

PRACOVNÍ A RODINNÁ PRAXE MLADÝCH LÉKAŘEK

**Lenka Simerská
Irena Smetáčková**

SP 00:7

2000

Kvalitativní sonda k výzkumnému projektu
„Pozice žen s vysokoškolským vzděláním v české společnosti 90. let“,
GA ČR č. 403/97/0586

© Sociologický ústav AV ČR

ISBN 80-85950-84-7

OBSAH

Abstrakt	5
Abstract	6
Annotation	7
1. Úvod	9
2. Metodologie	
<i>Lenka Simerská</i>	10
2.1. Výběr respondentek a průběh rozhovorů	10
2.2. Práce s daty	12
3. Profese, pracovní dráha	
<i>Lenka Simerská</i>	15
3.1. Je medicína vhodná pro ženy?	15
3.2. Diskriminace	19
4. Rodina	
<i>Lenka Simerská</i>	25
4.1. Role v rodině a vliv jejich uspořádání na pracovní dráhu	25
4.2. Mateřská dovolená	31
4.3. Organizace rodinného života, domácí práce	35
5. Profesní satisfakce: psychologizující pohled	
<i>Irena Smetáčková</i>	40
5.1. Metodologický postup	40
5.2. Výsledky jednotlivých druhů kódování - hlavní kategorie a jejich vzájemné vazby	41
5.3. Teoretický rámec "profesní satisfakce"	43
5.4. "Příběh profesní satisfakce mladých lékařek" - dílčí teorie	46
5.5. Shrnutí teorie profesní satisfakce	48
6. Závěry	
<i>Lenka Simerská</i>	50
7. Literatura	53
8. Příloha: Schéma rozhovoru	55
Shrnutí	61
Summary	61
Zusammenfassung	62

PRACOVNÍ A RODINNÁ PRAXE MLADÝCH LÉKAŘEK

Lenka Simerská, Irena Smetáčková

Kvalitativní sonda k výzkumnému projektu „Pozice žen s vysokoškolským vzděláním v české společnosti 90. let“, GAČR č. 403/97/0586

ABSTRAKT

Práce je kvalitativní sondou mapující pracovní pozici, rodinnou situaci a postoje mladých lékařek. Na bázi *grounded theory* a s využitím elektronického zpracování biografických dat jsou zkoumány především otázky spojené s chápáním gender rolí, harmonizací pracovní a rodinné sféry včetně faktoru profesní satisfakce a genderovými specifiky v profesi. Analýza vybraných tematických okruhů ve 20 rozhovorech ukázala, že mladá generace lékařek v rodinné ani v pracovní praxi nevytěsnila *gender kontrakt*. Vzhledem k vysokým nárokům profese činí lékařky kompromis mezi prací a rodinnou, který se projevuje ve škále postojů od obecné argumentace vhodnosti či nevhodnosti medicíny pro ženu, přes výběr oboru, hodnocení diskriminačních praktik ve zdravotnictví, uspořádání rodinných rolí a rozdělení domácích prací, až po prožívání mateřské dovolené.

KLÍČOVÁ SLOVA

Diskriminace, domácí práce, gender, gender kontrakt, gender role, *grounded theory*, feminismus, lékařky, mateřská dovolená, medicína, péče o děti, profesní satisfakce, rodinné role, segregace, oborová), ženy

WORK AND FAMILY EXPERIENCE OF YOUNG FEMALE DOCTORS

Lenka Simerská, Irena Smetáčková

Qualitative study to the research project “Position of Female University Graduates in the Czech Society of the 90’s” GAČR no. 403/67/0586

ABSTRACT

The paper is a qualitative study mapping the work position, family situation and attitudes of young female doctors. Based on the *grounded theory* and using biographical data electronic processing, the issues related primarily to the understanding of gender roles, the harmonization of the work and family spheres, including professional satisfaction, and gender specifics are studied. The analysis of selected thematic spheres in 20 interviews showed that the generation of young female doctors did not abandon the *gender contract* from their family position and medical practice. In view of high demands of this profession, doctors opt for a compromise between their jobs and families, which finds expression in a spread of opinions, starting from a general reasoning for suitability or unsuitability of medicine for women, through the choice of the branch of study, the evaluation of discriminating practices in health services, the structure of family roles and distribution of housework, to the experience of maternity leave.

KEY WORDS

Discrimination, household chores, gender, gender contract, gender role, grounded theory, feminism, female doctors, maternity leave, medicine, care of children, professional satisfaction, family role, segregation (disciplinary), women

ARBEITS- UND FAMILIENPRAXIS JUNGER ÄRZTINNEN

Lenka Simerská, Irena Smetáčková

Qualitative Sondierung zum Forschungsprojekt „Position der Frauen mit Hochschulbildung in der tschechischen Gesellschaft der 90er Jahre“, GACR Nr. 403/97/0586

ANNOTATION

Diese Arbeit ist eine qualitative Sondierung, die die Arbeitsposition, die Familiensituation sowie Stellungen junger Ärztinnen verzeichnet. Auf der Grundlage *grounded theory* und mit Nutzung der elektronischen Verarbeitung biographischer Daten werden die mit der Erfassung der Gender-Rollen, der Harmonisierung der Arbeits- und Familiensphäre einschließlich des Faktors einer professionellen Satisfaktion sowie der Gender-Spezifiken in der Profession verbundenen Fragen untersucht. Eine Analyse ausgewählter Themenkreise in 20 Gesprächen zeigte, dass die junge Ärztinnengeneration weder in der Familien- noch in der Arbeitspraxis den *Gender-Kontrakt* verdrängte. Mit Rücksicht auf die hohen Ansprüche der Profession machen die Ärztinnen ein Kompromiss zwischen Arbeit und Familie, der sich in einer Skala an Stellungen von der allgemeinen Argumentierung der Eignung oder Nichteignung der Medizin für Frauen, über die Auswahl von Fachgebieten, Einschätzung diskriminierender Praktiken im Gesundheitswesen, der Regelung der Familienrollen und der Aufteilung von Hausarbeiten, bis über das Verleben des Mutterurlaubes äußert.

SCHLÜSSELWORTE

Diskriminierung, Hausarbeit, Gender, Gender-Kontrakt, Gender-Rolle, Grounded theory, Feminismus, Ärztinnen, Mutterurlaub, Medizin, Kinderfürsorge, Professionelle Satisfaktion, Familienrolle, Segregation (Fach-), Frauen

1. ÚVOD

Lenka Simerská

Kvalitativní sonda mapující pracovní pozici, rodinnou situaci a postoje mladých lékařek byla součástí komplexního výzkumného projektu SoÚ AV „Pozice žen s vysokoškolským vzděláním v české společnosti 90. let“¹ [Čermáková 1999, Maříková 1999, Muži a ženy... 1998].

