

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ



Lékaři a lékařky:

**Možnosti kombinace rodinného života a
profesní dráhy**

Bakalářská práce

Autorka: Veronika Fárová

Vedoucí práce: PhDr. Hana Maříková, Ph.D.

Praha 2015

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:

.....

Podpis autorky práce

.....

Děkuji PhDr. Haně Maříkové, Ph.D., za pomoc při vymezení a konkretizaci tématu práce, za vstřícnost při vedení práce a za cenné připomínky a doporučení.

Děkuji také všem lékařům a lékařkám, kteří mi poskytli rozhovor, za jejich vstřícný a laskavý přístup.

V neposlední řadě také děkuji MUDr. Robertu Jůzkovi za poskytnutí kontaktů a za morální podporu po celou dobu, kdy práce vznikala.

OBSAH

ÚVOD	1
1. TEORETICKÁ ČÁST	2
1.1. Rodina	2
1.1.1. Uspořádání rolí v rodině	4
1.1.1.1. Žena v roli matky	5
1.1.1.2. Muž v roli otce	6
1.1.2. Uspořádání rolí v domácnosti.....	7
1.2. Harmonizace práce a rodiny.....	10
1.2.1. Mateřská a rodičovská dovolená	11
1.2.2. Peněžité pomoci v mateřství.....	12
1.2.3. Rodičovský příspěvek.....	12
1.2.4. Zařízení pro předškolní děti	13
1.3. Lékařská profese.....	14
1.3.1. Role lékaře.....	15
1.3.2. Feminizace lékařské profese a poměry mužů a žen.....	15
1.3.3. Strategie sladění profese a rodiny	16
2. METODOLOGICKÁ ČÁST	18
2.1. Cíle výzkumu a hlavní výzkumná otázka	18
2.2. Výzkumná strategie	19
2.3. Techniky sběru dat	19
2.4. Výběr vzorku	20
2.5. Analytické postupy	21
2.6. Hodnocení kvality výzkumu	22
2.7. Etické otázky společenskovedního výzkumu.....	23
3. ANALYTICKÁ ČÁST	24
3.1. Stručné osobní medailonky	24
3.2. Výběr profese	25
3.2.1. Průběh studia a systém atestací.....	26
3.2.2. Chápání profese lékaři	27
3.2.3. Chápání profese lékařkami	29
3.2.4. Současná lékařská praxe	30
3.3. Založení rodiny	31

3.3.1. Dělbá práce v domácnosti.....	32
3.3.2. Péče o děti.....	33
3.3.3. Chápání rodinného života lékaři	34
3.3.4. Chápání rodinného života lékařkami.....	35
3.4. Konfrontace rodiny a profese	36
3.4.1. Strategie sladřování profese a rodiny	37
3.4.2. Problematika časové dostupnosti školek a škol	39
ZÁVĚR	43
Použitá literatura.....	45
Elektronické zdroje	47
Příloha – Schéma rozhovoru	49

ÚVOD

Harmonizace kariérního růstu a péče o rodinu je diskutovaným tématem, jelikož lidé v dnešní době touží jak po profesní dráze, tak po fungující rodině. Rodina a práce jsou bez pochyby dva na sobě závislé systémy. K ekonomickému zajištění rodiny je dnes většinou nutný příjem obou rodičů, neboť i ženám je otevřený svět placené práce mimo domácnost. V dnešní společnosti tak děti znamenají jak vyšší náklady pro rodinu, tak omezují volnost v rozhodování o profesním postupu. Věnovat se zároveň rodině a profesi naplno je náročné. Každý rodič stojí před otázkou, jak rozdělit svou energii a především čas. Dochází k vytváření strategií, jak zvládat obě oblasti. Tyto strategie si rodiče vytváří buď čistě intuitivně, nebo vědomě činí konkrétní kroky, jak sladit práci i péči.

Inspirací k této práci mi byla kvalitativní sonda Lenky Simerské a Ireny Smetáčkové z roku 2000, která mapuje pracovní pozici, rodinnou situaci a postoje mladých lékařek. Tato sonda byla součástí komplexního výzkumného projektu SOÚ AV „Pozice žen s vysokoškolským vzděláním v české společnosti 90. let.“ Analyzováno bylo 20 rozhovorů s lékařkami, které ukončily studium v roce 1989/90 a v době výzkumu byly ve věku 32 až 35 let. Otázky byly zaměřeny především na profesní uplatnění mladých lékařek v souvislosti s dynamikou rodiny, na chápání genderových rolí, harmonizaci pracovní a rodinné sféry a na genderová specifika v profesi. Výsledky výzkumu ukázaly, že nejvýznamnějším faktorem, který ovlivňuje pracovní dráhu lékařek, je především rodina.

Teoretická část mé práce uvádí do problematiky sociologie rodiny a obecného uspořádání rolí v rodině a domácnosti. Navazuje problematika harmonizace práce a péče a faktická podpora rodin ze strany státu. Neopomenutelnou kapitolou je i závěrečná, která prezentuje stěžejní fakta o lékařské profesi, některé diskutované aspekty této profese a vymezené strategie ke kombinaci profese a rodiny.

Metodologická část popisuje konkrétní otázky, metody, způsob analýzy, kvalitu a etické otázky výzkumu. Ve svém výzkumu se pak soustředím na sladování lékařské profese s rodinným životem u lékařek i lékařů.

V analytické části jsou rozpracovány výsledky analýzy výzkumu. Rozpracovávám problematiku subjektivního chápání lékařské profese a to, jak se určité pojetí profese projevuje v přístupu k rodině a rodičovství. Mým cílem je zmapovat vnímání profese lékaři a lékařkami vzhledem k chodu rodiny a rozkrýt reálně existující možnosti kombinace lékařské profese s rodinným životem, pomoci tak odkrýt nové otázky a získat tímto hlubší výpověď o podmínkách života a práce jedné profesní skupiny.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Rodina

„Rodina je stabilizujícím prvkem sociálního systému, ať už vypadá jakkoli.“

(Ivo Možný)

Samotný produkt kultury – sociologie - přispívá tomu, jakým způsobem společnost konstruuje kulturní obrazy rodiny. Naše pojetí rodiny tak ovlivňují v kultuře zakotvené ideály, ale také i naše vlastní rodinná zkušenost (Rezetti, Curran 2003:213).

Rodina je v naší společnosti konvenčně považována za běžnou formu soužití dvou jedinců opačného pohlaví. Chápeme ji jako dlouhodobé solidární soužití jedinců, které pojí příbuzenský svazek. Nejmenší jednotkou rodiny rozumíme rodiče s dětmi. Ostatní znaky, jako je např. společné bydlení, společná produkce a konzumování statků apod., jsou už sociokulturně podmíněné (Jandourek 2009:115).

Podle Matouška (1997:9) je rodina nepostradatelnou institucí jak pro dítě, tak i pro dospělého člověka. Rodina rozšiřuje jedinci jeho sociální pole a dává pocit bezpečného zázemí. Na druhé straně může být i zdrojem stresu. Rodiče musí být dětem k dispozici stále, ať jsou unavení nebo nemocní. Stejně tak dospělí se musí jeden druhému přizpůsobovat a v době, kdy je ženám otevřen trh práce stejně jako mužům, tak společně sladovat veškeré své povinnosti.

Základní funkcí rodiny je vytvářet soukromý prostor pro reprodukci lidského rodu, tím potažmo společnosti, a následná výchova potomstva (Možný 2006:14; Jandourek 2009:116). Členové rodiny by tak podle Možného měli mít pocit bezpečí a neměnnosti návyků a uspořádání oproti změnám ve veřejné sféře a mají tímto chránit neustále se měnící a vyvíjející se společenský systém před neuspořádaností a jeho zhroucením.

Existují různá teoretická pojetí rodiny. Jedním z vlivných bylo teoretické pojetí strukturálního funkcionalismu, které nabízí jedinou mužskou a jedinou ženskou roli, neboť tyto role mají biologický základ a proto je takové uspořádání normální a neměnné. Perspektivu strukturálního funkcionalismu aplikoval v 50. až 60. letech sociolog Talcott Parsons na rodinu a domácí život. Svou pozornost zaměřil na *izolovanou nukleární rodinu*, kterou tvoří manžel, manželka a jejich nezaopatřené děti. Takováto rodina žije odděleně od příbuzných, je na příbuzných finančně nezávislá a přestává vykonávat řadu dřívějších funkcí

jako vzdělání, péči o nemocné, výrobu oblečení a potravin. Taková rodina zajišťuje primární socializaci dítěte a stabilizuje osobnosti dospělých jedinců, kteří tvoří společnost. Muž a žena v takovéto rodině plní každý navzájem odlišné, specializované role. Ten, který rodinu ekonomicky zajišťuje, má rozhodovací pravomoci a bývá to tradičně manžel. Tuto roli označuje Prasons jako instrumentální rodinnou roli. Zato žena se ujímá expresivní rodinné role, která obnáší starost o domácí práce, péči o děti a uspokojování citových potřeb rodinných příslušníků. Toto rozdělení rolí vzniklo na takové domněnce, že genderové role vycházejí z biologických rozdílů mezi muži a ženami, a bylo považováno dlouhou dobu za funkční. Celá tato teorie se setkává s mnoha kritikami a především toto neměnné rozdělení rolí na základě biologických rozdílů lze vyvrátit na základě antropologických výzkumů, které potvrzují pružnost genderových kategorií a dokazují, že uspořádání genderových vztahů a rodiny nemá biologický původ, ale je dáno kulturně a předává se sociálně, a že různost rodinných forem je značně ovlivněna jednotlivými kulturami (Rezetti, Curran 2003:213-216).¹

Historicky mladší teorie sociálního konstruktivismu vnímá manželství a rodinu jako jakýsi druh řádu, v němž může jedinec prožívat život jako smysluplný (Možný 2006: 77). „Zajímá nás tu proces, který konstruuje, udržuje a modifikuje soudržnost reality tak, aby ji člověk mohl vnímat jako smysluplnou.“ Způsob vnímání se však liší kulturu od kultury, společnost od společnosti. Sociální realita ale není neměnná. Je neustále znovu konstruována v procesu sociální interakce a komunikace. To, co považujeme za realitu, je ovlivněno celoživotní zkušeností člověka v určité kultuře. Významy a realitu chápe tato teorie jako neustále se měnící, dynamické procesy, utvářené a závislé na lidském jednání, které jsou skrze mezilidské interakce a chápání světa neustále přetvářeny v určitém kulturním a společenském kontextu a předávány dál (Berger, Luckman 1999). Podle teorie sociálního konstruktivismu jsou gender a jeho definice, pojem „muž“ a „žena“ a to, co si pod nimi lidé představují vždy závislé na společenském kontextu, ve kterém jsou prezentovány, na způsobu, jakým jsou prezentovány, a také na tom, kým jsou prezentovány.

Rodinu často vnímáme jako útočiště před veřejným světem a veřejnými institucemi a zároveň jako místo, kde máme možnost cítit se bezpečně a prožívat intimní vztahy. Toto je však pouze idealizovaný obraz rodinného života a intimních vztahů. „Ze zkušenosti víme, že to, co se děje doma, často ovlivňuje náš výkon v práci a že si problémy z práce naopak nosíme s sebou domů“ (Rezetti, Curran 2003:212).

¹ Problematiku kulturně konstruovaných příbuzenských vztahů zpracovává z antropologického hlediska např. BUDILOVÁ, L.: *Studium příbuzenství v antropologickém kontextu*. CAAT 2007.

Nicméně založení rodiny a rodinný život jako takový se zdá být stále zásadní etapou života jedince. Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR provedl v červnu 2014 výzkum hodnotové orientace české společnosti „Jaké hodnoty jsou pro nás důležité – červen2014?“. Z výsledků vyplynulo, že zcela největší hodnotou je mít spokojené rodinné zázemí.

1.1.1. Uspořádání rolí v rodině

„Od narození prvního dítěte zůstává rodičovství organizačním principem životního cyklu rodiny.“
(Ivo Možný)

Tradiční rodinu nahradila rodina moderní a dominantní uspořádání vztahů mezi mužem a ženou přešel ve vztah partnerský. Změny, které přispěly vzniku moderní rodiny, bychom podle Maříkové mohli vidět v procesu demokratizace, který se projevuje:

- ve sblížení sociální pozice muže a ženy v rodině,
- v reflektování možnosti zastupitelnosti rolí muže a ženy uvnitř rodiny a v její následné faktické realizaci,
- v realizaci ‚flexibilní‘ dělby práce mezi mužem a ženou v rodině,
- ve vytváření společenských podmínek pro realizaci těchto změn ze strany státních orgánů a institucí (Maříková 1999:10).

A. Hochschild a A. Machung na základě svého výzkumu 50 dvoukariérových manželství vytvořily typologii uspořádání vztahů a rolí v rodině:

Tradiční model chápe muže jako výhradní autoritu v rodině a jako jejího primárního živitele, který přináší více peněz do rodinného rozpočtu. Identita ženy je spojována se soukromou sférou domácího zázemí a žena je tak vnímána jako manželka a matka, ne jako pracující žena.

Tzv. egalitární model vidí podíl muže a ženy na rozhodování a na moci v rodině nejvíce vyvážený. Takový typ rodiny nemá výhradně jediného hlavního živitele a autoritu, ani jedinou pečovatelku a osobu pečující o domácnost.

Přechodný typ se vyznačuje tím, že žena sebe samu vnímá zároveň jako matku a zároveň i jako pracující ženu, kdy obě tyto sféry práce a rodiny jsou pro ní a pro její vlastní identitu důležité. „Práce představuje pro ženu důležitou sféru seberealizace při poměrně nízkém finančním ohodnocení její práce. A tak žena z toho typu rodiny očekává od svého protějšku finanční zabezpečení. Muž sice akceptuje, že žena pracuje, ale ‚na oplátku‘ od ní požaduje, že si ponechá hlavní odpovědnost za péči o domácnost a rodinu“ (Maříková 1999:15).

Narození dítěte do jisté míry bez pochyby naruší život obou rodičů, kteří musí své potřeby, svůj čas a často i práci přizpůsobit svému potomkovi. Na socializaci dítěte se však dnes již více než rodiče podílejí vzdělávací instituce, vrstevnická skupina, se kterou děti tráví ve škole většinu času svého dne, a hromadné sdělovací prostředky. Mimo to se dítě socializuje k mužskému či ženskému rodu. Řada studií dokazuje, že děvčátka jsou vychovávána jinak než chlapci (Možný 2006:163-167; Matoušek 2003:24). A tak značnou část výchovy a směřování dítěte přebírají z rukou rodičů specializované instituce.

Úplná rodina je zastoupená otcem a matkou a jak matka tak i otec mají na výchovu svého potomka velký vliv. Tvrzení, že ženy v některých schopnostech - např. pečovatelských - převyšují muže, a stejně tak tvrzení, že muži v jiných schopnostech - např. živitelských, profesních - převyšují ženy, nelze považovat za obecnou platnost (Maříková 1999).

Volbou založit si rodinu jedinec, ať už žena či muž, do jisté míry ztrácí svou nezávislost. Péče o děti zásadně ovlivňuje čas a možnost věnovat se jiným zájmům a někdy i věnovat se naplno zaměstnání.

1.1.1.1. Žena v roli matky

Žena je stereotypně považována za přirozeně zdatnou v oblasti péče o potomky. Být rodičem malých dětí, myšleno dětí předškolního věku, je tak často vnímáno jako výhradní působiště žen. Monique Kremer (2007) definuje tzv. *mateřství na plný úvazek* jako předpoklad, že pouze matka je tou, která dokáže poskytnout dítěti kvalitní péči, a že pro zdravý vývoj dítěte je podstatný vztah s primární pečující osobou – matkou. Ideál mateřské péče na plný úvazek však slouží spíše jako nástroj konzervace a reprodukce genderové dělby práce. V České republice to je dáno historickou zkušeností, neoliberální politickou kulturou a dominantním anti-feministickým společenským diskursem (Formánková 2010:89).

Ženy na rozdíl od mužů vnímají samy sebe často jako toho důležitějšího rodiče. Svým postojem pravděpodobně demonstřují obranu své pozice a role při výchově potomků i svou nezastupitelnost v ní (Maříková 1999:69).

Mateřství je z konvenčního pohledu považované za přirozené poslání žen. Od žen se všeobecně očekává, že energii investují do rodiny a domácnosti a že většinu té základní péče dětem věnují právě matky. A to i tehdy jsou-li zaměstnané na plný úvazek, což je v České republice běžným jevem, neboť „státy bývalého socialistického bloku staví na tradici masové zaměstnanosti, vysoká míra zaměstnanosti žen proto přetrvává i v České republice“ (Formánková 2010:72). Z genderově kritické perspektivy však takto mateřství chápat nelze. Mateřství se pro většinu žen změnilo z fatálního údělu v akt vědomé volby.

