Uveďte prosím Váš měsíční čistý příjem**

- a) 5000 – 14 999 Kč
- b) 15 000 – 24 999 Kč
- c) 25 000 – 34 999 Kč
- d) 35 000 – 44 999 Kč
- e) nad 45 000 Kč

**28. Na závěr dotazníku je zde místo, kde můžete napsat své názory či postřehy týkající se kombinace pracovního a rodinného života lékařek. Vyplnění této otázky je dobrovolné.**

-----  
-----  
-----

## Příloha 2

### Kontingenční tabulka

Trvání rodičovské dovolené vs. V jakém odvětví zdravotnictví pracujete?

		Trvání rodičovské dovolené			Celkem
		0-12 měsíců	13-24 měsíců	25 +	
<b>Nemocnice, poliklinika zřízená státem/církví</b>	Absolutní četnosti	17	33	14	64
	% V jakém odvětví zdravotnictví pracujete?	26,6%	51,6%	21,9%	100,0%
	Adjustovaná residua	-3,4	2,5	1,1	
<b>Vlastní lékařská praxe</b>	Absolutní četnosti	17	6	3	26
	% V jakém odvětví zdravotnictví pracujete?	65,4%	23,1%	11,5%	100,0%
	Adjustovaná residua	3,4	-2,5	-1,1	
<b>Celkem</b>	Absolutní četnosti	34	39	17	90
	% V jakém odvětví zdravotnictví pracujete?	37,8%	43,3%	18,9%	100,0%

	Hodnota	Stupeň volnosti	Asymp. Sig. (2-sided)	Aprox. sig
<b>Pearson Chí-kvadrát</b>	11,884a	2	,003	
<b>Koeficient kontingence</b>	,342			,003