Záměrem takto orientované kvalitativní, svým způsobem biografické studie bylo získat hlubší výpověď o podmínkách života a práce jedné profesní a věkové skupiny vysokoškolaček. Medicína a celý resort zdravotnictví se dlouhodobě vyznačuje značným podílem žen. Je to také oblast veřejného zájmu stále procházející restrukturalizací. Profese lékaře je ustavičně v centru veřejné pozornosti, ať už právě díky problémům, kterými zdravotnictví prochází, či z individuálního zájmu občana o své zdraví a možnosti vyhledat vyhovující zdravotní péči. V závislosti na těchto hlediscích byla pro toto zkoumání vybrána právě profesní skupina žen lékařek. Průběh praxe, pracovní podmínky a vztahy, profesní růst spolu s organizací rodinného života a partnerských vztahů tak mohou být reflektovány ve světle aktuálního zájmu o tuto profesi i z hlediska obecných postojových a hodnotových měřítek určujících postavení žen vysokoškolaček na pracovním trhu a v soukromí rodiny.

Cílem této studie je podat výpověď o profesním uplatnění vybrané skupiny lékařek v souvislosti s dynamikou rodiny. Zkoumány jsou především otázky spojené s chápáním genderových rolí, harmonizací pracovní a rodinné sféry a genderovými specifiky v profesi.

Poděkování

Děkujeme všem lékařkám, které laskavě poskytly týmu *Gender v sociologii SoÚ AV* rozhovor. Bez jejich otevřenosti, důvěry a ochoty věnovat svůj čas tazatelkám by tato studie nemohla vzniknout.

¹ Odpovědná řešitelka PhDr. Marie Čermáková, vedoucí týmu Gender a sociologie, SoÚ AV.

2. METODOLOGIE

Lenka Simerská

2.1. VÝBĚR RESPONDENTEK A PRŮBĚH ROZHOVORŮ

Sonda byla zaměřena na první „polistopadové“ absolventky jedné z pražských lékařských fakult, tedy ty, které ukončily studium v roce 1989/90 a dnes jsou ve věku 32 až 35 let. Důvodem výběru této věkové kohorty bylo získat výpovědi z medicínské praxe, kterou za deset let prošly, spolu s počátkem a vývojem mladé rodiny. Z hlediska biografii umožnila tato skupina sledovat hned několik klíčových momentů v osobním životě (ukončení studia, počátek pracovní dráhy, sňatek a vyjednávání partnerských rolí v souvislosti s profesí, narození prvního dítěte, rozšíření rodiny) i na úrovni společenského a profesního dění (revoluce a následná změna poměrů, s tím související změny ve zdravotnictví, privatizace zdravotnických zařízení, rychlé tempo vývoje medicíny). Na výpovědích těchto lékařek je tak možné sledovat aktuální problematiku generace vysokoškolaček, které se nacházejí v období, kdy mají za sebou již významnou část praxe (v závislosti na počtu dětí a délce mateřské dovolené), prošly odborným vzrůstem a mají potřebnou kvalifikaci (v případě lékařek atestace a další odborné kurzy) a je tedy nejpříznivější čas pro kariérní vzestup. Současně jsou však matkami dětí předškolního či školního věku (vzhledem k tehdejšímu dnes již neplatnému trendu porodit první dítě mezi 20 a 24 rokem). Jakým způsobem se v této situaci ženy staví ke svému profesnímu uplatnění? Jak organizují rodinný život a péči o děti? Jaká je role jejich mužů? Dochází k posunu v chápání gender rolí? Jak se k těmto ženám staví trh práce a jakou tržní hodnotu a význam ony samy své práci přikládají? Jak společnost vnímá pracovní kariéru těchto žen? Na tyto otázky je třeba hledat aktuální odpovědi pro pochopení fungování gender kontraktu² v české polistopadové rodině a společnosti, potažmo při současném hledání adekvátní politiky rovných příležitostí.

U mladých lékařek navíc tato tázání umocňují obrovské nároky profese - časová náročnost (služby, víkendy, nepravidelná pracovní doba), nutnost neustálého vzdělávání (často mimo pracovní dobu a na vlastní náklady), zodpovědnost vůči pacientům, nedostatečné finanční ohodnocení a organizačně-technické problémy zdravotnictví. Ve světle těchto nároků specifických pro medicínu můžeme předpokládat buď potlačení gender kontraktu, nebo naopak jeho větší zviditelnění. Ať už budou zjištěny jakákoli, mladé lékařky této generace jsou potenciálními nositelkami změn v tomto ohledu.

V první fázi byly absolventky osloveny písemně, kontaktní informace poskytla fakulta. Z celkem oslovených 129 lékařek odeslalo návratku se souhlasem k rozhovoru

² S pojmem *gender kontrakt* pracuji v souladu s pojetím v západní genderové sociální analýze a definici užívanou pro výzkum u nás: *Soubor implicitních a explicitních pravidel týkajících se gender vztahů, která ženám a mužům připisují různou práci a hodnotu, zodpovědnosti a povinnosti. Tato pravidla zvyhodňující v různých oblastech života muže nebo ženy, jsou uplatňována a vymáhána v každodenním životě. Definují se na úrovni kulturní superstruktury v podobě norem a hodnot společnosti, na úrovni institucionální v rámci vzdělávacího, pracovního, výchovného a dalších systémů, a nakonec na úrovni socializačních procesů, a to zejména v rámci rodiny.* [Gender... 2000]

a s případným komentářem k zaměření výzkumu 30 žen³. Celkem bylo provedeno 20 interview, která všechna tvoří materiál této sondy. V konečné fázi nebyly respondentky vybírány podle oborového zaměření (které z návratků nebylo většinou ani známé), ale spíše podle jejich časových dispozic a možnosti tazatelek dopravit se do místa jejich působiště.

Rozhovory byly provedeny během prvního pololetí roku 1999 čtyřmi členkami týmu *Gender a sociologie SoÚ AV* a doslovně přepsány. Každé interview probíhalo podle předem vypracovaného schématu (viz příloha) formou volného rozhovoru, kde upřednostněn byl tok vyprávění a logika výpovědi respondentky před dříve připraveným schématem. Roli hrála také míra vzájemné důvěry, atmosféra vytvořená mezi respondentkou a tazatelkou, také prostředí, v němž se rozhovor odehrával (ordinace, lékařský pokoj v nemocnici, domov respondentky, kavárna, restaurace, dětské hřiště). Rozhovory trvaly od 50 do 120 minut, podle časových možností lékařek a průběhu rozhovoru. Co se týče místa a času, bylo zcela vyhověno přání respondentky, každá respondentka také obdržela poděkování za rozhovor ve formě květin.

Je třeba vzít na zřetel, že interview se zúčastnily ženy, které byly motivované, zasláním návratky předem vyjádřily svůj zájem o téma. Vypovídá o tom i fakt, že lékařky přijaly tazatelky navzdory vysoké časové vytíženosti, která je dokumentována v rozhovorech. Analýza rozhovorů však nepotvrzuje, že motivem zájmu této skupiny oslovených lékařek by byl výrazně formulovaný, uvědomělý nebo jednotný názor na postavení ženy ve společnosti, spíše naopak.