Úloha pečujícího rodiče nebývá zpravidla považovaná za časově a energicky náročnou. Tuto představu může vytvářet samotný pojem mateřská či rodičovská „dovolená“, během níž ženy často vykonávají převážnou část pečovatelské práce spolu se starostí o domácnost. „Po skončení mateřské, resp. rodičovské dovolené, kdy se naprostá většina českých žen vrací na plný úvazek do zaměstnání, už je pro ženu téměř nemožné zvrátit ustavené rozdělení odpovědností a povinností partnerů v rodině“ (Křížková 2002:151).

Ženy, pokud chtějí být zaměstnané a mít současně i rodinu, jsou dnes nuceny hledat určitou rovnováhu mezi povinnostmi doma a v zaměstnání. Bez ohledu na pracovní vytížení v zaměstnání je odpovědnost za děti a domácnost přisouzena ženě a s tím také souvisí horší podmínky na trhu práce (Křížková 2002:151-152). Navíc systém tříleté rodičovské dovolené a nedostatek zařízení předškolní péče o děti do tří let vytvářejí tlak na ženy, aby zůstaly s malými dětmi v domácnosti. Kdyby se žena rozhodla z jakýchkoliv důvodů vrátit do zaměstnání, musí řešit otázku, kdo bude pečovat o dítě. A tak zájem matek o kariéřní růst mohou některé společnosti vnímat jako rozcházející se s tím, co je v zájmu rozvoje dětí.

1.1.1.2. Muž v roli otce

Profesní struktura naší společnosti tradičně vycházela z předpokladu, že muži rodiny zajišťují ekonomicky a ženy se o ně starají prakticky. Od mužů se výhradně očekávalo, že investují svůj čas a energii do práce. A i kdyby se dnes chtěli starat více, znemožňuje jim to organizace práce v naší společnosti (Renzetti, Curran 2003:234).

Muži se obecně ve vztahu k dítěti situují spíše do role vychovatele než primárního pečovatele, kdy se starají o vzdělání, hraní s dětmi, čtou jim, něco je učí, trénují s nimi, a o žádnou zásadní změnu v tomto ohledu nestojí (Vodáková 2003:109). Tzv. tradiční otcové se

pak více starají o chlapce než o dívky. Podle výzkumů se otcové účastní základní péče o děti nejméně v jejich nejmladším věku. Více se obvykle začnou zapojovat, až když je dětem kolem 18 měsíců, tj. když chodí a mluví. Nejvíce se o děti starají zhruba ve věku od 5 do 15 let (Renzetti, Curran 2003:233).

Dnes se nicméně stále častěji setkáváme s muži, kteří jsou rozhodnuti aktivně se podílet na rodinném životě. Muž je stále více vtahován do sféry soukromé, rodinné, aby zde plnil funkce, které dříve vykonávaly pouze ženy. To znamená, že role muže a ženy jsou v zásadě zastupitelné, zaměnitelné (Maříková 1999:61). Nastupuje tím role otce, která začíná přebírat i tu základní péči o děti a stejně tak se zapojují i do výkonu domácích prací. „Muži, kteří se o své děti odpovědně starají, říkají, že díky péči o děti jsou citlivější, méně zahleděni do sebe a stali se úplnějšími lidskými bytostmi“ (Renzetti, Curran 2003:236).

I muži dnes mohou zůstat na rodičovské dovolené a pečovat o svého potomka od doby jeho narození až do 3, resp. 4 let věku dítěte, ačkoliv tato možnost bývá využívána spíše sporadicky a celkový podíl takových otců je zanedbatelný. Obvykle je využívána v těch případech, kdy muži vydělávají méně než jejich partnerky nebo kteří zaměstnání ztratili a jsou momentálně nezaměstnaní. Někdy je to otázka pocitu, když se cítí být povolnější starat se o dítě muž, oproti jeho ženskému protějšku. Dnešní zdůrazňování významu role otce v rodině znamená nový postoj v náhledu na rodičovství a rodinu vůbec (Vodáková 2003:109).

1.1.2. Uspořádání rolí v domácnosti

„Ačkoli práce v domácnosti je společensky i ekonomicky nezbytná, nepovažuje se za skutečnou práci, a to dokonce ani ženami, které jsou za její vykonávání odpovědné především.“

(Claire M. Renzetti a Daniel J. Curran)

Práce v domácnosti často není považovaná za skutečnou práci. Důvodů je hned několik. Domácí práce není specializovaná, to znamená, že může zahrnovat řadu různých činností. Dále domácí práce vykonáváme dle potřeby, tedy nemají pevně stanovenou pracovní dobu. A především je to práce, kterou nám nikdo nezaplatí, práce, která nijak nedefinuje status jedince ve společnosti (Renzetti, Curran 2003:231-232).

Proces rozdělení domácí práce je procesem vztahovým, do něhož se zapojují oba partneři. Proces dělení rolí v rodině je ovlivněn mnoha faktory a zcela jistě i sociálním a politickým

kontextem. „Na rozdělení časových investic obou partnerů do placené práce a péče o rodinu má vliv vzájemný vztah zdrojů, časových možností, pracovních příležitostí, ale i interakce představ o pracovním a rodinném uspořádání obou partnerů“ (Chaloupková 2005:75).

Přes drobné změny se tradičně chápaná úloha ženy v domácnosti mění velmi pomalu a to bez ohledu na to, zda je žena zaměstnaná nebo není. Většina domácností v České republice funguje na základě tradičního rozdělení ženských a mužských rolí v rodině (Bierzová 2006:19). Přestože jsou ženy nadále těmi, které obstarávají většinu chodu domácnosti, muži se stále více angažují a pomáhají ženám ve větší míře, než tomu bylo dříve. Studie dokládají, že jsou to většinou muži s vyšším vzděláním, kteří zastávají rovnoměrné rozdělení rodinných rolí. A to doplňuje skutečnost, že ženy s vyšším vzděláním naopak věnují méně času a energie do domácnosti (Brines 1994: 652). Dochází tedy k tomu, že jsou si partneři stále více rovni a snaží se hledat společný kompromis.

Výzkumy přesto ukazují, že gender zůstává stále nejvýznamnějším předpokladem, kolik času jedinec stráví péčí o domácnost (Chaloupková 2005). Analýza Chaloupkové potvrdila, že ti, kteří tráví více času placenou prací, se již tolik neangažují v domácnosti. Dále že nižší příjem je znatelným faktorem pro širší zapojení do péče o domácnost. Potvrdila také, že v rodinách s dětmi se časové zapojení žen do péče o domácnost zvyšuje výrazněji než nakolik jsou časově zapojeni muži. Podle Křížkové proto v rodinách s předškolními dětmi nacházíme asymetrie časového zapojení do péče o domácnost mezi partnery nejvyšší – ženy v této fázi rodinného cyklu věnují domácí práci třikrát více času než jejich partneři (Křížková 2000: 70).

Mezi sociologickými teoriemi můžeme nalézt takové, které se snaží vysvětlit, jakým způsobem dochází ke konkrétní dělbě rolí a práce v domácnosti. Věnují se různým faktorům, které mohou dělbu práce v rodině ovlivňovat. Některé mají výrazně ekonomizující charakter, jiné kladou větší důraz na sociální a kulturní rozměr generových vztahů.

Teorie časové dostupnosti a omezení Garyho Beckera vychází z předpokladu, že členové domácnosti rozdělují svůj čas mezi placenou práci mimo domov a neplacenou práci v domácnosti tak, aby užitek domácnosti jako celku byl co možná největší. Svůj užitek pak domácnost maximalizuje právě tehdy, když se časové investice toho z partnerů, který má lépe placené zaměstnání nebo zaměstnání s lepší vyhlídkou kariérního růstu, soustředí na pracovní trh a naopak druhý z partnerů, který má hůře platově hodnocené zaměstnání, soustředí svůj čas do péče o rodinu a domácnost (Becker 1993).

Teorie relativních zdrojů chápe dělbu práce v domácnosti jako výsledek domluvy mezi partnery. Jde tedy především o vzájemné srovnávání zdrojů každého z partnerů (např.

vzdělání, příjem, zaměstnanecká prestiž). Z toho vyplývá, že partner, který disponuje více ceněnými zdroji, se bude podílet na neplacené práci méně. A naopak v případě, že jsou zdroje obou partnerů přibližně stejné, lze podle této teorie očekávat i vyrovnanější rozdělení péče o domácnost.

Socializační či genderové přístupy zdůrazňují, že dělba práce v domácnosti odráží i fakt, jaké představy mají muži a ženy o svých gender rolích a jaká jsou jejich očekávání vůči roli jejich protějšku. Celoživotním procesem socializace si ženy osvojují jiná pravidla, hodnoty a normy chování než muži. „V dnešní západní kultuře je pohlaví základním organizačním principem sociální struktury a navzdory populárnímu tvrzení o opaku hraje důležitou úlohu v rozdělování sociálních rolí“ (Oakley 2000: 115).

Model, kdy žena dělala pouze domácí práce a muž se věnoval zaměstnání, aby mohl rodinu zajistit, se dnes týká velmi malého procenta párů. Ženy jsou dnes běžně zaměstnané, neboť jejich plat je často nezbytným příspěvkem do celkového rodinného rozpočtu. I přes dnešní snahu mužů a všeobecně partnerů o rovnější dělbu práce tráví domácími pracemi více času stále ženy. „Manžel obvykle vyjadřuje ochotu své manželce s domácími pracemi ‚pomoci‘, avšak i v těch párech, kde vydělávají oba partneři, je mezi muži i ženami rozšířeno přesvědčení, že domácí práce jsou v zásadě prací ‚ženskou‘, ať už jsou na čas ženy kladeny jakékoli další nároky“ (Renzetti, Curran 2003:231). Přesto ještě stále většina žen nevnímá větší podíl na rutinních domácích činnostech jako vyloženě nespravedlivý a s rostoucí délkou soužití vnímají ženy svůj podíl na domácí práci ještě více jako méně nespravedlivý (Chaloupková 2005).

Kromě rozdílu v času stráveného domácími pracemi můžeme tedy sledovat i rozdíl v činnostech, které vykonává většinou muž a které většinou žena. Ženy mají obvykle na starost každodenní činnosti, které zahrnují úklid, vaření, praní, umývání nádobí a žehlení. Muži většinou zastávají spíše příležitostné úkoly, jako jsou například drobné opravy v domácnosti (Chaloupková 2005, Bierzová 2006).

I přes veškerý technologický pokrok a moderní vymoženosti jsou domácí práce časově i jinak náročná činnost. Jsou však naprosto nezbytné pro celkové zajištění domácnosti, pro udržení čistoty a komfortu domova, a pro naplnění potřeb členů domácnosti (Renzetti, Curran 2003:232).

1.2. Harmonizace práce a rodiny

„Typ práce, kterou dospělí členové rodiny vykonávají mimo domov, bezpochyby ovlivňuje ekonomickou životaschopnost rodiny, kvalitu jejího bydlení, množství času, který tráví členové rodiny společně, a způsob trávení volného času.“

(Barrie Thorne)

Založení rodiny jistě mění vztah k zaměstnání, ale ne k profesi nebo snad k práci jako takové. Omezuje možnost naplno se věnovat zaměstnání a samozřejmě také zvyšuje důraz na jeho finanční přínos. Potřeba skloubit rodinu a profesi se projevuje především v určité fázi vývoje rodiny, a to přirozeně v době péče o malé děti. Rodičovské potřeby jsou však na pracovišti vnímané jako soukromé záležitosti, které nemají s pracovními nic společného.

V předchozích kapitolách jsme mohli sledovat, že dochází k jistému posunu hranic mezi rozdělením rolí nehledě na chápání rolí stále ještě do jisté míry tradičním způsobem. V tradiční společnosti bylo jasně vymezené, co kdo má na starost. Moderní společnost otevřela nové možnosti. V dnešní společnosti je na jedné straně žena ekonomicky aktivní a zapojuje se ve veřejné sféře a na druhé straně se muž více angažuje v rodině a domácnosti.

Dříve se ženská práce chápala jako doplňková k té mužské a byla brána jako méně vážná. Možnosti vstoupit na trh práce ženy dnes mají, ale bezpochyby není dobojováno v otázce rovných platů. Mezi muži a ženami existuje platový rozdíl a jen malý počet rodin si může dovolit, aby na rodičovské dovolené zůstával muž, který obvykle vydělá více než žena.

Teorie lidského kapitálu nám říká, že ženy se rozhodují investovat do zaměstnání mimo domov méně než muži, a proto za to také dostávají méně než muži. Je založena na předpokladu, že ženy věnují více energie rodině a domovu, a proto si volí zaměstnání méně náročná na vzdělání a dovednosti. Otázkou je dobrovolnost této volby, která může být zaměňována spíše za nevyhnutelnou nutnost. „Slabinou teorie lidského kapitálu je pak skutečnost, že nerozlišuje mezi omezeními, která na sebe kladou samy ženy, a strukturálními omezeními“ (Renzetti, Curran 2003:299). Renzetti a Curran poukazují, že pouhá změna v chápání a vnímání manželů v rodině jako sobě si navzájem rovnocenných partnerů nestačí. Je nutná i změna sociálních zákonů a vládní politiky, která by změnám byla nápomocná.

Harmonizace rodiny a zaměstnání by měla „(...) poskytnout rodinám lepší možnosti svobodné volby v otázce vstupu na trh práce a v poskytování péče o děti, a to způsobem a za účasti obou partnerů v takovém rozsahu, jež si chtějí zvolit.“ (Sirovátka, Tomešová-Bartáková

2008:69). V posledních letech sice otcové na rodičovské dovolené přibývají a díky tomu a díky větší podpoře tohoto typu péče neziskovými organizacemi i politiky se i postoj společnosti pomalu mění. (Tuto skutečnost dokládá například velice vlivná iniciativa *Ligy otevřených mužů*, která prosazuje aktivní otcovství, šíří osvětu mezi rodiči, podporuje otce na mateřské dovolené apod.) Většina rodin ale funguje stále na principu otce živitele rodiny, tedy hlavními finančními zdroji rodiny jsou příjmy otce. To dokazuje například studie „Podoby otcovství v České republice z roku 2010“, kterou si nechalo zpracovat Ministerstvo práce a sociálních věcí. Z výsledků jasně vyplývá, že většinu činností spojenou s každodenní péčí o děti a zajišťováním domácnosti mají na starost ženy – matky. Konkrétně je to 75% domácích prací a 73% každodenní péče o děti a 68% nákupů. Pro takové typy rodin je tedy hlavním důvodem pro rozhodnutí, že rodičovský příspěvek bude pobírat matka (nebo otec) právě jejich aktuální ekonomická situace, nikoli tedy rovné postavení pohlaví či harmonizace rodinného a pracovního života. Tento fakt opět potvrzuje výzkum Podoby otcovství v České republice, který uvádí, že 68% mužů má vyšší příjmy než jejich partnerka a až čtvrtina mužů má v rodině dvojnásobný příjem než ona.

Péči o malé děti by mělo rodinám usnadnit nastavení společenského systému a jistá podpora rodin ze strany státu (jako je např. systém příspěvků a dávek, institucionální podpora v podobě mateřských školek). Některým oblastem rodinné politiky se budu věnovat v následujících podkapitolách.

1.2.1. Mateřská a rodičovská dovolená

Rodiče dnes velmi často zaměňují pojmy týkající se peněžité podpory rodin s dětmi. Těmito pojmy jsou *mateřská* a *rodičovská*. Rozdíl mezi mateřskou dovolenou a rodičovskou dovolenou je dán charakterem samotných dávek.

Mateřská dovolená kompenzuje ztrátu příjmů v těhotenství a v mateřství a náleží jen ženám, popřípadě dalším osobám, které splní podmínku účasti na nemocenském pojištění v určitém rozsahu. Může být zkrácena a vyměněna za příjem ze zaměstnání nebo z jiné výdělečné činnosti.

Rodičovská dovolená je příspěvkem na péči o dítě nebo děti, poskytnutý jednomu z rodičů. Nevyklučuje další přivýdělek či péči o dítě nebo děti jinou zletilou osobou. V době mateřské i rodičovské dovolené za tyto rodiče platí odvody na pojistné (sociální i nemocenské) stát.

1.2.2. Peněžité pomoc v mateřství

Peněžitou pomoc v mateřství vyplácí Česká správa sociálního zabezpečení, finančně správní instituce, která má na starost důchodové a nemocenské pojištění a podle koordinačních nařízení Evropské unie je styčným místem vůči zahraničním institucím mimo jiné pro peněžité dávky v nemoci a mateřství.

Peněžité pomoc v mateřství je primárně určena pro kompenzaci výpadku příjmu v souvislosti s těhotenstvím a následné péče o dítě, tedy v praxi častěji ženám. V případě kompenzace v době těhotenství je peněžité pomoc v mateřství určena pouze ženám (6-8 týdnů před očekávaným porodem). V době následné péče o dítě je možné pobírat tuto dávku i dalším pečujícím osobám (např. v případě úmrtí nebo dlouhodobé závažné choroby matky), s tím, že vždy tuto dávku pobírá pouze jeden pečující. Celková doba poskytování dávky činí 28 týdnů.

Nezbytnou podmínkou k pobírání peněžitého příspěvku v mateřství je nutnost splnění 270 kalendářních dní účasti na nemocenském pojištění v posledních dvou letech přede dnem nástupu na mateřskou dovolenou.

1.2.3. Rodičovský příspěvek

Rodičovský příspěvek je poskytován v rámci systému státní sociální podpory, kdy stát skrze vyplácení dávek z části přebírá spoluzodpovědnost za vzniklou sociální situaci.

Nárok na rodičovský příspěvek má rodič, který po celý kalendářní měsíc osobně celodenně a řádně pečuje o dítě, které je nejmladší v rodině, a to až do vyčerpání celkové částky 220 000 Kč, nejdéle do 4 let věku tohoto dítěte.

O rodičovský příspěvek je vždy nutné zažádat a to na Úřadu práce – Odboru státní sociální podpory, pod který podle trvalého bydliště rodič spadá. Výše rodičovského příspěvku je pro všechny stejná, 220 000 Kč, bez ohledu na jejich příjmy. Výše měsíčního příspěvku je závislá na příjmu matky nebo otce dítěte a není závislá na tom, kdo nakonec bude tento příspěvek čerpat.

Délka rodičovského příspěvku je závislá na předchozím nároku na peněžitou pomoc v mateřství, resp. její výši či na výši předchozích hrubých příjmů. 70% těchto hrubých příjmů nebo měsíční výše peněžité pomoci v mateřství musí být vyšší nebo rovna 11 500 Kč. V takovém případě si může rodič zvolit maximální výši měsíčního příspěvku, který bude čerpat do dvou let věku dítěte. Nejkratší doba čerpání je tedy 19 měsíců. V průběhu čerpání je možné každé tři měsíce změnit výši měsíčního čerpání a tím i počet měsíců, po které se

příspěvek čerpá, také lze měnit osoby, které rodičovský příspěvek pobírají. V případě, že jsou příjmy nižší než 11 500 Kč, pak je čerpání příspěvku stanoveno pevně na 7600 Kč v prvních 9 měsících dítěte a poté 3800 Kč až do 4 let věku dítěte.

1.2.4. Zařízení pro předškolní děti

Mateřské školy patří v současné době mezi velice nedostatkové instituce předškolního vzdělávání. Jejich počet a kapacita nedokáže pokrýt poptávku ze strany rodičů dětí, a to zejména na sídlištích ve velkých městech. Kritéria výběru dětí jsou pak ze strany škol velice přísná. Prvořadě jsou děti předškolního věku, pro něž musí mateřské školy ze zákona zajistit místo, teprve poté si podle určitých kritérií škola vybírá mladší děti, které přijímá podle toho, co jim dovolí kapacity tříd. Na druhou stranu si dnes koncepci výuky a směru zaměření může mateřská škola sama vytvořit a tudíž si zájemci o mateřské školy mohou vybírat ze široké nabídky těchto institucí. Mateřské školy si sami vytvářejí koncepty vzdělávání a na základě nabízených aktivit o ně jeví či nejeví rodiče dětí zájem. Pokud se však dítě nedostane do státní školky, rodiče dnes mají možnost vybrat si z množství soukromých zařízení, která ovšem nedotuje stát či je dotuje pouze částečně, a to pro rodiče znamená vyšší výdaje z rodinného rozpočtu.

Dětské jesle jsou druhem instituce, která má za cíl opatrovat a starat se o malé děti – obvykle do tří let věku - a tím umožnit jejich rodičům se věnovat jiným aktivitám než je péče o dítě, jako je například zaměstnání. V roce 2012 bylo v České republice evidováno pouze 45 zařízení se 1425 místy (ÚZIS 2012). Tyto jesle jsou navíc regionálně značně nerovnoměrně rozmístěna (např. v Karlovarském a Libereckém kraji není žádné toto zařízení) a jsou koncentrovány zejména do velkých měst. Zřizovateli jeslí jsou převážně obce či města, která v rámci výkonu své samostatné působnosti zřizují a provozují jesle jako své příspěvkové organizace nebo organizační složky obce, nejedná se však o jejich zákonnou povinnost. Jesle jsou financovány z rozpočtů obcí, které na jejich provoz nedostávají žádné příspěvky ze státního rozpočtu. V porovnání s mateřskými školami se jedná o podstatně nákladnější službu. Rodiče dnes suplují jesle využíváním chův, často označovaných jako „paní na hlídání“. V jeslích je ale dítě v kolektivu a setkává se s větším množstvím dalších dětí, což vede k rozvoji jeho sociálních vazeb.

V poslední době je v České republice nedostatek míst v mateřských školkách a rodiče se často musí uchýlovat k jiným alternativám např. v podobě soukromé školky nebo jiného zařízení.

Příkladem další služby pro rodiče a děti jsou centra pro předškolní děti. Je to alternativa dopoledních programů pro děti předškolního věku umožňující začlenění a rozvoj dítěte v malém kolektivu s individuálním přístupem. Hlavní město Praha ve spolupráci s DDM (Dům dětí a mládeže hl. m. Prahy) tak reaguje na stávající situaci v oblasti předškolního vzdělávání na území města, kdy je kapacita předškolních zařízení nedostačující. Záměrem je zajištění provozu těchto center v dopoledních hodinách formou celotýdenních programů v rámci zájmového vzdělávání pro předškolní děti, a to jak pro příležitostné, tak i pro pravidelné návštěvníky s důrazem na rozvoj pohybových, hudebních, výtvarných a herních aktivit a osobnostně sociální rozvoj.

Jistým řešením pro pracovně vytížené rodiče se zdají být tzv. firemní školky. Někteří zaměstnavatelé tak chtějí pomoci svým zaměstnancům s rychlejším návratem do práce a usnadnit jim otázku řešení denní péče o děti. V Česku fungují zhruba jen dvě desítky firemních školek a kromě soukromých společností je nabízejí i univerzity, krajské úřady nebo nemocnice, kde je provoz přizpůsoben pracovní době rodičů.

1.3. Lékařská profese

„Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.“

(Hippokratova přísaha)

Medicína je obor, který se neustále vyvíjí a lékařská profese má roli výkonovou. Lékař/lékařka nabývá mnoha práv, ale především také povinností spolu se statutem, kterého dosáhl/a absolvováním zpravidla šestiletého studia na lékařské fakultě a následným postgraduálním studiem. Pro lékařku/lékaře vykonávající/ho dále svou profesí je povinností členství v Lékařské komoře (Křížová 2006:46).

V „Registru lékařů, zubních lékařů a farmaceutů“ bylo k 31.12.2013 v České republice evidováno celkem 40 619 lékařů, z toho přechodně neaktivních 1 843. (ÚZIS ČR 2014:28).

1.3.1. Role lékaře

Ke konceptualizaci role lékaře přispěl sociolog Talcott Parsons v 50. letech minulého století svou analýzou moderního sociálního systému. Parsons roli lékaře definoval čtyřmi základními znaky, kterými jsou: *funkční specifická*, která vyjadřuje nutnost formální i faktické odborné kompetence pro výkon profese, *emocionální (afektivní) neutralita*, kdy se od lékaře očekává věcně orientovaný způsob jednání bez emocionální účasti, *universalismus*, který předpokládá poskytnutí pomoci lékařem každému členu společnosti bezvýhradně, a *kolektivní orientace*, kdy lékař staví blaho pacienta nad své vlastní zájmy (Bártlová 2003: 106-109). Jde o strukturálně-funkcionální analýzu moderního sociálního systému, kdy byla společnost vnímána jako systém mající své určité funkce a kterou Talcott Parsons aplikoval právě na profesi lékaře a především tedy na pojetí role lékaře (Křížová 2006: 27).

Eva Křížová však toto moderní vymezení lékařské role rozšiřuje v rámci postmoderního chápání, kdy poukazuje na další komponenty lékařské profese. Nedílnou součástí dnešního profesního výkonu ošetřujícího lékaře/lékařky není jen odborné vyšetření či operace, novou náplní práce se stala pro lékaře/lékařky často velice zatěžující administrativní agenda, která je výraznější v nemocničním prostředí a lékaře/lékařky často zdržuje od klinického výkonu a ubírá čas, který by jinak mohli věnovat kontaktu s pacientem. Výsledky výzkumu „Prestiž povolání v ČR 2013“ ukázaly, že jasným vítězem z hlediska prestiže mezi občany je stále povolání lékaře. Lékař/lékařka ale bojuje se značnou nejistotou, rizikem a osobní odpovědností. Dále Křížová zdůrazňuje, že v žádné jiné profesi nejsou nároky na kontinuální vzdělávání tak vysoké. Navíc často lékařům/lékařkám jejich profese značně vstupuje do osobního života v důsledku časové náročnosti profese. 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 přesčasy, noční a víkendové směny a práce o svátcích.

1.3.2. Feminizace lékařské profese a poměry mužů a žen

V posledních letech došlo k výrazné feminizaci lékařské profese. Na celkovém počtu lékařů se ženy-lékařky podílejí v České republice 56 %, tj 22 877 osob. Pořadí oborů činnosti, ve kterých pracuje nejvíce lékařů, je dlouhodobě bez velkých změn. Jedná se o obory všeobecné praktické lékařství, vnitřní lékařství, chirurgie, gynekologie a porodnictví a

praktické lékařství pro děti a dorost. Hlavní obor činnosti ve výše uvedených oborech mělo téměř 41 % lékařů. Lékaři-muži si dlouhodobě zachovávají výraznou převahu v chirurgických oborech a v urologii. Naopak lékařky převládají v oboru praktické lékařství pro děti a dorost a v dermatovenerologii (ÚZIS ČR 2013:157).

Na osmi lékařských fakultách po celé České republice studovalo k 31.12. 2012 celkem 13 111 studentů na obor všeobecného lékařství. Z celkového počtu studujících představovaly ženy zhruba 2/3. Studium ukončilo 1 061 všeobecných lékařů (ÚZIS ČR 2013:158). V roce 2013 měla 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy celkem 245 absolventů, z toho 91 mužů a 154 žen. V současné době na této fakultě studuje třetí ročník 114 mužů a 337 žen a do prvního ročníku nastoupilo v témže roce 179 mužů a 420 žen (údaje studijního oddělení 1. lékařské fakulty UK v Praze).

Především v důsledku feminizace lékařství je problematika kombinace pracovního a rodinného života v posledních letech velice frekventovaným tématem (Verlander 2004). Výsledky Petera Uhlenberga, který se zaměřil na lékaře a lékařky ve Spojených státech ve věku 30-49 let, ukázaly, že snaha o sladění práce a rodičovství tvoří výrazné rozdíly mezi pohlavími a zatímco lékaři mají i v době rodičovství vyšší pracovní nasazení, lékařky pocítují sníženou pracovní výkonnost a to má dopad na jejich další profesní růst (Uhlenberg 1990).

1.3.3. Strategie sladování profese a rodiny

Nároky na výkon lékařské profese, jako jsou např. časová náročnost práce, vysoká míra odpovědnosti, stres z odborného dohledu nad pacienty, nutnost celoživotního vzdělávání, ztěžují kombinaci pracovního a rodinného života. Přerušovaná pracovní dráha ženy v důsledku mateřství není v této profesi zcela vítána.

Právě z důvodu náročnosti volí ženy-lékařky i muži-lékaři různé strategie kombinace pracovní a rodinné role. C. Dumelow (2000) na základě svého kvalitativního šetření vymezila tři kategorie:

Career dominant strategy, kdy se ženy i muži snaží naplnit především své pracovní ambice. Kariéře dává přednost 15 % lékařek a 3 % lékařů. Do této skupiny většinou patří bezdětní a svobodní či rozvedení jedinci.

Segregated strategy (oddělenou strategii) vyhledává nejvíce lékařů i lékařek - 55 % lékařek a 85 % lékařů. Snaží se naplno věnovat jak kariéře tak rodině a na základě toho si musí

dokázat zorganizovat svůj čas a rovnoměrně ho rozdělit mezi obě složky. Proto často k péči o dítě využívají různé výpomoci při denní péči a v domácnosti.

Accommodating strategy (přizpůsobenou strategii) volí lékaři a lékařky, kteří nechtějí omezovat svůj rodinný život kvůli pracovním povinnostem. Celkem tuto strategii volí 30 % lékařek a 12 % lékařů. Ti přizpůsobují profesní dráhu svému soukromému životu například 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 zjistila konflikty pracovních a rodinných rolí a definovala 3 typy strategií:

Akceptující strategii volí rodiny, které jsou schopné pochopit a přijmout náročnost lékařské profese a s ní spojené nároky na lékaře a lékařky. Pak rodiny přizpůsobují svůj životní styl a dělbu v domácnosti právě životu lékaře či lékařky.

Pokud se lékař či lékařka vzdá svých profesních ambicí ve prospěch rodiny, hovoříme o tzv. vyhýbavé strategii. Lékaři či lékařky si volí méně náročnou specializaci (např. praktické lékařství) a snižují svoje pracovní závazky ve prospěch rodiny.

Bojovná strategie je 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 služby. K jakým strategiím se lékaři a lékařky uchylují převážně se dopracuji blíže v analytické části této práce.

2. METODOLOGICKÁ ČÁST

2.1. Cíle výzkumu a hlavní výzkumná otázka

Hlavním cílem mého výzkumu je vytvořit obraz o názorech, jak může fungovat rodinný život v dnešní době, pokud se muž či žena věnují náročné profesi. Jako konkrétní profesi jsem zvolila profesi lékaře/lékařky. Především mě zajímá, jaký je subjektivní postoj jednotlivců k tradičnímu konceptu rodiny, zda se s ním ztotožňují a jak dochází v konkrétních případech k rozdělování rolí v rodině, v čem především se liší možnosti, jak skloubit rodinný život s profesí, a to z pohledu muže-lékaře a ženy-lékařky.

Vnímám jako relevantní zaměřit se nejen pouze na ženy, které z tradičního pohledu vnímáme jako pečující matky a hospodyně, ale právě také na muže, abych mohla zjistit, jak vnímají muži-lékaři problematiku náročnosti profese ve vztahu k rodině a prožívajícímu otcovství. Řeším tak otázku, zda muži stále vidí sebe sami jako živitele a vnímají toto jako neměnnou normu, nebo se více angažují v chodu rodiny a domácnosti i přes náročnost profese.

Vzhledem k tomu, jak rychle se dnes věda vyvíjí, vznikají nové postupy a technologie v lékařství, považuji za podstatné zmapovat oblast prožívání mateřské dovolené a návratu do profese. Především tak mapuji, zda lékaři/lékařky rodinu účelně plánují, zda jejich profese ovlivňuje rozhodování, kdy založit rodinu a plánovat první dítě, s čím se lékařky střetávají v průběhu těhotenství, mateřství, jak se lékaři staví k roli otce – celkově jakým způsobem lékařská rodina může a reálně dokáže fungovat.