Tabulka 1. Přehled oborových zaměření interviewovaných lékařek

Počet	Obor současné praxe	Pseudonym
6	stomatologie	Anna, Diana, Julie, Soňa, Věra, Wanda
4	interna (se specializací na určitý obor)	Gabriela, Hana, Irena, Lada
2	rentgen	Nad'a, Taťána (t.č. na mateřské)
1	farmaceutická firma + část. úvazek anesteziologie - resuscitace	Denisa
1	hematologie s chystaným přestupem do farm. firmy	Klára
1	ušní chirurgie	Barbora
1	praktická („závodní“) lékařka	Cecílie
1	psychiatrie	Marta
1	medicínský výzkum, současně studium psychoterapie	Olga
1	ORL – privátní centrum	Petra (t.č. na mateřské)
1	gynekologie - porodnictví	Zora

Komentář: dohledat specializace

³ Ze 154 adres, které byly k dispozici, byl popis projektu se žádostí o rozhovor odeslán na 145 adres. Pošta vrátila 16 dopisů s již neplatnými adresami. Zájem o rozhovor projevilo 30 žen, jedna z nich odmítla později při telefonickém rozhovoru. Celkem provedených bylo 20 rozhovorů.

2.2. PRÁCE S DATY

Východiskem pro práci s daty byla kvalitativní sociologická metodologie uvedená Glaserem a Straussem [viz Glaser a Strauss in Disman 1993: 300] jako *grounded theory*. Ke zkoumané problematice není přistupováno na základě hypotéz a předem daných kritérií pro výběr zpracovávaných dat, naopak teorie je konceptualizována teprve v průběhu analýzy a má svůj základ právě ve zkoumaných datech. Teoretický vzorek vzniká pomocí konstantního srovnávání textů a jeho interpretace je kontrolována teoretickou saturací. Tím je umožněno porozumět danému problému z hlediska toho, jak je zažíván zkoumanými osobami, a postihnout jeho šíři, dynamiku a zakotvenost v sociální realitě. V případě našich rozhovorů byly předem stanoveny okruhy, na které se výzkumný zájem soustředil, jednotlivá témata jimi však prostupovala tak, jak byla navzájem provázána v popisované životní zkušenosti respondentky. Předem připravená struktura rozhovoru tedy neomezila možnost postihnout souvislosti daných okruhů, nedošlo k tematické separaci či omezení výpovědi respondentky pouze na stanovené otázky bez jejich vzájemné spojitosti.

Pro analýzu byl použit software Atlas/ti – Textinterpretation, Textmanagement and Theory building. Pomocí Atlasu byl vytvořen systém kódů a provedeny výstupy kódování, na jejichž základě vznikaly „nové“ texty umožňující sledovat jednotlivé aspekty pracovní a rodinné praxe mladých lékařek. V první fázi byl materiál selektován podle obecných kategorií, které se postupně v textech objevovaly. Jednalo se tedy spíše o okruhy výpovědi, než o skutečné analytické kódy. Toto prvotní kódování mělo za cíl uspořádat materiál pro další fázi kódování v rámci těchto okruhů. Tyto obecné kódy byly následně uspořádány do tzv. rodin kódů (viz níže uvedený *Přehled kódů první úrovně*).

Přehled kódů první úrovně podle rodin kódů

„STUDIUM“	„OBOR“	„PRÁCE“
▶ střední škola ▶ motivace ▶ očekávání ▶ přijetí na VŠ ▶ nultý ročník ▶ studium VŠ ▶ praxe při a po studiu ▶ listopad '89	▶ absolventi dnes ▶ fluktuace ▶ prestiž ▶ prestiž–srovnání (s jinými profesemi) ▶ stav zdravotnictví ▶ muži a ženy v oboru (zastoupení žen a mužů, důvody, vhodnost oboru pro ženy či muže, hodnocení úspěšnosti žen v oboru, pohled a preference pacienta)	▶ průběh praxe ▶ současná praxe ▶ pracoviště ▶ kolektiv ▶ pozice v práci ▶ kvalifikace ▶ pracovní doba ▶ finanční ohodnocení ▶ privatizace ▶ překonávání podmínek ▶ muži a ženy na pracovišti ▶ diskriminace ▶ ženské specifikum v práci ▶ vztah k práci ▶ plány, horizonty
„RODINA“	„ŽIVOTNÍ STYL“	„MUŽI A ŽENY“
původní rodina (respondentky i partnera) sňatek první a další dítě mateřská dovolená děti – rodina (rodinný život, role v rodině, postoje) domácnost paní na hlídání partner vliv práce na vztah finance	▶ bydlení ▶ zájmy, volný čas ▶ čas pro sebe ▶ dovolená ▶ přátelé ▶ životní úroveň	▶ ženský a mužský svět ▶ postavení ženy ▶ ženská přirozenost ▶ ženské vzory ▶ feminismus ▶ ženská solidarita

Teprve v této fázi bylo možno přistoupit k analýze, jemnějšímu kódování zachycujícímu vztažné sítě a významy jevů. Vznikly nové, vzájemně se prostupující texty postihující vždy jednu tematickou oblast (např. text „stav zdravotnictví“ byl souhrnem výpovědí o problémech zdravotnictví a jinými „texty“ prostupoval v případech, kdy problémy zdravotnictví byly dávány do souvislosti s finanční situací rodiny, průběhem praxe, pracovní dobou, kvalifikací lékařky, dovolenou atd.). V této fázi bylo zapotřebí přistupovat k materiálu selektivně a s ohledem na výzkumný cíl se zaměřit pouze na vybrané okruhy. Určité kategorie tak vstupovaly do analýzy, aniž by na ně byla upřena explicitní pozornost. Tedy na základě propojenosti s kategoriemi primárně sledovanými, tak jak se koncept určitého problému vynořoval z dat. Tuto významově podpůrnou funkci měly rodiny kódů „STUDIUM“ a „ŽIVOTNÍ STYL“ a některé z kategorií rodin „OBOR“ (absolventi dnes, fluktuace, prestiž-srovnání, stav zdravotnictví), „PRÁCE“ (průběh praxe, pracoviště, kolektiv, kvalifikace, privatizace), „RODINA“ (původní rodina, sňatek, finance).

Z tématu této studie a následně zvoleného metodologického postupu vyplývá, že některé velmi zajímavé oblasti zde nejsou plně zachyceny. Například téma medicíny jako oboru (situace současných absolventek, společenská prestiž lékařů, stav zdravotnictví, privátní versus státní praxe atd.) nebo životní styl rodin lékařek, okolnosti uzavírání brzkých sňatků a zakládání rodiny v kontrastu se současným trendem, a mnohá další témata si jistě vyžádají další zkoumání.

3. PROFESE, PRACOVNÍ DRÁHA

Lenka Simerská

Pracovní dráha byla v rozhovorech zachycena ve svém průběhu, popisována byla jednotlivá pracoviště, pracovní vztahy, náplň práce, privatizační peripetie, získávání atestací až po místo současné a plány do budoucna. V analýze se zaměřujeme zejména na to, jak respondentky vnímají svou profesi, jaké je vědomí a hodnocení genderových diferencí, zjednodušeně řečeno, co to znamená být ženou lékařkou. Posloupnost pracovní dráhy, popis jednotlivých pracovišť z hlediska medicínských výkonů, výpovědi o problematice medicíny a stavu zdravotnictví a pacientech, situace dnešních absolventů a perspektiva oboru jsou pochopitelně neoddělitelné od kontextu výpovědi. Nejsou však primárním předmětem analýzy, ale vstupují do ní v kontextu s generovou problematikou.

3.1. JE MEDICÍNA VHODNÁ PRO ŽENY?

Navzdory feminizaci medicíny, zvláště v některých oborech jako např. stomatologie, a aktivnímu profesnímu působení samotných respondentek, se objevoval názor, že profese lékaře je spíše vhodná pro muže. Důvodem byly povinnosti žen spojené s péčí o rodinu, vystupovala zde nutnost rozhodnutí mezi prací a rodinnou.

Myslím si, že ženy obecně ... nechci říct, že jsou méně vhodné, ale některé ženy dávají pak přednost rodině. A podle mého názoru si musí vybrat, buď budou dobré zubařky a špatné mámy nebo dobré mámy a špatné zubařky. I když taky nic není takhle černobílé. Myslím si, že muži jsou asi schopní dát té práci víc nasazení. WANDA

Z mého pohledu je určitě pro muže vhodnější, protože to není profese jako profese, ale je to opravdu poslání, kterému se člověk musí věnovat plně. Je potřeba pořád studovat a studovat, protože poznatky jdou strašně rychle dopředu. Záleží na typu žen, jsou ženy které jsou "jako chlap" a dokážou si tu domácnost zařídit na půl s chlapem nebo mají bohatého chlapa atd. Jinak se jim ty věci zvládají. Obecně je to pro chlapy schůdnější. OLGA

Jsme handicapované celkově, jestli se rodině dá říkat handicap. Člověk s tím má určité starosti a občas, když řeknou, ať je v práci do šesti, odmítne, protože musí pro dítě do školky. SOŇA

Já jsem typická ukázka toho, že ženská se musí rozhodnout. Většinou se rozhodne pro tu rodinu a tím pádem ta kariéra hrozně trpí. Buď se o ty děti nestará a rostou jako dříví v lese, což taky vidím, že jim to taky zrovna nepřináší vnitřní uspokojení. Já bych ani nechtěla, aby moje dcera šla taky dělat doktorku. Je pak těžké, vidím to na sobě, hrozně těžké nějak to skloubit. A mladý člověk si to nedokáže představit. HANA

Já bych řekla, že spíš ženy pokud jsou svobodné, tak asi je to pro ně vhodné zaměření. Ale jinak asi ta profese klade na ženské velké nároky, protože stíhat ... Tím těm chlapům

se nemůžou vyrovnat ani v počtu služeb, ani třeba v počtu absolvovaných stáží, protože někdo tu rodinu doma musí zabezpečit. GABRIELA

...holčičku na to tedy nedám. Protože je to těžké v tom, že ona musí vlastně nastudovat a zvládnout to samé, co ten muž, a do toho ještě zvládnou tu rodinu a to všechno okolo. A to je opravdu těžké a tuhle práci si nosíte i domů. Nejenom tedy, že si nosíte domů ty papíry a přemýšlíte o papírech, ale prostě něco se nepovede, myslíte, zdá se vám o tom, přemýšlíte, jestli jste to třeba nemohla udělat nějak líp. Jako je to opravdu náročné. ANNA

Možnosti si myslím, že jsou stejné. Spíš třeba aspoň u nás ty lékařky toho tak nevyužijí, protože buď nechťejí, nebo jsou víc vytížené doma než ti mužský. GABRIELA

V oborech jako gynekologie, chirurgie se nedivím, že preferují muže. On je pro ně perspektivnější. Ne, že by to žena nedokázala, dokázala. On ale nemusí pospíchat domů, nemusí vyzvednout děti ze školky, může jet na školení, nemusí se ohlížet na to, že má nemocné rodiče, prostě nemusí zajišťovat takový ten sociální chod rodiny. Může se tomu věnovat cele. Žena přijde domů a musí žehlit, obstarávat domácnost, ale on si může číst něco odborného, může se tomu daleko víc věnovat. VĚRA

V argumentaci, že některé obory jsou vhodnější pro muže, hrálo roli také fyzické nasazení a lepší kondice a fyzická síla mužů:

Všeobecně je pro muže příhodnější. Je to práce náročná na čas, studium doma a na fyzickou kondici. ... Medicína má spoustu oborů, kde si myslím, že rovnoprávnost může klidně být. Ale v operačních oborech jsou k tomu muži opravdu více vhodní. A to proto, že na to mají lepší kondici, sílu. Když má žena stát 3 hodiny na operačním sále, je to pro ni fyzicky náročné a často to i nevydrží. Pochopitelně jsou obory neoperační, kde toto rozlišení naprosto zaniká - kožní, oční, interna. ZORA

Chirurgické obory jsou fyzicky i psychicky velice náročné. Nádorové operace na hlavě a krku trvají 8 až 9 hodin, kdy bez vystřídání stojíte na sále, kdy tam buď něco děláte, nebo tam jenom asistujete a přitom máte ještě svou normální práci. Je to velice náročné, noční služby se nehradí žádným náhradním volnem, víkendy, pracujete na 1 až 1a půl úvazku než normální lidé i třeba 60 pracovních hodin za týden. PETRA

Povědomí o vhodnosti či nevhodnosti určitého oboru pro ženy hrálo významnou roli už při počátečním rozhodování, kam se v medicíně orientovat. Už v době studia a počáteční praxe respondentky zvažovaly fakt, že jejich práce bude v budoucnu významně ovlivněná mateřstvím (ANNA, KLÁRA, SOŇA) – **výběr oboru_gender**⁴. Některé zamítly určité obory kvůli obavám o nedostatečnou fyzickou kondici (př. NAĎA) – kód **výběr oboru_schopnosti** a vliv měla i doporučení a přístup pedagogů (CECÍLIE, DENISA) – kód **výběr oboru_škola** či rodičů (HANA) – kód **výběr**

⁴ Pro lepší orientaci v citacích ponechávám označení kódu.

oboru_rodíče. Pokud respondentky neuvažovaly o svém ženství a budoucím mateřství při počátečním rozhodování o oboru či praxi, byly k tomuto uvažování dovedeny praxí (BARBORA, DENISA, DIANA, OLGA) – kód **výběr oboru_praxe**.

výběr oboru_gender:

... operativa. Ta by mě také bavila, kdybych byla ten muž. Kdybych tomu mohla věnovat všechnen ten čas, protože tam musí ten člověk být pořád, pořád se vzdělávat, studovat, jezdit a to s tou rodinou právě nejde. ANNA