Jako hlavní výzkumnou otázku bych si chtěla zodpovědět „Jak ovlivňuje lékaře a lékařky chápání jejich profese v přístupu k rodině a rodičovství?“

K této práci mě částečně inspiroval výzkum z roku 2000 (viz. Úvod). Sonda Lenky Simerské byla obsáhlejší, než bude záběr mého výzkumu. Dovolím si však svou práci rozšířit o autentickou výpověď mužů-lékařů, kterou ve své práci Simerská, jak se sama vyjádřila, postrádala: „Víme velmi málo a navíc zprostředkovaně o tom, jak a zda vůbec otcové řeší ‚svůj‘ vnitřní tlak podobný tomu, který zažívají zkoumané lékařky“ (Simerská, Smetáčková 2000:30). Jak pojednává Maříková: „Rodina coby základní sociální instituce je produkována a reprodukována na základě vztahu mezi dvěma základními ‚sociálními‘ rody – ‚rodem ženským‘ a ‚rodem mužským‘, je genderovými vztahy utvářena a funguje jejich prostřednictvím. Protože rodina je sociální jednotkou a sociálním prostorem, který je výrazně genderově strukturovaný, není žádoucí ji podrobit zkoumání pouze z jediné perspektivy či na

základě zkušenosti pouze ženské či jenom mužské, chceme-li ji analyzovat a pochopit, jak funguje, k jaké dělbě rolí, práce a povinností atp. v ní dochází, chceme-li rozkrýt, jak se genderové vztahy v rodině ustanovují, jak je lidé - muž a žena - fakticky žijí, jak o nich myslí anebo také nemyslí“ (Maříková 1999:11). Půjde mi tedy o zaznamenání postoje mužů i postoje žen k dané problematice.

2.2. Výzkumná strategie

Jelikož se jedná o osobní téma a klíčovým je v tomto případě především subjektivní názor a zkušenost, zvolila jsem jako výzkumnou strategii metodu kvalitativního výzkumu. Kvalitativní metodologii se zaměřuje na to, jak jednotlivci a skupiny nahlízejí, chápou a interpretují svět. Cílem je především porozumění sledovanému jevu, pochopit tak významy, které respondenti přikládají skutečnosti, ve které se nacházejí, porozumět jejich vidění sociální reality a odhalit procesy, kterými konstruují svou realitu a zároveň i svou vlastní identitu. Tato metoda je induktivního rázu, tedy nevstupuji do výzkumu s již existující teorií, nebudu testovat žádné hypotézy, ale doufám ve vytvoření nových hypotéz a v získání poznatků, které by mohly vést k novým teoriím (Dudová 2010:364-365).

Metodou kvalitativního výzkumu získám mnoho informací, avšak vzorek, se kterým pracuji pracovat, není až tak početný. Je tak zcela problematické až nemožné generalizovat problém na celou populaci (Disman 2002:286). Poznávám tak jednu realitu z mnoha, doufám tak v alespoň částečnou generalizaci, a to v rámci lékařů/lékařek v obdobné specializaci. Ovšem nutno podotknout, že se nejedná o rekonstrukci reality. Je to jen jedna možná interpretace reality respondentů, která se snaží ukázat způsob, jak tuto svou realitu konstruují.

2.3. Techniky sběru dat

Jako techniku sběru dat jsem zvolila rozhovor. Tato technika umožňuje vhléd do širšího kontextu a tak usnadňuje pochopení zkoumané reality. Konkrétně jsem zvolila polo strukturovaný rozhovor, který je dle mého názoru pro tento výzkum nejpříhodnější, neboť poskytuje formulaci otázek jistou volnost a dále také prostor pro doplňující otázky, které by mohly během rozhovoru vyvstat.

V případě mého výzkumu jsem rozhovor rozčlenila do třech rovin. První okruh otázek je zaměřený na výběr profese, následně na výběr specializace, spokojenost s tímto výběrem, chápání profese a ambice v oboru. V druhé rovině otázek se zaměřuji na rodinný život, výběr

partnera, první dítě, na rodičovskou dovolenou a na další oblasti spojené s fungováním začínající rodiny. Ve třetím okruhu otázek chci prolomit téma následného návratu do profese, problematiku pomoci při denní péči o dítě (školky, prarodiče), dále pokládám otázku, nakolik se rodič/lékař cítí být angažovaný v rodinném životě, zda nemocnice vychází vstříc lékařům s rodinou, nebo zda lékař je ten, který musí na úkor své rodiny ustupovat. Otázky na muže a ženy se v některých oblastech mírně liší (např. otázky mířené na těhotenství, mateřskou dovolenou).

Důležitým krokem hned z počátku bylo získat si důvěru respondentů, aby se nebáli odpovídat na osobní otázky a byli tak otevřenější. Jako výzkumnice a studentka jsem se však obávala jisté odměřenosti. Všichni respondenti ale byli nadmíru milí a ochotní poskytnout mi odpovědi na všechny mé otázky. Byla jsem i mile překvapena, když mi mnoho z nich nabídlo tykání a přičítám to jako velké plus průběhu interview. Tykání zcela jistě přispělo pocitu důvěry a otevřenosti při kladení a zodpovídání otázek a všechna setkání byla velice příjemná.

Rozhovor jsem začala vždy uvedením účelu konání rozhovoru a cílem výzkumu, poučením o etických otázkách, ujištěním o anonymitě dotazované/ho a samozřejmé možnosti výstupu z rozhovoru. Během rozhovoru jsem se snažila co nejvíce naslouchat a nechat prostor pro širokou reakci na otázku. Rozhovor jsem si nahrála na diktafon, abych si co nejvíce usnadnila práci při následné analýze dat a výpovědi měla vždy po ruce. Následně jsem se snažila co nejdříve rozhovor převést do písemné podoby.

Místo setkání bylo vždy přizpůsobeno potřebám a přáním respondentů/respondentek vzhledem k jejich časovému vytížení a také pro jejich pocit komfortu. Setkali jsme se tak většinou na pracovištích, v kavárnách či doma u dotazovaných.

2.4. Výběr vzorku

Rozhovory byly prováděny s lékaři a lékařkami, kteří pracují v nemocničním prostředí. Znamená to tedy, že jejich práce je časově náročná jak z hlediska denních přesčasů, tak z hlediska nočních a víkendových služeb. Jedná se o lékaře/lékařky s podobně náročným zaměřením oboru jako je chirurgie, ortopedie, interna, anesteziologie, pediatrie apod. Plánovala jsem si provést výzkum s celkem 12 respondenty (6 ženami a 6 muži), tedy se šesti manželskými páry, kteří mají dítě/děti v předškolním či mladším věku, tzn. ve věku, kdy děti vyžadují zvýšenou péči. Jedná se tak o lékaře a lékařky, kteří momentálně řeší otázku fungování rodinného života vzhledem k náročnosti profese.

S vyhledáváním respondentů jsem začala v nemocnici na Bulovce. Začala jsem se třemi lékaři, na které jsem dostala kontakt od svého partnera. Výběr dalších respondentů probíhal metodou nabalování („sněhové koule“). Znamená to, že první tři lékaři, kteří s rozhovorem souhlasili, jsem na konci rozhovoru požádala o kontakt na jejich manželky, případně na další kolegy či kolegyně s dětmi, které jsem dále oslovila.

V jednom případě lékař rozhovor odmítl a rozhovor poskytla pouze jeho manželka. Znamená to tedy, že z naplánovaného celkového počtu 12 respondentů jsem nakonec provedla a analyzuji rozhovorů 11.

Počet jedenácti respondentů považuji za relevantní pro tuto práci. Ovšem jsem si vědoma, že s větším vzorkem by získaná data mohla mít vyšší vypovídající hodnotu.

2.5. Analytické postupy

Mým prvním úkolem po zaznamenání rozhovoru na diktafon bylo přepsat jej do písemné podoby a zvolila jsem transkripci redigovanou, aby byl text dobře čitelný. Poté jsem přešla k segmentaci a otevřenému kódování, které probíhali současně. Postupným procházením výpovědí respondentů jsem tak vybrala úryvky, které nesly důležitý význam pro výzkum. Zvýraznila jsem tak jisté pravidelnosti existující v těchto datech. Označila jsem si je – přidala jsem jim kód. Data nejsou vtěsnána do již existujících kategorií, protože ty by nemusely odpovídat zkoumané realitě. Mezi nalezenými kódy jsem tak vyhledávala vztahy a tím našla nové odpovídající kategorie, které jsou nosným pilířem interpretace závěrů.

Seznam základních kategorií tvoří tyto body:

PROFESE

- volba profese
- průběh praxe
- současné místo
- kvalifikace
- pracovní doba
- finanční ohodnocení
- spokojenost
- ambice v oboru
- zastoupení mužů a žen v oboru

RODINA

- vliv práce na rodinu
- vliv rodiny na práci
- první dítě
- péče o děti
- domácnost
- rozhodování
- mateřská dovolená

PRÁCE VS. RODINA

- pomoc při denní péči
- volný čas
- vztah k rodině
- vztah k práci

V této fázi bylo možné přejít k samotné analýze. V analytické části této práce se tedy zabývám podrobnějším propojením vztahů mezi jednotlivými kategoriemi. S ohledem na výzkumný cíl a hlavní otázku bylo třeba přistupovat k získanému materiálu selektivně. Proto některé zajímavé oblasti nejsou plně zachyceny, jako je např. téma oboru medicíny jako takového.

Ve chvíli, kdy již nové informace nevedly k dalším změnám, když už další data nepřispívala k lepšímu porozumění daného konceptu, mohla jsem si říci, že výzkum je teoreticky nasycen a přešla jsem k závěrům (Disman 2002:300). Pokud by k této saturaci nedošlo, nejlepším řešením by bylo rozšířit vzorek a vést rozhovor s více respondenty, než jsem si v počátku určila. Toto však nebylo nezbytně nutné.

2.6. Hodnocení kvality výzkumu

Kvalitativní výzkumná strategie předpokládá díky slabé standardizaci vysokou validitu, jelikož volná forma otázek a odpovědí nevynucuje taková omezení a je zkoumána skutečnost v celém svém kontextu, ale zato vykazuje nízkou reliabilitu, neboť respondent právě není nijak v odpovědích a jim předcházejících otázkách omezen (Disman 2002:287). Aby validita byla vysoká, bylo třeba dát si pozor, aby při analýze nedošlo k žádnému zkreslení získaných informací.

Dále je také potřeba, abych popsala veškeré mnou provedené kroky v rámci výzkumu. Co může být hrozbou pro výsledky výzkumu je ovlivnění průběhu výzkumu i jeho závěrečné výsledky vlastní osobou, vlastními subjektivními názory na věc. Proto byla potřeba, abych držela jistý odstup. Při rozhovorech bylo třeba dát si pozor, abych nevnucoval respondentům vlastní názor. Klíčová je totiž vlastní interpretace respondentů k správnému pochopení problematiky, kterou zkoumám. V analýze se pak snažím předložit skutečně pouze to, co jsem se dozvěděla. Dále jsem během výzkumu neustále reflektovala jednotlivé kroky. Abych předešla vysoké reaktivitě, požádala jsem vedoucí práce, aby zkontrolovala postupy výzkumu.

2.7. Etické otázky společenskovedního výzkumu

Součástí každého výzkumu je řada etických dilemat. Proto je nutné dodržovat povinnosti dané zákonem č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Vzhledem ke skutečnosti, že se v mém výzkumu jedná o dotazy osobní povahy, bylo třeba, abych od všech respondentů získala informovaný souhlas s poskytnutím informací. Dále jsem je informovala, že mohou kdykoliv od výzkumu ustoupit a že jejich osobní údaje budou použity pouze do té míry, aby jejich identita zůstala zcela anonymní a veřejnosti skrytá.

Za nezbytné považuji i seznámit respondenty s výzkumem. V žádném případě nesmí dojít k zatajení jakékoliv skutečnosti ohledně výzkumu, a proto jsem se snažila respondenty obeznámit s tématem a účelem výzkumu.

S přepisy rozhovorů jsem přišla do kontaktu pouze já a má vedoucí práce. Respondenty jsem si evidovala pod čísla a nikde neuvádím jejich jména ani iniciály. Všechna nasbíraná data jsou uchována v souboru opatřeném heslem, což zajišťuje absolutní nedotknutelnost dat, či možnost jakéhokoliv jejich znehodnocení.

Respondenti také dostali možnost být informováni o výsledcích výzkumu.

3. ANALYTICKÁ ČÁST

Prostřednictvím analýzy rozhovorů s jednotlivými lékaři a lékařkami bylo mým cílem dojít k odpovědi na výzkumnou otázku „Jak ovlivňuje lékaře a lékařky chápání jejich profese v přístupu k rodině a rodičovství?“ Samozřejmě každý člověk je individuum, má své vlastní zkušenosti a dalo by se říci, že profese není směrodatná. Jistě jsem si nekladla za cíl zmapovat komplexně situaci české rodiny, ale snažím se získat hlubší výpovědi o podmínkách života a práce jedné profesní skupiny a rozkrýt reálně existující možnosti kombinace lékařské profese s rodinným životem.

Při analýze rozhovorů i přes individuální rozličnost respondentů vyplynulo z výpovědí mnoho podobností, ale jistě i odlišností, které nyní popíši.

3.1. Stručné osobní medailonky

Pro lepší orientaci v analytické části zde uvádím krátké představení lékařů a lékařek, se kterými jsem vedla rozhovory. Jedná se celkem o šest lékařek a o pět lékařů, tedy konkrétně o pět manželských párů a jednu ženu (její manžel rozhovor nakonec odmítl). Rozhovory jsem prováděla s jednotlivci zvlášť.

Lékař 1. – ortoped (12 let praxe v nemocnici, plný úvazek), 38 let.

Lékařka 1. – gynekoložka (3 roky praxe v nemocnici, na mateřské, před atestací), 33 let.

Dvě děti (syn 2,5 roku, dcera 7 měsíců). Žijí spolu 10 let a jsou svoji 3 roky.

Lékař 2. – ortoped (10 let praxe v nemocnici, plný úvazek), 35 let.

Lékařka 2. – pediatrička (5 let praxe v nemocnici, na mateřské, před atestací), 37 let.

Dvě děti (synové 5 let a 2 roky). Žijí spolu 9 let a jsou svoji 6 let.

Lékař 3. – plastický chirurg (8 let praxe v nemocnici, v nemocnici sice úvazek částečný, ale celkem je zaměstnaný na šesti pracovištích a tak mu úvazek dává více jak 1), 33 let.

Lékařka 3. – psychiatrička - přechází na praktické lékařství (6 měsíců praxe na psychiatrii a 4 měsíce praxe u praktického lékaře na částečný úvazek, na mateřské, před atestací), 31 let.

Dvě děti (dcera 3,5 roku, syn 4 měsíce). Žijí spolu 10 let a jsou svoji 2 roky.

Lékař 4. – pediatr - dětský hematolog a hematoonkolog (13 let praxe v nemocnici, plný úvazek), 43 let.

Lékařka 4. – pediatrička - dětská pneumoložka (12 let praxe v nemocnici, poloviční úvazek), 38 let.

Dvě děti (dcera 5 let, syn 4 roky). Žijí spolu 11 let a jsou svoji 4 roky.

Lékařka 5. – anestezioložka - anesteziologicko-resuscitační plicní medicína (10 let praxe v nemocnici, částečný úvazek 0,2), 34 let.

Dvě děti (dcera 5 let, syn 3 roky). S mužem žije celkem 10 let a jsou svoji 6 let.

Lékař 6. - anesteziolog - anesteziologicko-resuscitační plicní medicína (14 let praxe v nemocnici, plný úvazek), 40 let.

Lékařka 6. – dětská chirurgyně (9 let praxe v nemocnici, částečný úvazek 0,6), 38 let.

Dvě děti (syn 7 let, dcera 5 let). Žijí spolu 8 let a jsou svoji 7 let.

3.2. Výběr profese

První okruh otázek byl směřován na profesi – její výběr, motivace ke studiu, průběh praxe, na současnou praxi a chápání profese. Z výpovědí respondentů vyplývají zajímavé ukazatele motivací k výběru profese.

Sedm z jedenácti dotázaných pochází z lékařské rodiny, kde alespoň jeden z rodičů nebo příbuzných působí ve zdravotnictví. Explicitně to však jako jeden z motivátorů uvedla pouze polovina z nich: *„Za prvé celý život jsem vyrůstala v lékařské rodině, takže lékaři doma. S tím že oni nechtěli abych šla studovat medicínu, protože viděli, co to je za dril a dřinu, ale já jsem prostě chtěla studovat medicínu.“* (Lékařka 2.) *„Nějak automaticky mě napadlo, že půjdu dělat medicínu. Nějak jsem nad tím moc neuvažoval, všichni moji blízcí byli z medicíny.“* (Lékař 3.)

U většiny byla motivem touha studovat vysokou školu a jelikož na střední škole tíhli především k předmětům, jako jsou biologie, chemie a fyzika, ale nebavila je matematika, logickou metodou došli k závěru, že studium medicíny bude tou nejlepší volbou. *„Je pravda, že po gymplu jsem ještě chvilku přemýšlela, jestli nepůjdu na nějaké přírodní vědy, ale nakonec ta medicína vyhrála.“* (Lékařka 1.) *„Vždycky mě to bavilo, přišlo mi to zajímavé a tíhla jsem spíš k přírodním vědám, i když mě třeba hodně bavily i jazyky nebo výtvarka, ale věděla jsem, že třeba výtvarkou bych se asi moc neuživila.“* (Lékařka 3.)