Neuměla jsem si představit, že bych někdy dělala chirurgii. Pokud člověk chce dělat chirurgii, tak se jí musí věnovat cele, mnohem víc než jiným oborům. A pokud žena chce mít rodinu, tak to pro ni prostě není. KLÁRA

Už v té době mi tak nějak přišlo, že ženy lékařky ve špitálech nemají šanci mít rodinu a tak. Já si toho samozřejmě taky nosím domů plnou hlavu, ale alespoň je to "od do", nejsou ty šílené služby od pátku do neděle. SOŇA

výběr oboru_schopnosti:

Věděla jsem, že nebudu dělat nic chirurgického, na to jsem se necítila dost šikovná, ani manuálně, ani fyzickou silou. Chlap stojí třeba 8 hodin na sále, to já bych nevydržela. NAĎA

výběr oboru_škola:

Záleželo to na těch určitých profesorech. Takže někdo nám dával vysloveně najevo, že my nemůžeme nikdy dělat na špičkových klinikách, protože nejsme schopny skloubit ty dvě věci dohromady. Někdo nám zase říkal, že sice s vypětím sil, ale můžeme to dělat. Někdo se zase k tomu stavěl obráceně s tím, že jsme dělali v takových jako specializacích, nedá se říci, že to byly kroužky. To jsou prostě takové jako stáže navíc, dá se říci, na určitých těch klinikách, s tím, že buď se tomu člověk bude do budoucna věnovat jako specializaci, úzké specializaci, anebo to bude mít jako jenom takové dobro do budoucna. Takže tam nebyl problém. Nás, ženy, brali jako muže, s tím, že buď budeme, nebo nebudeme. Ale byli tam někteří páni profesori, kteří jako říkali, že jako ženská tohleto nemůže, že jako ambulance je pro ní maximum. Někteří to vzali z takového hlediska jako: rozumně zvažujte, vyberte si, co budete chtít. Buď teda se budete věnovat vědecké práci se vším všudy, což jako je takových hodin, že mít při tom rodinu prostě nejde. CECÍLIE

...když jsem dělala zkoušku z patologie, tak pan profesor, který nás zkoušel, tak když vyhazoval kluky, které teda moc nevyhazoval, tak říkal: "No naučte se to do příště." A když vyhazoval holky, tak říkal: "Vy si kupte vařečku." A když jí náhodou nevyhodil, tak řekl: "Ano, vám to dám, ale tu vařečku si kupte taky." Prostě ten přístup, že ženská patří do kuchyně. Tehdy, to už je let, ale prostě dřív to tak asi bylo... DENISA

výběr oboru_rodíče:

Že jsem byla na gymnáziu jak přírodovědným zaměřením, a tak, abych byla upřímná, tak jsem se rozhodovala mezi zemědělskou školou, a protože můj otec na ní učil, tak mi řekl, že pro ženu to není vhodný. Tak dál připadala v úvahu medicína. HANA

výběr oboru_praxe:

No, já právě, že ... no zájem o chirurgické výkony mám, ale zase nemohu být u všeho a беру to, že chlapi si myslí, že jsou páni tvorstva a operatéri ideální, takže jsem tak trošičku rezignovala a zaměřila jsem se trošičku na uši, takže když se operují uši, tak jsem u toho já. BARBORA

... Pak mě začaly bavit obory, kde se trochu něco dělalo manuálně. Věděla jsem, že jako ženská na chirurgii nemám šanci, k tomu jsem přistupovala racionálně, i když mě to bavilo, chodila jsem do chirurgického kroužku. Tam byly obory menší chirurgie, jako třeba ORL nebo něco takového, takže jsem si řekla, že bych měla dělat nějaký takový obor, kde je to rozděleno mezi tou prací rukama a prací papírem. DENISA

Možná v těch počátcích se mi líbila ta chirurgie zubařská, nebo třeba, zubaři dělají i plastickou chirurgii, to mi připadalo zajímavé a po čase jsem zjistila, že je to asi pro ženu hodně náročné. DIANA

Místo atestací jste se tedy pustila do psychoterapie?

... mám pocit, že v klinické medicíně šanci nemám, když jsem viděla ty holky po škole, tak ženy jsou na tom výrazně hůř. Prostě když vidím svoji spolupracovnici, která má možnost tam kolečkovat, tak vidím, že tam nemá šanci a nesehnala místo ani po škole, ani teď, takže ta dělá u informatiky, a už na několika místech jí řekli, že kdyby byla chlap, že by místo měla. OLGA

Mužům lékařům byla také připisována větší autorita a větší preference u pacientů:

...myslím si, že muži jsou asi váženější doktoři. Možná, že je těch zubařek hodně, takže muž je takovou vzácností. Nebo lidi se na to tak dívají, že když je to pan doktor, tak rozhodně nemůže nic zkazit, kdežto paní doktorka ano. Nevím. Ale nemůžu vám to nějak dokázat, že by se mi něco takového stalo. Protože léta se na ženskou pohlíželo, že má být doma u plotny. Takže ať chceme nebo ne, tak ve většině je to pořád zakořeněné, i když si to někdo nechce přiznat. Takže možná to bude tím. WANDA

Medicína je prostě hodně feminizovaná, asi jako školství. Proč to tak je, nevím. Chlapi - lékaři ale asi mají větší autoritu.

Berete tu větší autoritu jako prostý fakt nebo jako něco nespravedlivého?

Ne, nejsem žádná feministka. SOŇA

Možná, že v těch operačních oborech jsou preferováni muži, protože je to přece jenom mužský, který vypadá, že to zvládne. ... kdybych šla na kudlu, a nebo třeba zubaře taky vidím radši chlapa v křesle nade mnou. GABRIELA

...ne, že by to byla obecná věc, ale pan doktor je pan doktor. Paní doktorka může být hodně dobrá, ale pan doktor, i kdyby byl o trošičku blbější, tak je to pan doktor. KLÁRA

Sestřičky berou víc chlapy. Určitě mají větší autoritu chlapi. HANA

3.2. DISKRIMINACE

Na průběh pracovní dráhy mají vliv nejen výše dokumentované motivy lékařek ohledně rodiny a argumenty o vhodnosti či nevhodnosti určitých oborů pro ženy. Významně jej ovlivňují i postoje zaměstnavatelů a nadřízených. Několik lékařek (HANA, JULIE, NAĎA, PETRA, WANDA, TAŤÁNA, DENISA) se setkalo s otevřeným diskriminačním přístupem, když se ucházely o zaměstnání. Téměř všechny lékařky uváděly příklady podobných potíží u svých kolegyně či známých.

Odlišné bylo ovšem hodnocení tohoto jevu. Např. JULIE, v jejímž případě došlo ke znemožnění realizovat se ve vybraném oboru, řadí tyto postupy do „právní oblasti“: *Kvůli tomu nedělám genetiku. Když jsem žádala o místo i sem, tak se ředitel velmi pečlivě ptal, kdy a jak chci mít rodinu, jak to plánuji a tak. V současné době by to spadalo do právní oblasti, to jsem pocítovala už v roce 1990. Tam si nechali dokonce udělat rentgen mojí páteře a řekli, máte srůsty na krku, máte brejle, je vám 22 a budete chtít mít rodinu, to ne, to raději mladého kluka, který půjde maximálně na rok na vojnu a pak tu bude celou dobu. Kluci to mají jednodušší jednoznačně právě z tohoto důvodu. ... Od druháku na gymplu jsem dělala o prázdninách někde neplacenou brigádu, analytická chemie u profesora Č, protože mě chemie baví. U pana prof. M. na genetice v M., prostě někde, kde to bylo zajímavé, nikdy jsem z toho nic neměla finančně, jen jsem měla domluveno, že tam budu chodit. Takže i když jsem tohle uměla, tak mě nikde nechtěli. Tak nakonec jsem se naštvála a sehnala jsem si místo, spíš maminka mi sehnala, místo obvodního lékaře v L. Dojížděla jsem každý den 30 km.*

Stejně tak NAĎA přijala nakonec místo na rentgenu: *...zjistila jsem, že se mi vlastně hrozně líbilo v nemocnici a chtěla jsem se do nemocnice nějak vrátit. Pak jsem to vyřešila mateřskou a během mateřské už jsem se začala pít, kam do nemocnice. To jsem se poprvé v životě setkala s tím, že když jsem ženská, že nemám šanci. Chtěla jsem na kožní a primář mi otevřeně řekl, že ženských tam má dost. Přímo mi řekl: "Máš jednu vadu, jsi ženská." Takže na kožní jsem se nedostala. NAĎA*

Podobně jako v případě HANY nebo WANDY, která sama sebe označuje za „nemateřský typ“ a s dětmi nikdy nepočítala, neovlivnilo přijetí či nepřijetí na dané místo ani ujištění absolventky, že rodinu neplánuje, že se chce věnovat především práci: *...když jsem potom usilovala o to místo tehdy na té první interně. To bylo ještě v*

osmadvadesátém roce, tak mně tehdy tam pan profesor říkal: „ale vy jste žena, budete chtít mít děti, to není vhodné místo pro vás“. Já jsem tehdy byla tak strašně na tu kariéru, že jsem říkala - není problém. A teď když jsem hledala místo po té mateřské, když jsem tak usilovala, tak ano, to se určitě dá. Oni vám to neřeknou jako oficiálně, ale mezi čtyřma očima vám řeknou, že samozřejmě dají přednost, zvlášť když mám malý děti, já jsem ještě ke všemu rozvedená. Prostě všechno hraje proti mně.
HANA

... narazila na inzerát na jižní Moravě, že nějaká obec hledala stomatologa a nabízeli byt. Tak jsem tam zavolala a oni řekli, ať pošlu životopis a že mi dají vědět. A pak mi vzkázali, že se přihlásilo asi dvacet stomatologů, což je docela dost, a že vybrali asi tři do užšího výběru a že já jsem mezi nimi. Tak jsem zajásala a navíc na jižní Moravě bydlí moje babička a bylo to kousek tam odtud. Tak už jsem si pomalu pomyslně balila kufry. A pak mi ten starosta dal vědět, že mě nevybrali, protože jsem rozvedená, neperspektivní, a když jsem se ptala proč neperspektivní, tak mi řekli, že určitě budu mít dítě, tím pádem půjdu na mateřskou, takže oni zase o toho zubaře zase přijdou. ... já jsem jim říkala, že zatím neplánuji. Řekli mi, že si to rozmyslím časem.
WANDA

Zatímco některé lékařky odsuzovaly postoje zaměstnavatelů a označovaly problémy žen s uplatněním za „harassment“ (PETRA), „diskriminaci“ (KLÁRA), „házení klacků pod nohy“ či „patriarchát“ (DENISA), zastoupen byl i opačný názorový pól, kdy „zaměstnavatel má na to právo“, „nelze se jim divit“. Např. ZORA podporovala úmysl svého nadřízeného přijmout raději muže: ... Když se rozhodovalo na oddělení, debaty kolem toho, jestli je lepší přijmout muže či ženu, se spíš přikláněly k mužům. ... Nebránily jsme se (lékařky na oddělení – pozn. aut.), protože jsme daly našemu šéfovi za pravdu. Když jsem pak odcházela z oddělení a šéf se rozmýšlel, jestli má za mě přijmout muže či ženu, tak protože jsem ho dobře znala, spíš v přátelském duchu jsem mu říkala, aby vzal radši muže. Že ženská bude mít jednou stejné úmysly, jako jsem měla já, a muž je pro něj perspektivnější k dlouhodobé práci v nemocnici.

Pro výpovědi o nesnázích žen s hledáním místa byla typická váhavost, s jakou lékařky k těmto záležitostem přistupovaly. Na jedné straně vypovídaly o svých vlastních zkušenostech s otevřenou či skrytou diskriminací a lichým očekáváním nadřízených. Identifikovaly situace, které by nenastaly „kdybych byla muž“, ale zkušenost byla sdělena formou *zážitku* či *příběhu ze života* bez hodnotícího označení coby diskriminace. Na straně druhé však popíraly existenci diskriminace či upřednostňování mužů a v profesi se cítily být rovnoprávné. Na přímo položené otázky po těchto jevech reagovaly nesouhlasem, postupně v průběhu rozhovoru si ovšem často „rozvzpomněly“ na kolegyně, které nemohly sehnat místo a byly jim pokládány neadekvátní otázky, či na vlastní zkušenost. V takovýchto případech, kdy vědomí znevýhodnění či diskriminace není přímo artikulované, anebo nebyly zasaženy silné osobní ambice či plány profesního směřování, ženy postoj zaměstnavatele sdílely, byť by prošly osobní zkušeností s nepřijetím na místo. Např. DIANA: *Ne, nikdy jsem se s ničím takovým nesetkala. ... Později v rozhovoru: Snad jen to, že vlastně ten pan primář se mě zeptal, jestli mám dítě, já řekla že mám, on se mě zeptal, jestli budu mít další, já řekla, že ne, ale nakonec jsem ho tedy měla, že jo. Ale je pravda, že chlapa by se na to*

asi neptal, že jo. Tak to je jediný. ...Já to úplně chápu toho primáře. Jeho přeci musí zajímat, jestli přijme někoho, kdo tam potom nebude, to je jasný.