Někteří zmiňovali i zájem o práci s lidmi a také touhu pomáhat druhým. Všichni se nicméně shodli, že medicína, aby ji člověk vůbec dostudoval a mohl ji později praktikovat, musí především člověka bavit a svým způsobem fascinovat natolik, aby sám měl touhu stále se v oboru vzdělávat, což je nedílnou součástí této profese. Všichni se vyjádřili, že potřeba kontinuálního samovzdělávání při praxi je důležitá, neboť medicína je oborem proměnlivým a často se v něm objevují nové problematiky, které je třeba ovládat a své vědomosti tak na základě toho aktualizovat a aplikovat v praxi.

3.2.1. Průběh studia a systém atestací

Cílem při studiu všech dotazovaných, jak se sami vyjádřili, bylo studium úspěšně dokončit. Získaným titulem MUDr. (medicinae universae doctor) po šestiletém studiu oboru všeobecného lékařství však pro lékaře a lékařky vzdělávání nekončí.

Po úspěšném absolvování je třeba zvolit si specializaci, ve které se bude lékař/lékařka dále vzdělávat a v které bude lékařství praktikovat. Podmínky, které dále popisují, se vztahují k nemocničním lékařům a lékařkám, neboť moji respondenti a respondentky jsou právě z řad těchto lékařů.

Po zvolení své specializace nastupují lékaři/lékařky do nemocnice na pozici začínajícího lékaře, eléva, který je v tzv. předatestační přípravě a učí se v praxi věcem, na které ho ve škole nikdo nepřipravoval. Řeč je například o administrativní práci, zodpovědnosti za svá rozhodnutí, neustálém emočním a časovém vypětí. Získává zkušenosti na sále a v bezprostřední blízkosti s pacientem. *„Ty začátky nejsou příjemné, protože člověk se naučí jenom tu teorii a vůbec se nenaučí jak vycházet s pacientem a tak. Nic moc neumí a vlastně naučí se až tou praxí.“ (Lékařka 6.)*

Lékař/ka se stává samostatným/nou a zcela odpovědným/nou sám/sama za sebe a svou činnost ve chvíli, kdy dosáhne pozice sekundárního lékaře tím, že složí atestaci. Do roku 2004 fungoval dvouatestační systém – první atestací procházeli lékaři a lékařky po třech letech praxe a druhou atestací následně po dvou letech. Dnes funguje jednostupňový atestační systém, který se skládá z atestačního testu a zkoušky. Průměrná délka přípravy k atestaci je pět let, maximálně osm let. Změnu v atestačním systému nehodnotil nikdo z dotazovaných kladně. Jak ženy, ale překvapivě i muži, vnímají tento systém jako znevýhodňující především ženy, které chtějí mít mimo profesní život i rodinu. *„Ty ženy jsou v tomhle diskriminovaný, hlavně v tom systému přípravy, co je teď, že musejí pět šest let čekat po škole, než můžou založit rodinu, pokud si chtějí udělat tu atestaci, což je nezbytný krok pro to, aby se pak mohly*

osamostatnit, aby se mohly vrátit pak nezávisle do práce. Protože jakmile přeruší v tom průběhu toho postgraduálního studia těch šesti let, tak se potom hodně těžko vrací zpátky. Že se musejí vrátit zase zpátky potom do nemocnice, kde ty podmínky pro ně už nejsou ideální. V zásadě už se tomu nemůžou věnovat na té úrovni, co je potřeba pro ty studenty toho postgraduálního vzdělávání a nejsou dost často schopné se připravit ani na tu atestaci. Protože s těmi dětmi je to dost složité, tak to znamená, že spousta žen se buďto rozhodne, že založí rodinu až potom, co udělají tu atestaci, což je kolem dvaatřiceti let, což je dost pozdě, a nebo když to přeruší, tak zas mají velké problémy se vrátit do toho systému vzdělávání a dokončit si to tak, aby udělali atestaci. Tak v tom bych asi viděl pro ty ženy jako zásadní problém, když se rozhodují o rodině.“ (Lékař 1.)

Tři ze šesti dotazovaných lékařek jsou ještě před atestací. „Já jsem předpokládala, že se nám nepodaří hnedka otěhotnět po svatbě a že si třeba dodělám atestaci, což se nepovedlo, protože jsem otěhotněla hned. Ale některé lékařky odkládají svoje mateřství, protože si chtějí prostě nejdříve dodělat vzdělání. Je strašně těžký udělat atestaci ve 37 letech.“ (Lékařka 2.) Dvě lékařky skládaly atestaci ještě při starém dvoustupňovém systému. „Já jsem to ještě stihla v tom starém systému, byla jsem úplně jedna z těch posledních. Udělala jsem si první atestaci po 3 letech, takže to ještě bylo za svobodna, a tu druhou atestaci jsem si udělala minulý rok, takže už s dětmi. Rozhodně je to lepší systém. Pro ženy určitě.“ (Lékařka 6.)

Z analýzy tak vyplývá, že v současnosti nastavený lékařský atestační systém v České republice zcela nevyhovuje ženám-lékařkám, které zakládají rodinu dříve jak před dvaatřicátým rokem života a věnují se nějaký čas dětem aktivněji, než samotné profesi. Nelze z výpovědí vyvodit závěr, že by lékaři a lékařky hodnotili nový systém jako zásadní problém, nicméně vyjádřili se, že starý dvouatestační systém byl lepší a více vyhovující.

3.2.2. Chápání profese lékaři

Všichni lékaři i lékařky se nezávisle na sobě shodli, že je jejich profese jistým způsobem záslužná. Někteří ji označili slovy jako: poslání, pomoc, naplnění, užitečnost, součást vlastního života či práce jako každá jiná. Všichni se také nechali slyšet, že je třeba, aby člověk taková profese bavila. V opačném případě by tak stresovou práci člověk dělat nemohl. Jak tedy chápou svou profesi dotazovaní lékaři?

„Tak samozřejmě chápu ji jako určité poslání, ale nicméně je to profese jako každá jiná, kde si člověk saturuje svoje vlastní osobní ambice a je taky nějakým způsobem finančně ohodnocený, což беру jako určitou výhodu. Takže všechny ty tři aspekty jako se v tom nějakým

způsobem snoubí... a po určité době člověk cítí uspokojení z té své práce, které v nějakých jiných oborech leckdo nenachází. Že vlastně dělá dobrou věc, že ten čas věnuje dobrý věci. (Lékař 1.)

„Jako pomoc druhým hlavně. Že jsme služba pro druhé.... Že nás ostatní potřebují a to vidím i jako na známých i na příbuzných , že prostě každý se za tebou obrátí a vždycky potřebuje tvoji pomoc.“ (Lékař 2.)

„Samozřejmě mě to baví. Ale musím to dělat, abych se taky uživil.“ (Lékař 3.)

„No znamená pro mě hodně myslím si. V tom smyslu že je to taková jedna ze dvou důležitých součástí toho mého života, tak to je ta profesní a ta soukromá.. Jako nechtěl bych to nějak porovnávat samozřejmě, ale obě pro mě mají velký význam. Nechtěl bych tu soukromou nějak úplně vytěsnit, potlačit na úkor té pracovní, což prostě někteří lidé jsou schopni udělat a tak tomu bych se chtěl vyhnout a chtěl bych najít nějakou jako úměru mezi tím.“ (Máte pocit že se vám to daří?) „Já mám pocit že se mi to snad daří no. Když k tomu máte takový přístup, tak asi to je základ.“ (Lékař 4.)

„Tak chápu jí jako záslužnou určitě. Nějak společensky důležitou.“ (Lékař 6.)

Ze srovnání průběhů rozhovorů s muži a ženami mohu říci, že se vždy rozpovídali s nadšením a podrobně mi vyprávěli o své profesi spíše muži. Z jejich výpovědí vyplývá, že svou profesi chápou jako práci jako takovou, jako zdroj příjmů pro sebe a především pro rodinu, ale zároveň o své profesi hovoří velice zaujatě, s nadšením a je znát, že jejich profese je zcela zásadně součástí jejich života.

Lékařská profese má ale i své nevýhody: *„Nevýhodu vidím.. hlavně časovou náročnost a takové to vyhoření.“ (Lékař 2.) „Samozřejmě nevýhodou je ten čas, který tomu člověk musí věnovat, ale to platí ve všech oborech, který člověk dělá naplno asi.“ (Lékař 1.) „Hodně lidí je vyhořelých v medicíně. A nevýhoda je určitě ta náročnost psychická a časová.“ (Lékař 3.) „Nevýhodou je určitě to, že je to časově velmi náročné. Je to součástí toho, že ten pracovní život prostě nekončí tím, že zavřete za sebou ty dveře v té práci a že prostě na určité věci myslíte. Takže málokdy máte úplně čistou hlavu, to je určitě nevýhoda. Na druhou stranu si myslím, že to je na té práci možná taky zajímavé, že ji nedokážete jen tak opustit, tak to asi ukazuje na to, že to pro vás něco znamená že jo. A že mě to i tím vlastně naplňuje ta práce, že mi přijde, že dělám něco zajímavého a něco jako nějakým způsobem důležitého.“ (Lékař 4.)*

Lékaři se často vyjadřovali i k nevýhodám lékařské profese, které čekají ženy-lékařky-matky, pokud chtějí pracovat v jistých oborech lékařské profese. „*Třeba chirurgické obory v zásadě vyžadují, aby to vzdělání nebylo přerušované. Aby ta kariéra plynule rostla. Jiné obory to tolik nemají, ty co jsou víc teoretické, tak tam samozřejmě člověk může snadno třeba na rok odejít a udržovat si ty znalosti. Ale to v těch chirurgických oborech nejde. Ty jsou vysloveně daný na těch technických dovednostech, které člověk získává s časem, a v okamžiku, kdy přestane nebo má nějakou pauzu, tak je ztrácí. A to je ztrácí jak muž tak žena, když se tomu oboru nevěnuje po určitou dobu delší než jsou dva tři měsíce, to je zásadně znát.*“ (Lékař 1.)

3.2.3. Chápání profese lékařkami

Z výpovědí lékařek vyplývá, že je jejich profese opravdu baví, avšak neberou ji jako zásadní zdroj příjmů pro rodinu. Ani jedna z lékařek od doby, co založila rodinu, nepracuje na plný úvazek.

„*Poslání. Asi jo. Že jo pro peníze to člověk opravdu nedělá a musí tomu spoustu obětovat, spoustu podřít, jednoduchý to není, takže opravdu pro mě... Mě to naplňuje v tom, že opravdu těm lidem jako můžu pomoci, když to jde.*“ (Lékařka 1.)

„*Zachraňuju děti. A mám asi pocit užitečnosti pro společnost. A ta profese je pořád jiná, nikdy není stejná, to je absolutní výzva, to je úžasný, pořád se dere dopředu a nikdy nebude stejná.*“ (Lékařka 2.)

„*Jako životní naplnění? Asi jo. Tak medicína mě prostě vždycky bavila a baví a hodně se na to těším. Ted' jako si hodně užívám roli matky, ale současně se jako těším, až se zase budu moct věnovat tomu, co jsem teda vystudovala a konečně to budu provozovat.*“ (Lékařka 3.)

„*No znamená pro mě to, co mě asi jako bude doufám vždycky bavit. A tak to mi přijde jako docela důležitý a taky že se nemusím asi moc bát o místo. Že v dnešní době ta nezaměstnanost lékařů neexistuje.*“ (Lékařka 4.) Takto lze chápat výhodu lékařské profese, kterou však mnoho z dotazovaných nevedlo. Dle průzkumů se dnes lékaři/lékařky téměř vůbec nemusí bát nezaměstnanosti. Nejlépe jsou na tom s uplatněním absolventi lékařských fakult a farmaceuti (ti dosahují míry nezaměstnanosti pouhých 1,6 procent).

„*To je těžké. No dá se říct, že to je práce jako každá jiná, ale není no. Je to něco jiného. Nevím, jak to vysvětlit. Jde tam o život. To prostě jinde nejde. I když třeba jo, já nevím, staví*

se dům a může spadnout, ale tady to prostě jde o život v tu chvíli. To je něco úplně jiného. Staráte se o život někoho, to je úplně skvělý. Je to takové akční, že nemusíte sedět v kanceláři u stolu a pořád se něco děje. Prostě je to fajn.“ (Lékařka 5.)

„Tak je to prvořadně práce. Ale na druhou stranu mě to baví, není to úplně monotónní věc. Zase když už tady člověk stráví tolik hodin a ještě některé ty noční služby, tak to musí dělat rád.“ (Lékařka 6.)

Jako nevýhodu lékařské profese uvedla jedna z lékařek noční služby, které narušují chod rodiny. Dvě lékařky pak jako nevýhodu uvedly právě fakt, že jsou ženami: *„Vzhledem k tomu, že jsem si vybrala chirurgický obor, tak určitě jako nevýhoda je to, že jsem žena. Protože všude mají u nás chlapi přednost, co se týče operativy, takže stoprocentně, že jsem žena, že rodím děti a jsem na mateřské. To je moje nevýhoda opravdu jako co se týče té profese jako takové.“ (Lékařka 1.)* *„Pro to, aby měl člověk děti a tak, tak je trošku nevýhodnější možná než nějaké jiné profese, kde třeba by i ta krátká praxe stačila pro to, aby pak člověk mohl nastoupit a třeba jeden den v týdnu pracovat, což by se mi třeba líbilo, ale tady to není úplně možné, až po té atestaci, takže v pozdějším věku.“ (Lékařka 3.)*

Z výpovědí můžeme soudit, že lékaři i lékařky chápou svou profesi velice podobně. Rozdíl už je ale v pohledu na nevýhody lékařské profese a na praxi samotnou po založení rodiny. Muži chápou jako nevýhodu profese nedostatek času na rodinu. Ženy vidí nevýhodu především v dlouhé atestační přípravě, která jim znesnadňuje přerušování profese z důvodu mateřství a s tím spojený následný návrat do práce a další profesní růst.

3.2.4. Současná lékařská praxe

Nedílnou součástí lékařské profese je samovzdělávání. Všichni lékaři i lékařky se vyjádřili, že potřeba kontinuálního vzdělávání při praxi je důležitá, neboť medicína je oborem proměnlivým a často se objevují nové problematiky. Všichni se nicméně shodli se, že další vzdělávání při praxi je individuální volbou lékaře/lékařky. *„Myslím si ale, že koho to baví a chce být v tom oboru dobrý, tak ho motivuje v tom oboru se vzdělávat, ale to už musí každý sám. Věřím, že někdo už třeba ani na tu knížku nesáhne, ale já to беру jako nutnou součást.“ (Lékař 2.)*

K lékařské praxi v nemocnici také patří přesčasy v podobě nočních služeb, které souvisí s již zmiňovanou časovou i fyzickou náročností profese. Pokud lékař pracuje na plný úvazek,

má v jednom kalendářním měsíci přibližně pět až sedm všedních služeb a jednu víkendovou. Všichni lékaři i lékařky to berou jako součást své profese. Některé lékařky, které mají zkrácené úvazky, si volí nemít noční služby vůbec a nebo pouze v menším zastoupení.

Všichni dotazovaní lékaři mají mimo práci v nemocnici i nějaký menší úvazek v soukromých ambulancích jako zdroj příjmů navíc. „*Máme tu příležitost a všichni to děláme, že pracujeme ještě většinou na nějakých soukromých ambulancích. Takže ještě k těm službám a k tomu času se přičte ještě nějaká privátní ambulance, kde trávíme třeba já nevím do těch šesti hodin týdně ještě.*“ (Lékař 1.) Nejedná se o povinnost ani nutnost z finančního hlediska. „*Finanční nutnost to asi není. Ale když člověk tu příležitost má, tak jí prostě využije a vydělá si peníze navíc pro rodinu.*“ (Lékař 2.)

Jedna z lékařek ale vyjádřila jiný pohled na věc a uvedla, že je to pro nemocničního lékaře v podstatě nutnost. „*Jako pro nemocničního lékaře ano. Jeden den dělám v soukromém zařízení, kde ten plat je skoro dvojnásobný oproti tomu nemocničnímu.*“ (Lékařka 4.) Další dotazované lékařky tento typ přivýdělků provozují spíše jako hobby čistě ze zájmu. Jinak se této činnosti nevěnují tolik, jelikož jsou buď právě na rodičovské dovolené, nebo jsou děti ještě ve věku, kdy o ně ve volném čase stále nějak pečují. Na analýzu chápání rodiny a rodičovství lékařkami a lékaři se zaměřím v následující kapitole.

3.3. Založení rodiny

Druhý okruh otázek byl zaměřený na rodinný život, chápání rodinného života, dělbu práce v domácnosti a péči o děti.

Valná většina lékařů a lékařek uvedla, že se se svým druhem/družkou znali a žili spolu delší dobu (v rámci několika let) před samotným sňatkem, avšak děti přišly velice záhy po a v jednom případě i před uzavřením manželství. Podle výpovědí je patrné, že profese příliš neovlivnila lékaře a dokonce ani lékařky v rozhodování a plánování, kdy založit rodinu. Muži-lékaři se vesměs shodli na tom, že pokud ovlivňuje profese rozhodování, kdy založit rodinu, tak ovlivňuje pouze ženy-lékařky. Muže jako takové žádná skutečnost nenutí k tomu, aby tuto otázku řešili.

Ženy-lékařky, se kterými jsem vedla rozhovor, byly všechny velice orientované na rodinu. V zásadě se tak shodly, že v rozhodování, kdy založit rodinu, pro ně byla primární spíše otázka věku, kdy nastane jejich mateřství, než otázka kariérních ambicí. „*Řekla jsem si, že v té medicíně je to jedno. Že je jedno jestli budu čekat. Věděla jsem, že bych nechtěla čekat, až budu mít atestaci, protože by to bylo několik let a nechtěla jsem tak dlouho čekat na to, abych*

měla první dítě. My jsme měli to štěstí, že jsem mohla otěhotnět hned. Ale řekla jsem si - tak já teď budu nevím tři čtyři roky chodit do práce, potom si udělám tu atestaci, potom budeme chtít mít dítě, ale ono to třeba nepůjde, bude to další dva tři roky a potom mi bude kolik, než budu mít první dítě? Někdy se to prostě přerušit musí a spíš jsem byla pro to, aby se to přerušilo dříve než později.“ (Lékařka 3.) Většina lékařek tak věděla dopředu, že nechce mít první dítě až po atestaci, ale také ne okamžitě po ukončení studia. Bylo pro ně důležité zvolit si obor, nastoupit do zaměstnání a vědět tak, že se po rodičovské dovolené mají kam vracet. Na druhou stranu zde opět narážíme na nevyhovující systém jednostupňové atestace, neboť *Lékařka 6.*, která atestovala ještě ve starém systému, se vyjádřila, že chtěla určitě počkat s dětmi minimálně do splnění první atestace.

Minimum dětí, které si všechny manželské páry přály, bylo dvě. K saturaci tohoto přání došlo již u všech párů. Některé páry toužily i po třech až čtyřech dětech. Ale vzhledem k časové vytíženosti stran profese a zároveň stran potřeby věnovat se aktivně rodině prozatím došly k závěru, že dvě děti stačí. *„Myslím, že zůstaneme u těch dvou. Protože člověk zjistí, že je to vlastně náročnější, než by kdy předpokládal. Takže myslím si, že nebude vůle. Hlavně stran mé ženy, tu by to v zásadě asi úplně vyřadilo z toho kariérního růstu, takže by musela opustit tu svoji profesi.“ (Lékař 1.)*

3.3.1. Dělbá práce v domácnosti

V rámci společného soužití bez dětí se partneři často o práci dělili a všichni dotazovaní/é se shodli, že rozdělení práce v domácnosti závisí na vzájemné dohodě, která vede ke spokojenosti obou partnerů. Z analýzy výpovědí však vyplynulo, že podíl partnerů na práci v domácnosti se částečně změnil po založení rodiny.

Rozdělení práce v domácnosti silně ovlivňuje faktor času. Lékařky odcházejí na rodičovskou dovolenou. Lékaři jsou orientovaní na práci a zabezpečení rodiny po finanční stránce. *„Musím být víc v práci a tím pádem méně doma pomáhám.“ (Lékař 2.)* *„Samozřejmě člověk se snaží pomáhat, co může, co mu čas dovolí. Ale takové ty běžné domácí věci spadají hodně na její bedra.“ (Lékař 1.)*

I v případě, kdy na sebe žena brala větší část zodpovědnosti za chod domácnosti dobrovolně, muž se jí snažil být nápomocný, jak jen to šlo, a práci tak měli relativně rovnoměrně rozdělenou. Ženy-lékařky na mateřské dovolené a i následně poté pak většinou přebírají péči o domácnost ve větší míře, neboť nejsou časově tolik vytížené zaměstnáním,

jako jsou muži-lékaři. „*Mám ale pocit, že to všechno házím na něj, že to oddře sám.*“ (Lékařka 2.)

Zajímavé bylo, že na mou otázku „Jaké činnosti by měl dělat muž a jaké žena? O co by se měli starat v rodině?“ všichni lékaři odpovídali podobně: že nezastávají žádné striktní dělení práce a opět, že závisí na vzájemné dohodě mezi partnery. Avšak když myšlenku rozvedli dále, ukázalo se, že muži i ženy si myslí, že přímo v rámci domácnosti by muži měli zastávat více „mužské práce“ (jako jsou technické záležitosti v domácnosti, nošení těžkých věcí, starost o automobil), ženy by se měly více věnovat péči o domácnost (např. žehlení, praní, vaření) a výchovu dětí by si měli dělit mezi sebe.

Ve věci rozhodování o rodinných záležitostech různého druhu se většina shodla, že hlavní slovo mají oba partneři stejné, tj. snaží se společně domluvit a dojít kompromisu. I tak ženy často chápou muže tradičně jako hlavu rodiny, přestože jim muži v otázce rozhodování dávají rovnocenný prostor.

3.3.2. Péče o děti

O děti předškolního věku pečují opět z časových důvodů převážně ženy-lékařky, které zůstávají na rodičovské dovolené. Pokud jsou lékařky již v zaměstnání na částečný úvazek, i tak o děti pečují na úkor profese převážně ony: „*Když jsou děti nemocné, беру si OČR – ošetřování člena rodiny - já.*“ (Lékařka 6.)

Přesto ale lékařky vypovídaly, že se muži zapojují do péče a starosti o děti, jak jen to je z hlediska času možné. Také ale uvedly, že se muži zapojují převážně formou hry. „*Staráme se o děti oba a manžel se jim velmi věnuje. To musím říct, že ano. Dokonce prostě několikrát týdně hnedka jak přijde domů, tak si je vezme a buď jdeme někam spolu, nebo si je vezme opravdu sám a já mám čas pro sebe. To je fantastický. Věnuje se jim strašně moc. Ale hodně pracuje, takže někdy třeba přijde až v osm večer, takže je vidí třeba půl hodinu, než je uspí. Nicméně pokud je doma, tak se věnuje dětem vždy.*“ (Lékařka 2.) Muži sdílí pocit, že matka má být s malými dětmi a někteří sdílí i pocit, že žena se postará o děti předškolního věku lépe, než by to zvládli oni sami. „*Takže se snažím pomáhat. Tu péči zvládám kompletně v případě, že je to nutné. Kromě kojení teda.*“ (Lékař 1.)

Muži-lékaři pak často vyjadřovali lítost, že jim práce zabere kolikrát až příliš času, než by sami chtěli, který by jinak mohli věnovat rodině. „*Ta práce mě spíš okrádá o tu rodinu. Ale pracovat se musí no. Zvolil jsem si tenhle obor a baví mě to.*“ (Lékař 2.)

Pokud lékařky nastupují na částečný úvazek, jsou nuceny řešit otázku výpomoci při denní péči. Pro výpomoc v péči o děti lékaři a lékařky hojně využívají prarodičů. Další možnosti jisté výpomoci jsou soukromé školky, které ovšem lékaři i lékařky hodnotí jako velice drahé, nebo rodiče svěřují své dítě do rukou chůvy či paní na hlídání, která ve většině případech doplňuje nedostupnost prarodičů.

Na otázku „Jak byste hodnotil/a sebe jako otce/matku?“ v zásadě všichni shodně odpovídali, že se ze sebe snaží dávat dětem a rodině maximum.

3.3.3. Chápání rodinného života lékaři

Ačkoliv nejsou lékaři rodinou omezováni tak, že by museli svou kariéru na čas přerušit, jako je tomu u lékařek, částečně vyjadřují názor, že je rodina v práci brzdí. Stává se tak částečně na dobrovolné bázi, neboť oni sami chtějí rodině věnovat svou energii a čas. „*Když člověk pak má děti, tak samozřejmě ta kariéra trošku zpomalí, protože se jim chce člověk věnovat.*“ (Lékař 3.) „*V zásadě to nevnímám jako problém, ale musel jsem hodně tu práci omezit. Už tomu nevěnuju tolik času a energie.*“ (Lékař 1.)

Z analýzy dat vyplynulo, že lékaři věnují většinu svého volného času právě rodině. Vzdávají se tak částečně svých volnočasových aktivit, avšak nijak toho nelitují. Naopak je čas strávený s rodinou uspokojuje a je pro ně kolikrát i příjemným uvolněním od práce. „*Člověk potřebuje mít trošku zázemí, aby mohl dělat kariéru. Aby se o něj prostě trošku pečovalo. Já třeba vždycky mám teplou večeři, když přijdu domů.*“ (Lékař 3.)

Na přímou otázku „Co pro vás znamená rodina?“ odpovídali lékaři následovně:

„*Ted' všecko v zásadě. Asi to nedokážu lépe definovat.*“ (Lékař 1.)

„*Pocit bezpečí, takový pocit stability, pocit nějaké jistoty. Ten pocit toho bezpečí, že se vracíš domů, kde prostě víš, co tě tam čeká. To pro mě rodina znamená.*“ (Lékař 2.)

„*Radost určitě. Je to taková jedna z věcí, na které se nejvíc těším vždycky. A určitě zázemí taky. To souvisí s domovem. Radost a zázemí.*“ (Lékař 3.)

„*Tak je to v současnosti asi pro mě to nejdůležitější v životě. Je to v podstatě naprostá většina toho neprofesního života.*“ (Lékař 4.)

„*Tak znamená pro mě asi to nejvíc. Je na prvním místě.*“ (Lékař 6.)

3.3.4. Chápání rodinného života lékařkami

U lékařek má založení rodiny zásadní dopad na chápání jejich profese. *„Vůbec to člověk nečeká, když máš děti, jak se vlastně změní vůbec pohled na tu práci, na to co děláš, co sis vlastně vybrala, že už víš, že tomu nejde obětovat veškerý ten čas a už nikdy neobětuješ. Jako samozřejmě je to volba priorit. U mě vím, že ta rodina je na prvním místě, takže holt ta medicína půjde trošku stranou, ale nějak si myslím, že se to dá všechno, že nějak odatestuju snad. (Lékařka 1.)*

Lékařky na mateřské dovolené se musely stále udržovat v kontaktu se svou profesí. Musely si aktualizovat své poznatky a zůstat v kontaktu s medicínou, aby zcela nevypadly z oboru. *„Mezi dětmi jsem chodila do ambulance, takže jsem si musela ty věci odevřít a občas jako kouknout, co se děje nového a přečíst nějaký ten časopis a tak podobně. Ale teď zase jsem sedm měsíců po porodu a stále si užívám miminka.“ (Lékařka 1.)* Zkušené mateřství tak u nich vítězí nad profesí a období mateřství popisují jako jedno z nejlepších období života ženy. *„Ale zase je to prostě nejlepší období v životě ženy a jako nenechala bych si to ničím vzít, nikdy bych nešla do práce třeba po roce nebo po půl roce. A nikdy bych už nepracovala s dětmi osm hodin denně a nesloužila bych už sedm služeb měsíčně. Prostě není nic lepšího než mateřská, opravdu. A není nic důležitějšího než máma pro to dítě a to dítě pro tu mámu, takže úplně se všechno změní s tou mateřskou a s tím dítětem. Je to pro mě zásadní, že jsem doma s těmi dětmi.“ (Lékařka 2.)*

System rodinné politiky v České republice umožňuje ženám zůstat na mateřské dovolené do tří let věku dítěte s tím, že zaměstnavatel drží ženě místo v zaměstnání. Bylo znát, že všechny lékařky si své mateřství užívají a jsou rády, že mohou čas trávit se svými dětmi. Jedna lékařka se ale rozhovořila o tom, že mimo naši republiku to funguje i jinak: *„Ve spojených státech máme třeba kamarádku a ta musela prostě po těch šesti týdnech, nebo po šesti nebo osmi týdnech nastoupit do práce, pokud o tu práci nechtěla přijít. Tady z okolí neznám nikoho, kdo by šel hned tak brzo, ale mám ve svém okolí kamarádky, které třeba po roce šly na částečný úvazek.“ (Lékařka 3.)* České lékařky se částečnými úvazky během mateřské spíše udržují v kontaktu s profesí, než že by byly nuceny co nejdříve po porodu nastoupit do práce. Nástup do práce pro ně ale nebývá zcela jednoduchý. *„Po té mateřské ten návrat nebyl příjemný. Já jsem během těch pěti let té mateřské nebyla celou dobu doma. Já jsem chodila do služeb, takže jsem z toho úplně nevypadla. Ale kdybych měla být úplně těch*

pět let doma, tak člověk strašně moc zapomene a hodně by začínal skoro od znova, obzvlášť ještě když jsem neměla tu atestaci. Tak ten návrat je těžký.“ (Lékařka 6.)

Na přímou otázku „Co pro vás znamená rodina?“ odpovídaly lékařky takto:

„Neumím si představit, co by mě obohacovalo a naplňovalo víc než fungující rodina.“ (Lékařka 1.)

„Zásadní ostrov v životě. Rodina je pro mě nade všechno. Myslím si, že je to úplně zásadní pro celou společnost, pro nás jako pro lidi, pro vztahy. Prostě rodina je to absolutní.“ (Lékařka 2.)

„Všechno. Je to základ.“ (Lékařka 3.)

„Znamená hodně. Určitě víc než ta práce.“ (Lékařka 4.)

„Všechno. Pro mě je na prvním místě rodina. Pak až všechno ostatní.“ (Lékařka 5.)

„Rodina je úplně všechno. Je to asi to nejvíc, co si každá žena může přát. To nejdůležitější.“ (Lékařka 6.)

Z odpovědí lékařů i lékařek můžeme vyvodit závěr, že rodina je primární oblastí v jejich životech, která saturuje jejich základní potřeby bezpečí, jistoty a zázemí. Zároveň ale rodinný život poněkud brzdí jak převážně ženy, tak částečně i muže, v kariérním růstu. Mít rodinu je však jejich svobodná volba a všichni se vyjádřili, že pro ně nic v životě není důležitější, než právě rodina.

3.4. Konfrontace rodiny a profese

Třetí okruh otázek směřoval k faktorům práce ovlivňujících rodinu a faktorům rodiny, které ovlivňují práci.

Z analýzy dat vyplynulo, že lékařky, které pracují na klinikách v nemocnicích a které se rozhodly mít rodinu, mají menší šanci rychlého kariérního postupu. Potvrzuje to i výpověď většiny dotazovaných lékařů. *„Uvědomuji si, že ty ženy lékařky to mají opravdu těžké. Zvlášť po té mateřské. Chlap to má jednoduché. Nastoupí, udělá si děti, chodí do práce a v té práci je více méně bez přerušení, pokud nejde třeba on na tu otcovskou. Ale ta žena to má většinou s tou pauzou a myslím si, že v tomhle to mají těžší. Zase nahodit, naskočit do toho jedoucího*

vlak. Přerušíš ten kontakt, stačí na tři roky, věnuješ se tomu dítěti, ale myslím si, že ti to úplně zase vymaže ten mozek, resetuje mozek, a ty více méně začínáš nanovo. (Lékař 2.)

Z toho důvodu ženy-lékařky volí různé strategie sladování profese s rodinným životem.

3.4.1. Strategie sladování profese a rodiny

Lékaři svůj profesní vzestup z důvodu rodičovství nepřerušují. Proto je jejich profesní postup plynulý a právě proto jsou otázky sladování profese a rodiny více diskutované u lékařek. Přesto by se dalo říci, že lékaři si možná nevědomě vybírají také strategii sladování profese a rodiny, a to strategii oddělenou (viz. kapitola 1.3.3.), kdy se snaží svůj čas organizovat tak, aby jej spravedlivě a rovnoměrně rozdělili mezi práci a rodinu.