HANA, které bylo sděleno „ale vy jste žena, budete chtít mít děti, to není vhodné místo pro vás“ a nebyla přijata, přestože „tehdy byla tak strašně na tu kariéru“ a ujistila primáře, že děti nebudou „problém“, říká: *Když si to tak vezmu racionálně, tak já se jim ani nemůžu divit.* TAĚANA, která byla nejprve odmítnuta (otevřeně přiznala, že podstupuje léčbu neplodnosti a plánuje dítě), a po třech měsících přijata, když „nic jiného nezbyvalo“, rovněž se stanoviskem nadřízených souhlasí: *Koupil se totiž nový přístroj, na kterém nikdo neuměl pracovat, a já jsem na něm už z A. měla rok a půl praxe, což není tak málo. Pracoval tam jeden lékař, který z toho byl vyřazený, protože tam býval do večera. Zavolal mi, že mu nic jiného nezbyvá, než mě vzít. Bylo to před vánoci, říkal, že to mám jako dárek k vánocím a že mám přijít co nejrychleji, jinak se tam zblázní. Takže mě vzali spíš z těchto důvodů. Ale problém "muž - žena" tam nebyl. ...Přiznala jsem, že dítě chci a mohlo se stát, že tam během tří měsíců zase pracovat nebudu. Nezasílala jsem jim, že se toho báli. Potřebovali někoho, kdo tam bude pracovat. ... Nakonec jsem tam pracovala víc než tři roky.*

WANDU, která si až po ukončení rozhovoru při neformálním povídání u kávy vzpomněla hned na dva příklady, kdy bylo proti ní použito argumentu budoucího mateřství, výrok komise, která rozhodla o nepřijetí jejího privatizačního projektu, „pobavil“: ... *A ještě mne tak napadá, když jsme podávali ten privatizační projekt, tak ten se projednával nejdřív tady a na okrese. Tady byla komise zástupců. A ke mně se pak čirou náhodou dostal zápis z té komise. ...argument proti nám byl, že jsme mladé a neperspektivní. Přímě takhle to tam je napsané. Protože v té době ta kolegyně sice byla vdaná, ale neměla dítě, já jsem byla svobodná nebo taky čerstvě vdaná. A zdůvodňovali to tak, že obě budeme mít dítě, odejdeme na mateřskou a to středisko tam zajde ladem. Kdežto ty dvě, ta protistrana, ty jsou zhruba o deset let starší než my. A to zase okomentovali tím, že mají vlastně po mateřské, takže tam už nehrozí, že budou mít děti. Ona to byla více méně fraška, podle mne to bylo rozhodnuté předem. Ale tady to byl argument, který mě docela pobavil.*

Rozporuplnost, se kterou je problém ženami pojímán, vyjadřuje VĚRA: Ted' právě budou podporováni hoši. Kdybych si měla vzít absolventa, určitě raději bych si vzala muže. Tedy já ne, obecně. Budou se bát toho, že dívku něco naučí a ona se vdá, půjde na mateřskou. Když čtu inzeráty, většinou znějí tak, že absolventka hledá místo. Hoši místo mají najít.

Cítíte nějakou solidaritu s těmi dívkami, které po studiu nenajdou místo?

Mám rozporuplný názor. Mám s nimi solidaritu, je hrůza, že to takhle ve společnosti je. Ale na druhou stranu se na to dívám tak, že když šla studovat a chtěla ten obor dělat, musí se smířit s tím, že tomu musí mnoho obětovat. Dívka si musí rozmyslet, jestli chce obětovat, pak ano, a jestli ne, chtělo by to méně náročný obor, aby se vedle toho našel ještě nějaký čas. V osmnácti člověk těžko ví, jak to bude. Proto si myslím, že než se člověk rozhodne pro povolání, měl by navštívit nějakého psychologa nebo poradnu. Mně rodiče poradit nemohli. Já jsem to znala jen z ordinace jako pacient. Chodila jsem

k zubaři a řekla jsem, že se mi to líbí. Ale nikdo mi nemohl říci o té druhé straně. Myslím si, že na to by měla být poradna, aby věděl, do čeho jde.

Takže dívka, už když jde na fakultu, by měla vědět, že bude mít daleko horší šance na uplatnění?

Ne, to ne. Myslím to tak, že bude muset zaměstnavateli říci - neplánuji rodinu a tyto věci, chci se zajímat o obor a můj osobní a rodinný život půjde stranou, chci jít za kariérou. Začátky jsou pro dívky strašně těžké. Zvládnout obor, zvyknout si na práci, je to těžké i pro kluky. Ale pro holku asi víc, pokud se chce vdát a mít rodinný život.

Většina žen reflektovala preferenci mužů či diskriminaci pouze při přijímání do zaměstnání. Na pracovišti byly pak už šance považovány za rovné, stejně tak přístup nadřízených. Pokud muži dosahovali vyšších postů, rychleji postupovali při získávání vyšší kvalifikace, prováděli více a zajímavějších výkonů či se věnovali výzkumu, bylo to zdůvodňováno tím, že ženy šanci méně využívají, protože se navíc věnují rodině. Stejně jako u argumentace vhodnosti či nevhodnosti medicíny pro ženy, vystupoval zde motiv svobodné volby ženy, která si „zvolila rodinu“, takže se práci „nemůže věnovat tak jako muž“. Přesto byl některými lékařkami zaznamenán přístup nikoli takto genderově neutrální. Apriori se kalkuluje s nižším nasazením žen a jejich preferencí rodiny a žena je někdy chápána jako druhořadý zaměstnanec, se kterým se „nepočítá“: *Jsem žena, určitě někdy odejdu na mateřskou, takže se mnou víceméně nepočítá, že jsem tu jen na přechodnou dobu. LADA; nebo si k ní „dovolí“, co by si k muži běžně nedovolili: Když mi například řekli, že mi dají čtyři tisíce hrubého, řekla jsem prostě, že ne. Na druhou stranu chtěli, abych sloužila všechny vánoční svátky. Řekla jsem, že buď mě berou jako absolventa, který nesmí samostatně pracovat a podle toho se odvíjí moje mzda, anebo si myslí, že jsem samostatný stomatolog a můžu dělat všechny svátky a dají mi odpovídající plat. ... K chlapovi by si to nedovolili. SOŇA.*

Ženy také dostávají šanci tam, kde muži „nemají zájem“: *Asi by tu byli rádi viděli hocha. Ale sem na tento obvod nikdo nechtěl jít, bylo to tu tři roky prázdné, takže myslím, že byli rádi, když jsem řekla, že sem půjdu. VĚRA; případně když nic jiného „nezbývá“: ...ona je to také nutnost, aby se to měnilo, protože oni chlapi, kdo by dnes tu medicínu dělal za ty peníze? Nezbývá jim nic jiného, než ty ženské začít brát, protože kdo by jim to jinak dělal. Nevím, jaké by to bylo, kdyby ten zájem ze strany těch mužů byl větší. Je fakt, že i když se to lidé snaží nedávat najevo, tak tam pořád ta preference mužů je, protože když já jsem se zmiňovala o tom, že budu muset odejít, tak primář říkal: "No, to budu muset vzít někoho nového, ale vezmu chlapa." No, když bude mít chlapa, tak vezme chlapa, když ho mít nebude, tak vezme ženskou, bude se k ní chovat stejně jako k těm chlapům, ale ... ALE. DENISA*