Všechny dotazované lékařky již mají zkušenost se zkráceným úvazkem a velice si tuto možnost pochvalují. *„Když byly dítěti dva roky, tak jsem se tam vrátila na poloviční úvazek, byla jsem tam každý den čtyři hodiny a bylo to velmi fajn. Protože vlastně ráno dítě bylo s chůvou od těch dvou let ty čtyři hodiny denně, taková starší paní, jakoby babička, protože babičky naše pracují a nefungují jako chůvy, dítě bylo s ní a já jsem šla do práce a bylo to úžasný, protože ráno od půl osmý třeba do půl dvanáctý do dvanácti jsem byla v práci, dělala jsem práci, kterou miluju a měla jsem pocit, že jsem prostě někde přínosná. Ve dvanáct jsem přišla domů a mohla jsem se věnovat dítěti. Úplně absolutně fantastický. Takto si to představuju i do budoucna. Po prvním dítěti to fungovalo už ne na plný úvazek, to bych byla vyřízená. Přestala jsem sloužit tak moc, sloužila jsem jenom jednu službu měsíčně, a což teda jsem nechtěla ale musela jsem, když jsem chtěla být na oddělení, ale stran té ambulance a toho, že jsem pracovala čtyři hodiny denně každý den na té ambulanci, to mi velmi vyhovovalo.“ (Lékařka 2.)* Částečné úvazky se tak zdají být dobrým řešením, které lékařky prozatím uspokojuje jak po stránce profesní, tak té rodinné.

Lékařky, které se uchylují ke zkrácenému úvazku (Lékařky 4., 5. a 6.), tak volí tzv. přizpůsobenou strategii, kterou vymezila Dumelow (viz. kapitola 1.3.3.). *„Nedovedu si teda představit tu práci na plný úvazek, to určitě ne, to by se asi jako nedalo skloubit bez nějaké cizí pomoci. Takže proto jsem volila tuto variantu a ještě to určitě pár let vydrží, toho částečného úvazku, takže tím si jakoby snažím chránit to mateřství, abych teda jako někdy byla i tou matkou, abych to všechno nehodila na někoho jiného.“ (Lékařka 4.)* *„Jo tak já musím říct, že si tam chodím do práce za odměnu. Po čtyřech dnech doma vypadnu, předám děti mamince a jdu na den do práce. Já se vždycky těším. Mám to jako takovou společenskou záležitost. Když se nic neděje, když není žádná komplikace, žádný těžký pacient, tak je to*

opravdu takový příjemný ten den. Někdy to je bohužel zase takový stresový, ale za ten jeden den v týdnu se mi to zas často nestává... Ono to nějak nejde skloubit asi si myslím optimálně obě dohromady, že byste se věnovala tomu i tomu na maximum. Nebo já to nějak asi nedokážu, takže já spíš teď jsem s těmi dětmi... Já jsem do té práce nešla kvůli financím. Já jsem tam šla jenom abych neztratila ten kontakt s tím oborem... No tak té kariéry jsem se vzdala. Ale jako jo, někdy mi to je líto, že bych mohla prostě nějak se tomu asi věnovat víc, ale už máme zase doma jiný poklad. To je dobré... Je to změna, když potom tam chodíte a už máte doma ty děti, tak si to asi tolik nepřipouštíte. Dřív to přece jenom jsem i řešila, ty případy i doma jsme probírali a tak, teď ale už tolik ne. Máte potom daleko víc starostí s dětmi.“ (Lékařka 5.)

To, jakou strategii lékařky volí, však ovlivňuje i charakter pracoviště. Na všech klinikách přistupují k lékařům a lékařkám s rodinami různě. Jedna z lékařek se vyjádřila, že na menších klinikách je přeci jenom přístup zaměstnavatelů a primářů většinou více lidský. „Menší oddělení znamená lepší domluvu. Na větších klinikách to funguje tak, že ,nechceš to dělat, jdi, támhle stojí zástup zájemců o tvoje místo‘.“ (Lékařka 6.)

Z výpovědi Lékaře 6., kterou dále uvedu, lze odvodit, že problém sladování práce a rodiny řeší oba manželé společně. Není to tak pouze záležitost, která leží na bedrech ženy, ale oba se podílejí na časovém rozvržení profese a rodiny tak, aby byli všichni spokojení a došli k funkčnosti zvolené strategie. „Jak skloubíme to, že manželka taky chodí do těch služeb, byť má úvazek v uvozovkách jenom 0,6? Já si беру jenom sobotu a manželka taky, abychom sloužili ve stejný den, protože jinak bych měl jednou víkend já, jednou by měla víkend ona, takže to by bylo úplně tragické. Takže aspoň tu víkendovou službu překleneme jako společnou. Pak je tady dalších jenom těmi službami daných deset dní, kdy je ten druhý sám s dětmi doma a ten první je v práci. Takže si píšeme požadavky na svém pracovišti na ty služby. Je to neskutečně náročný to nějak vymyslet. A třeba tady u mě je to v pohodě, protože je nás na těch služeb hodně na tom pracovišti. Je nás dost. Čili moje požadavky jsou vlastně vesměs 100% akceptovány, ale třeba u té mojí manželky je to jinak. Ono jich je tam hrozně málo a tam potom narážejí. Tam prostě si dají dva lidi požadavky na nějaký víkend a už je problém. Nebo v době dovolených je to úplně špatné. Čili většinou to je tak, že třeba manželka si tam ty požadavky píše jako první a potom teprve já se snažím svými požadavky na svém pracovišti tomu nějak přizpůsobit. Protože mně vyjdou vstříc v 99%. Kdežto kdybych si já napsal služby a ona až podle toho by si tam psala požadavky, tak tam by vznikaly určitě velké problémy, protože jich tam je vlastně do těch služeb strašně málo. Navíc tam chtěli, aby sloužila ještě víc, což už je úplně neakceptovatelné.“ (Lékař 6.) Z výpovědi je patrné, že muž-lékař se

aktivně zapojuje v časovém rozvrhu rodiny a profese. Nelze ji však chápat jako generalizující. Z ostatních výpovědí vyplynulo, že muži k tomuto problému nejsou rozhodně lhostejní a nebrzdí manželku v profesi. Naopak ji podporují tím, že sami částečně dělají kompromisy na úkor své profese. Avšak primárně záleží na přístupu a jisté vstřícnosti nadřízených, kteří mohou, ale nemusí, vyjít vstříc lékařům a lékařkám s rodinami.

Některé lékařky si vědomě volí méně náročnou specializaci v oboru, aby se tak mohly dostatečně věnovat i rodině. Jedná se o tzv. vyhýbavou strategii, kterou definovala Carole Warde (viz. kapitola 1.3.3.). O této strategii uvažují *Lékařky 1. a 2.* „*Chtěla bych se určitě teď vydat směrem, abych se mohla osamostatnit. Určitě vím, že asi nezůstanu na klinice, protože si prostě myslím, že to opravdu není jednoduchý pro dva doktory, být na klinice. I pro ty děti. Takže tohle je můj cíl. Jako naučit se pořádně ultrazvuky, to je asi číslo jedna, což jsem tak nějak dělala a směřovala k tomu, abych dělala, protože mě to baví ty ultrazvuky dělat, prenatální diagnostiku a podobně. A abych prostě pak mohla buď si zařídit nějakou ambulanci, nebo prostě se nechat někde najmout do nějaké ambulance, nebo dělat v nějakém screeningovém centru. Tak asi tímhle směrem bych to viděla.*“ (*Lékařka 1.*) *Lékařka 3.* už se pro tuto cestu pevně rozhodla. „*Kvůli rodině trochu, protože manžel je doktor a slouží a je hodně vytížený a kdybych byla i já tak vytížená, tak nevím, jak bychom to dávali. Protože ta rodina je pro mě důležitější než ta práce. Než získám tu specializaci, tak to bude určitě o hodně náročnější a potom zase by to mělo být lepší, protože nebudu pracovat v nemocnici a nebudu mít ty služby, takže to bude lepší než kdybych si zvolila nějaký jiný obor.*“ (*Lékařka 3.*)

Lékařky v životní fázi, kdy mají poměrně čerstvě rodiny, docházejí k závěru, že té profesi už zřejmě nikdy nevěnují a ani nechtějí věnovat tolik svého času a energie. „*Víc než mám teď bych pracovat už nechtěla. Možná někdy až budou děti úplně samostatné, ale teď zatím ne.*“ (*Lékařka 6.*) „*Takže až děti vyrostou, tak budu zase pracovat, ale už nechci nikdy pracovat osm hodin denně.*“ (*Lékařka 2.*)

3.4.2. Problematika časové dostupnosti školek a škol

Ve třetím okruhu otázek jsem s lékaři a lékařkami narazila na zásadní problém, před kterým stojí lékařská rodina, když oba manželé pracují v nemocnici a mají děti předškolního a mladšího školního věku. „*Protože třeba otázka u dvou doktorů a výchovy dětí je, že doktoři musejí být v sedm v práci. Většina školek je od sedmi hodin, takže tam už je primární problém, co se výchovy dětí a dvou doktorů týče, kdo bude vodit dítě jak a kdy do školky. To prostě je příšerný. Takže moje kamarádka, která má babičky ještě zaměstnaný a nemůžou že jo, tak*

řešila to, že dává dítě za nekřesťanský peníze do soukromý školky a že ještě bude platit paní, která přijde k nim domů v půl sedmý ráno, když oni odcházej oba dva lékaři, a budou ji platit za to, že jim vlastně odvede dítě do školky a kolikrát i přivede z té školky, protože školky jsou do pěti a prostě když někde děláte, tak tam do těch pěti klidně jste. I do šesti a nebo jdete v půl sedmý. Což každá ženská, která má děti, se snaží urvat co nejdřív. Protože tam prostě nenecháte dítě, aby vám desetkrát volala učitelka, kde jste. To prostě nejde. To je reálný problém - kdo bude dítě vodit do školky a ze školky. A to soukromé školky jsou odevřené ještě od později. Ale zase vám vyjdou vstříc, protože to platíte, takže tam prostě nějaká ta ženská klidně kvůli tomu jednomu vašemu dítěti od těch půl sedmé třeba bude, i když nerada, ale prostě si ještě třeba připlatíte. Státní školka funguje teda od sedmi, protože mimo doktorů ještě nějakí dělníci mají takovou pracovní dobu úžasnou, takže tam to sice od sedmi mají, ale taky do pěti strop, půl šestá někde.“ Je nějaké řešení této situace? „No babičky nebo paní na hlídání. Různě už existují babičky.cz, který si můžete normálně najmout jako babičku, a nebo prostě chůvy, normálně jako paní na hlídání. Kdyby aspoň byly ty peníze na to, tak by to bylo prima. Jako dávat to dítě do soukromý školky a nechat ho vodit chůvou do školky... Školka stojí 15 000 měsíčně a k tomu ženská, která si taky nechá zaplatit. Tak na to opravdu si myslím dnešní doktoři, kteří dělají normálně v nemocnici normální poctivou práci... ty platy prostě jsou fakt mizerný. Bude to dlouho asi trvat ještě.“ (Lékařka 1.) Je zřejmé, že zajistit dítěti péči v podobě placeného hlídání, není nejlevnější záležitostí. Z dat nelze jasně vyhodnotit, zda si takové zajištění lékaři a lékařky mohou dovolit častěji, stejně jako nelze říci, že se to pak neodráží na jejich rodinné finanční situaci. Celkově však lékaři hodnotí svůj plat jako dobrý s porovnání s průměrnou měsíční mzdou v České republice. Ale vzhledem k zodpovědnosti, kterou lékaři a lékařky mají, a k časové náročnosti profese hodnotí zároveň všichni své platy jako neadekvátní.

Dříve existovaly v hojnějším zastoupení školky při nemocnicích, které výše uvedenému problému do jisté míry předcházely. Dnes jich je jen nepatrné množství a když už při nemocnici školka funguje, „...upřednostňují vysloveně střední zdravotnický personál. U lékařů předpokládají, vzhledem k tomu, že mají i vyšší příjmy, že jsou vlastně v lepší sociální situaci, že si dokážou líp poradit, nebo si eventuelně najít nějakou soukromou školku, nebo něco takového.“ (Lékař 1.)

Ptala jsem se také, zda nějak vychází lékařům a lékařkám majících děti vstříc nemocnice. Přímo zaměstnavatel rodinnou situaci zaměstnanců vesměs neřeší. Hlavní slovo při vytváření rozpisu služeb a dovolených má však primář oddělení. Všichni se tak shodli, že velice záleží na přístupu primáře, ale většina s ním nemá problém se dohodnout. Mezi lékařským

personálem se počítá s tím, že svobodní/é lékaři/ky mají služby přes svátky spíše, než lékaři/ky, kteří/ktelé mají rodiny s dětmi. Těm se naopak dává na většině klinikách primárně přednost nejen v otázce rozpisu služeb, ale i v otázce dovolených a dalších individuálních potřeb.

Poslední manželský pár byl jediný, který v mém vzorku má i jedno dítě školního věku. Narazili jsme tak na skutečnost, že „*určitě s tím starším je to složitější. Je to náročnější na ten management času.*“ (Lékař 6.) Nutno doplnit, že i ostatní lékaři a lékařky, kteří mají zatím děti v předškolním věku, vyjádřili obavu z nastávajících let, kdy bude časový rozvrh rodiny ještě náročnější. Pro bližší vzhled do této problematiky uvádím celou výpověď *Lékaře a Lékařky 6.*, kteří zvládají zajištění dětí na základě vzájemného kontraktu:

„Družina ve škole otevírá v sedm, školka tady ta naše otevírá v sedm. Manželky pracovní doba je od sedmi, moje pracovní doba je od půl osmé. Takže my to řešíme tím způsobem, že školku máme naštěstí hned naproti bydlíšti, takže manželka odvede mladší dítě do školky v sedm a přijde do práce v sedm deset, ale jenom díky tomu, že bydlíme tady kousek, že opravdu je to deset minut pěšky, ani ne. Nedovedu si představit, kdybychom pracovali někde přes celou Prahu. To by byla absolutně neřešitelná situace. A já vezu kluka do školy a stihnu se vrátit na tu půl osmou v pohodě. Ale potom vzniká problém, když je jeden z nás v té službě, tak ten druhý to ráno musí takto rozhodit obě dvě ty děti. Tak já to jakžtakž stihnu, ale když to má na starost manželka, tak přijde o hodně později do práce. Ta má od sedmi a přijde prostě nejdříve v těch 7:30.“ (Lékař 6.) „No právě proto mám ten 0,6 úvazek, kdy vlastně manžel slouží většinou středy, takže když ve čtvrtek ráno nepřijde, protože zůstává v té službě, tak já mám ten čtvrtek volný, že se můžu kompletně postarat o děti, a já zase naopak sloužím pondělky, to se postará manžel. Díky tomu, že on začíná ne v sedm ale v půl osmý, tak díky tomu to stiháme.“ (Lékařka 6.)

Jak to zvládáte s kroužky a koničky dětí?

„Mají jich spoustu ve škole nebo ve školce ve formě, že jim to navazuje nebo to je během té doby, kdy tam jsou - třeba když je syn v družině.“ (Lékařka 6.) „Akorát je rozvážíme někdy. Ale to stiháme v pohodě. Máme tak nastavený, abychom to stíhali, aby s tím nebyl problém i kdybych se v práci zdržel třeba o půl hodiny déle, tak stejně to na to nebude mít vliv. To máme tak nastavený, že mají hobby třeba od pěti dejme tomu. Třeba v pohodě pro ně zajedeme jeden z nás. Kdo dřív přijde domů, nebo kdo dřív skončí v práci, tak zajistí ten jejich transport domů, respektive i na ty koničky.“ (Lékař 6.)

Jako dalším problémem rodiny lékaře a lékařky se zdá být zabezpečení dětí v létě, kdy děti mají prázdniny, ale oba rodiče pracují. *„Letos vlastně budeme poprvé řešit, nebo už to začínáme řešit, protože.. abych tě uvedl do té problematiky: když chodí dítě do školky, tak přes velké prázdniny ty školky do určité míry jedou v menším množství. Prvních čtrnáct dní prázdnin je úplně bez školky a pak poslední týden není možné dávat dítě do školky, ale jinak jsou nějaké školky. Dejme tomu, když plácnu, že na Praze 8 je třeba dvacet mateřských školek, tak třeba tři nebo čtyři jedou i přes prázdniny. A to se točí, které. Čili ty děti jsme dávali normálně do těch náhradních školek. Ale ve škole už potom nic takového neexistuje. Ted'ka vlastně kluk je v první, takže mi to budeme poprvé řešit o prázdninách. Čili už ted' vymýšlíme nějaké příměstské tábory, kam ho budeme dávat, babičky kdy je pohlídají. A i s tím je problém, s těmi příměstskými tábory, protože tam si berou ty děti většinou v osm, což je taky neslučitelné teoreticky s prací lékaře, když má od sedmi, respektive od půl osmé, nebo má být třeba v osm na operačním sále a v osm máme támhle někde předávat dítě, ale to se bude muset zařídit nějak, že nám dovolí třeba nechodit na hlášení nebo prostě chodit později do té práce.“ (Lékař 6.) „Zase to bude muset jít přes dohodu s primářem.“ (Lékařka 6.)* Pokud tak teoreticky mají lékař a lékařka oba pracovní dobu od sedmi hodin, prarodiče či příbuzní nejsou dostupní, jsou nejčastěji nuceni hledat řešení v dohodě s nadřízeným, nebo v placené pomoci při denní péči. Rodina se tak stává nákladnou jak z hlediska času, tak i z hlediska financí.

Rodina také bere lékařům a lékařkám čas, který by jinak věnovali sami sobě, svým koníčkům a zájmům, na které jim již nezbývá prostor. Přesto to ale lékaři i lékařky nepovažují za nevýhodu rodiny. Berou to jako samozřejmost, která k rozhodnutí mít rodinu neodmyslitelně patří a pokud opravdu chtějí, dokážou si díky partnerovi/partnerce nebo prarodičům čas sami pro sebe výjimečně vyhradit.

Závěr

Z analýzy výpovědí vyplynulo, že lékařky i lékaři vnímají svou profesi jako jistou seberealizaci, ale zároveň ji berou jako „práci jako každou jinou“, se kterou jsou ale spojené specifické nároky a požadavky na lékaře a lékařky. Ve vztahu k rodině označili lékařskou profesi jako nevýhodnou a rodině nevyhovující z hlediska časové náročnosti. Především muži-lékaři označili jako nevýhodu lékařské profese nedostatek času na rodinu. Hlavní nevýhodou lékařské profese pro ženy se zase ukázala být dlouhá atestační příprava. Nový jednostupňový atestační systém tak znevýhodňuje lékařky, které chtějí děti před dvaatřicátým rokem života a které zároveň touží po profesním vzestupu a jisté profesní samostatnosti a odbornosti.

Analýza okruhu otázek zaměřených na rodinný život samotný ukázala, že role muže a ženy jsou stále chápány tradičním způsobem, kdy na muži-lékaři je převážně práce a finanční zajištění rodiny a na ženě-lékařce leží péče o domácnost a děti, nehledě na její profesi. K volbě tohoto vzorce však docházejí lékaři i lékařky vědomou a svobodnou volbou. Nutno však podotknout, že tento vzorec se zdát být udržovaný převážně ženami samotnými, které stále vnímají muže jako hlavu rodiny. Z výpovědí mužů zase vyplývá, že se snaží dávat větší prostor společné diskuzi a snaží se dojít jistého konsenzu vzájemnou dohodou ke spokojenosti obou partnerů.

Reálným problémem se ukázala být pracovní doba nemocničních lékařů a lékařek ve vztahu k odvádění/vyzvedání dětí do/ze školních zařízení. Lékařům a lékařkám pracujících v nemocnici začíná pracovní doba zpravidla v sedm hodin ranním hlášením. V sedm hodin otevírá převážná většina mateřských školek a družiny ve školách. Rodiče tak musí řešit otázku bytí na dvou místech najednou. Řešením by mohla být do jisté míry flexibilizace pracovní doby ze strany zaměstnavatele, která ale není možná. V rámci pracoviště přichází v úvahu pouze dohoda s přímým nadřízeným, tedy primářem oddělení, který může, ale i nemusí, vyjít lékaři/lékařce vstříc drobnými ústupky. Zde hraje roli pouze faktor charakteru osobnosti. Jako další možnosti řešení uvedli lékaři a lékařky tyto: domluva s prarodiči/příbuznými, placená výpomoc (paní na hlídání), příspěvek v soukromých školkách za brzký příchod.

Moje práce sledovala na základě dat kvalitativního šetření otázku, jakým způsobem ovlivňuje lékaře a lékařky chápání jejich profese v přístupu k rodině a rodičovství. Aniž by si tato práce vzhledem k rozsahu vzorku a jeho záběru kladla za cíl zmapovat komplexně situaci

českých lékařů a lékařek, díky hlubším výpovědím zaznamenala vnímání profese v kombinaci s rodinným životem jedné profesní skupiny. Získané informace však nelze generalizovat ani napříč touto profesní skupinou, neboť vzorek nezahrnoval ty lékaře a lékařky, kteří/které se vzdali rodinného života z důvodu vědomého naplňování kariérních ambicí.

Přesto lze vyvodit závěr, že ti lékaři a ty lékařky, kteří/které jsou orientováni/é spíše na rodinu, stojí před velikou výzvou v podobě zvládnutí rozdělení času a energie mezi práci a rodinu. Ženy volí složitější strategie zvládnání rodinného života, jelikož je jejich pracovní dráha výrazně podřízena rodině a vlivem toho je jejich profesní růst většinou na čas zbrzděn. Svou situaci obvykle řeší částečnými úvazky, nebo odcházejí z nemocničních klinik do soukromých ambulancí, kde nejsou nuceny pracovat přesčasy v podobě nočních a víkendových služeb. Částečně tak slevují ze svých profesních ambicí a vědomě na čas volí péči o rodinu jako primární oblast svého působení a věnují se aktivně povinnostem, které jsou spojené s mateřstvím. Muži-lékaři se spíše snaží o rovnoměrné rozdělení času mezi oblastí rodinného a pracovního života, ačkoliv časově je zaměstnává převážně jejich profese.

Použitá literatura:

BÁRTLOVÁ, S. (2003): *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

BECKER, G. S. (1993): *A Treatise on the Family*. Harvard University Press.

BERGER, P. L., LUCKMAN, T. (1999): *Sociální konstrukce reality: Pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CDK).

BIERZOVÁ, J. (2006): *Rozdělení domácích prací v rodinách s dětmi*. Gender, rovné příležitosti, výzkum. Vol. 7, No. 1: 19-26.

BRINES, J. (1994): *Economic Dependency, Gender, and the Division of Labor at Home*. American Journal of Sociology, Vol. 100, No. 3: 652–688.

DISMAN, M. (2002): *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.

DUDOVÁ, R. (2010) : *Kvalitativní metodologie sociologického výzkumu: konstruktivistická grounded theory a 'rozumějící rozhovor'*. Pp. 364–383 in ŠUBRT, J. *Soudobá sociologie IV*. Praha: Karolinum.

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

ETTLEROVÁ, S., KUCHAROVÁ, V., MATĚJKOVÁ, B., SVOBODOVÁ, K., ŠŤASTNÁ, A. (2007): *Harmonizace rodiny a zaměstnání - současné možnosti a jejich reflexe u mladé rodičovské generace. Část 3. Postoje a zkušenosti s harmonizací rodiny a zaměstnání rodičů dětí předškolního a mladšího školního věku*. Praha: VÚPSV.

FORMÁNKOVÁ, L. (2010): *Ideály péče v kontextu nových sociálních rizik*. Sociální studia. 7 (2).

CHALOUPKOVÁ, J. (2005): *Faktory ovlivňující dělbu domácí práce v českých domácnostech a hodnocení její spravedlnosti*. Sociologický časopis, Vol. 41, No. 1: 57–77.

JANDOUREK, J. (2009): *Úvod do sociologie*. Praha: Portál.

KREMER, M. (2007): *How Welfare States Care: Culture, Gender and Citizenship in Europe*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

KŘÍŽKOVÁ, A. (2002): *Česká žena v práci a rodině posledního desetiletí*. In: Křížková A. (ed.), Tuček M., Mansfeldová Z. (2002). *Současná česká společnost*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

KŘÍŽKOVÁ, A. (2000). „Rovnost gender rolí v průběhu rodinného cyklu“. Pp. 59–78 in Čermáková, M. et al.: *Souvislosti a změny genderových diferencí v české společnosti v 90. letech*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

KŘÍŽOVÁ, E. (2006): *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

MAŘÍKOVÁ, H. (1999) *Muž v rodině : Demokratizace sféry soukromé*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

MATOUŠEK, O. (2003): *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

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

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.

SIROVÁTKA, T., TOMEŠOVÁ – BARTÁKOVÁ, H. (2008): *Reconciling work and family in the Czech Republic and the role of social policy*. Sociological problems, Sofia: Institute of Sociology, IL, Special Is, s. 77-96.

UHLENBERG, P. (1990): *Male and female physicians: family and career comparisons*. Social science & medicine, Vol.30(3), p.373-8.

VERLANDER, G. (2004): *Female physicians: balancing career and family*. Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry, Vol.28(4), pp.331-6.

VODÁKOVÁ, A.; VODÁKOVÁ, O. (2003): *Rod ženský: Kdo jsme, odkud jsme přišly, kam jdeme?* Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

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

Elektronické zdroje:

BUCHTÍK, M., PŘÍBĚNSKÁ, A., STRNADOVÁ, M. *Prestiž povolání v ČR 2013*. [online]. [cit. 2013-09-12]. Dostupné z WWW: <<http://sociopress.cz/infografika-sociopressu-spolecne-s-cvvm/>>.

EZZEDDINE, P., HEŘMANSKÝ, M., NOVOTNÁ, H., SEIDLOVÁ, G., ŠŤOVÍČKOVÁ, M., VAŇKOVÁ, M. *E_Úvod do společenskovedních metod* [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z WWW: <<http://moodle.fhs.cuni.cz/course/view.php?id=614>>.

Mateřské školky: <<http://www.nejskolky.cz/typy-skolek/>>. <<http://www.soukrome-skolky-praha.cz/>>.

<<http://www.ddmpraha.cz/ddm?search=centra+pro+p%C5%99ed%C5%A1koln%C3%AD+d%C4%9Bti&search-submit=>>>.

Peněžítá pomoc v mateřství. [online]. [cit. 2015-02-01]. Dostupné z WWW:
<<http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/penezita-pomoc-v-materstvi.htm>>.

Podoby otcovství v České republice. [online]. [cit. 2009]. Dostupné z WWW:
<<http://www.tatanaplnyuvazek.cz/wp-content/uploads/2013/05/podoby-otcovstvi.pdf>>.

Rodičovský příspěvek. [online]. [cit. 2015-01-05]. Dostupné z WWW:
<https://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/rodicovsky_prisp>.

Sít' zdravotnických zařízení 2012. ÚZIS ČR, 2013. [online]. Dostupné z WWW:
<www.uzis.cz/system/files/sitzz2012.pdf>.

Uplatnění absolventů vysokých škol a fakult v ČR. [online]. [cit. 2015-02-17]. Dostupné z
WWW: <<http://www.strediskovzdelavacipolitiky.info/>>.

Zdravotnická ročenka České republiky 2013. ÚZIS ČR, 2014. [online]. Dostupné z WWW:
<<http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>>.

Příloha – Schéma rozhovoru

Představení důvodu a využití rozhovoru (stručně přiblížit kontext bakalářské práce)

Ujištění o anonymitě rozhovorů

Předpokládaná délka rozhovoru 1 hod

Získání informovaného souhlasu s rozhovorem

Poučení o možnosti vystoupení z rozhovoru či vynechání odpovědi na určité otázky

Identifikace: pohlaví, věk, specializace, počet dětí a jejich věk, rodinný stav, kolik manželům bylo, když spolu začali bydlet

- **Současné pracoviště**

1. Kolik je celkem lékařů/lékařek na vašem pracovišti v současnosti? (Kolik mužů a kolik žen?) Dokážete rámcově říct, v jakém věkovém rozmezí se pohybuje většina zaměstnanců, zda mají rodiny s dětmi (event. jak staré jsou děti), či je většina svobodných, bezdětných?
2. Popište mi systém služeb v nemocnici. Co konkrétně to obnáší?

1. okruh otázek: výběr profese, výběr specializace, spokojenost s tímto výběrem, chápání profese a ambice v oboru

1. Co vás motivovalo ke studiu právě medicíny? A vašeho oboru (specializace)?
2. Čeho jste v průběhu studia chtěl/a dosáhnout a co z toho se splnilo?
3. Délka praxe celkem a délka praxe v této nemocnici
4. Zaslíbení do profese (vývoj profesního vzestupu, systém atestací)
 - a) Popsat stručně začátky
 - b) Popsat současný stav (konkrétní činnost, pozice, spokojenost) – plný nebo částečný úvazek, přesčasy, jak často víkendové a noční směny
 - c) Je nutné další vzdělávání a kolik času vám zabere?
 - d) Je možné zvyšovat svou kvalifikaci různými stážemi, sympozii, kurzy apod. a kolik času je nutné těmto dalším formám zvyšování kvalifikace věnovat? Jsou časově náročné? Kdo je hradí? Kdo je iniciuje?
5. Jaké máte momentálně cíle? Čeho byste chtěl/a dosáhnout ve své profesi?

6. Jak chápete svou profesi? (Co pro vás znamená?) Jaký/jaká by dle vašeho názoru měl/a být lékař/ka? Pociťujete nějaké výhody nebo nevýhody své profese?
7. Jak hodnotíte svůj plat v porovnání s průměrnou měsíční mzdou v ČR?
8. Je pro vás nutné si „přivydělávat“? Jak a proč?

2.okruh otázek: rodinný život, první dítě, rodičovská dovolená a další oblasti spojené s fungováním rodiny

1. Jak dlouho před sňatkem jste spolu s budoucí/m ženou/mužem žil/a? Jak dlouho jste spolu žili, než jste měli děti?
2. Vliv rodiny na práci (na průběh profesní dráhy, na kariéru)
3. Vliv práce na rodinu (ovlivnila práce rozhodování, kdy rodinu založit?)
4. Dělbá práce v domácnosti
 - a) Kdo a co dělal před tím, než jste měli děti? Proč to bylo rozděleno právě daným způsobem?
 - b) Jak se situace změnila po narození prvního dítěte? Jak organizujete chod domácnosti teď? Kdo co z partnerů dělá? Jak si práci dělíte?
 - c) Kdo a jak se stará o děti? V jakém rozsahu a jak často?
5. Kdy se vám narodilo první dítě? (Jaké to bylo v práci v těhotenství? Byla jste na mateřské?) Jaký byl postoj vašich nadřízených k vaší životní situaci?
6. Rodičovská dovolená – průběh, rodičovský a mateřský příspěvek, jak dlouho byla žena doma, zapojení otce do péče o děti do 3 let a následovně – jak často a v jakých činnostech. Jak prožíváte toto období?
7. Kolik dětí jste plánoval/a a jak se tyto plány liší od momentální reality? Plánujete ještě další děti? (Proč se plány liší od reality?)
8. Jaké činnosti by měl v rodině dělat muž a jaké žena? O co by se měli starat? (Proč zastáváte tento postoj?)
9. Kdo z rodiny (manželů) má vyšší příjem? (Promítá se to nějak do dělby prací a péče v rodině?)
10. Má někdo ve vaší rodině hlavní rozhodovací pravomoci a v čem? Má vaše rodina nějakou hlavní autoritu? (Kdo jí je a proč?)

3.okruh otázek: návrat do práce po mateřské dovolené, problematika pomoci při denní péči o dítě (školky, prarodiče), angažovanost v rodinném životě

1. (Jaký byl návrat do práce po rodičovské dovolené?) Co to znamenalo z hlediska uspořádání práce a péče v rodině?
2. Vychází nemocnice vstříc lékařům a lékařkám majících děti?
3. Využíváte nějakých služeb výpomoci v domácnosti apod.? Pomáhají prarodiče – z čí strany?
4. Navštěvují děti školku? (Plánujete její navštěvování?) – Jste se školkou spokojeni? Jak jste řešili péči o dítě do 3 let, pokud žena už pracovala? Byl nějaký problém se získáním místa v předškolním zařízení? Pokud ano, jak jste to řešili?
5. Máte pocit, že jste se musel/a něčeho vzdát (ať už na úkor práce či rodiny)?
6. Jak vaše profese zasahuje do vašeho života coby ženy – matky/ muže – otce?
7. Vidíte na pracovišti nějaký rozdíl v přístupu k mužům/ženám, kteří/ které mají děti?
8. Jak byste popsal/a sebe jako otce/matku?
9. Jak ovlivňuje vaše práce děti? Máte možnost se jim věnovat?
10. Co pro vás znamená rodina?

Možné doplňující otázky:

- Máte čas sám/sama na sebe? (koníčky?)
- Z jaké rodiny pocházíte? Jak to v rodině fungovalo? (rozdělení rolí) Jakou profesi mají rodiče a sourozenci?