Když jsem nastupovala, ptali se mě, jestli mám rodinu. Když jsem řekla, že nemám, ptali se, jestli ji chci. Odpověděla jsem, že ano a popravdě jsem řekla, že je to problém a že to hned nehrozí (ze zdravotních důvodů – pozn. aut.). Na ten pád mi bylo řečeno, že si

to rozmyslí, a pak mi odpověděli, že mě nechtějí. Během tří měsíců mi zavolali, že si to rozmysleli, protože nemůžou nikoho jiného sehnat. TAŤÁNA

Stejně jako u znevýhodnění při přijímání do zaměstnání, liší se ženy vnímáním tohoto přístupu na pracovišti. Na jedné straně stojí reakce podvolení a přizpůsobení se situaci (s následným vysvětlením, proč je to tak pro ženu „správné“ nebo jediné možné). Žena pak změni svůj životní plán na základě vnějšího tlaku – např. TAŤÁNA. Na druhé straně je nepřijetí a aktivní vzdor vůči přístupu okolí, což velmi dobře dokumentuje příběh BARBORY.

TAŤÁNA: ... Když udělala atestaci, její šéfové předpokládali, že bude mít dítě, a nenechali ji naučit se vyšetřovací metody. Nenechali je učit její kolegy, kteří byli, co se týče praxe, až za ní, protože předpokládali, že ona odejde. Když si o tom se svým přednostou promluvila a ptala se ho, proč se nemůže naučit tu a tu vyšetřovací metodu, opověděl jí, že ona má teď jinou prioritu. Tím to skončilo a prostě se to neučila. ... Dopadlo to tak, že si ho nakonec pořídila, protože neviděla východisko. Musela by změnit místo. Neustále dělala základní práci, jako by neměla atestaci a pro okolí to bylo naprosto normální. A opravdu to normální je. ... Reagovala bych jako ona. Postavit se není tak jednoduché. Když má jinou práci, nemůže se uvolnit a jít se ty věci učit. Vyšetření probíhají v době, kdy musí dělat něco jiného. Šéf se tak úplně taky nemýlil. Ona by se bývala chtěla ještě tak rok něco učit, aby měla náskok před mateřskou, ale s miminem do třiceti jistě počítala. Bývá obvyklé, že se nikdo neptá a bere se automaticky, že ženy takhle odcházejí. Ale už se to taky trochu mění. ... Znáám lékařky, které si to dítě prostě nepořídí. Rozhodnou se, že se budou věnovat jenom práci. ... S dítětem je to složitější. Víím, že určitě nebudu mít podmínky k práci stejné, jako když jsem byla bezdětná. ... nároky na mě budou prostě vyšší.

X

BARBORA: ... Jako těžká, no to je chirurgie, orthopedie. Ta by mě bavila také, ale problém je s tím, že ty ženy tedy málokdy. I když mi slibovali, že jo, že by mě vzali na místo lékaře, ale pak se to nějak udusilo.

Proč myslíte, že to ...

Já nevím, já co jsem i tady od toho 90. roku, jako vůbec ve zdravotnictví, tak mi přijde, že spousta i lékařů ženy potlačuje.

Myslíte, že ...

To si myslím. Víte co, ono i chováním kolegů občas mi to tak přijde a nejenom k mé osobě. Vůbec k ženám lékařkám, že se mají držet potmě. Prostě, tak mi to přijde. Když člověk má chuť dělat něco víc, než zrovna dělá, tak má děsné problémy.

Snažíte se nějakým způsobem vy sama to změnit? Třeba ohledně kolegů, nebo vadí vám to vůbec?

Vadí mi to. Já se cpu. Já se cpu od začátku. Pan primář tu má mě a dva kolegy, jednoho atestovaného, jednoho neatestovaného a mě. Takže jsme se samozřejmě učili. Chodili, koukali, dělali drobné výkony. Ale já jsem tam nastoupila a po měsíci jsem neplánovaně otěhotněla. Nemohla jsem dojíždět, protože bych jezdila Kolín, Praha, Mladá Boleslav, to by prostě nešlo, takže jsem byla doma a do práce jsem vlastně nastoupila, když synovi byl rok a něco a manžel zůstal doma na mateřské. Takže jsem nastoupila do práce a už to bylo trochu jiné, už to bylo o něčem. Nabyla jsem takového dojmu: ona si dovolila jít na mateřskou, takže teď nemusí. Takže jsem v podstatě dělala jenom ambulantní záležitosti. Ale potom, když přišel zase nový doktor, tak jsem se snažila hodit trochu na něj, jako když se učí, tak ať se naučí také ty ambulantní věci a vysloveně jsem, když se dělal operační program, tak jsem řekla: chci tam, chci. A to je do dneška: chci tam, chci dělat tohle to a tohle to. A s primářem si to domlouvám, já sem totiž neodbytný tvor a věčně s něčím nespokojený, že za ním často jdu a říkám: pane primáři, tohle to se chci naučit, jak můžu dělat věci, já se to musím naučit, já na tom sále musím být. Mně to nevyhovuje, když vám pak kolegové řeknou, že jsme neschopní udělat nějaký zásah. Jak ho můžeme udělat, když nemáme tu praxi, teorie je něco jiného. Takže já jsem vysloveně, dalo by se říct, tam furt. Ale pro dobro, pro dobro, musím se vysloveně vnutit. Kdybych nebyla tak průbojná, tak bych vysloveně zůstala na ambulanci. Jako ambulance je pěkná věc, ale je to vlastně jen konzervativní léčba, nic až tak závažného neřeší, a když už mám atestaci z krčního, tak ode mě každý předpokládá, že bych měla zvládnout takový nějaký urgentní stav, dušnosti nebo akutní úkon bez pomoci druhého a to chci.

4. RODINA

Lenka Simerská

4.1. ROLE V RODINĚ A VLIV JEJICH USPOŘÁDÁNÍ NA PRACOVNÍ DRÁHU

Jak bylo již naznačeno v analýze kódů vztahujících se k práci, nejvýznamnějším faktorem, který ovlivňuje pracovní dráhu lékařek, je rodina. Všechny respondentky, které jsou matkami, popisují, kdy a za jakých okolností dospěly k určitému kompromisu ve prospěch svých dětí, manžela a chodu rodiny. Buď slevily ze svých původních profesních plánů jako v případě DENISY a HANY, nebo je odložily na dobu, kdy budou děti starší, či přizpůsobily své profesní působení potřebám rodiny - ať už změnou pracoviště, nebo kratší pracovní dobou (ANNA, ZORA).

...kdybych neměla dvě dcery, tak bych dělala tu závratnou kariéru hlavně proto, že bych se neohlížela na ty peníze, těch by mohlo být hodně nebo by jich nemuselo být hodně, psala bych si vědecké práce. Takže pokud to šlo, tak jsem se v práci snažila jít až ... , ale ono to většinou moc nešlo. DENISA

...tak jsem tam nastoupila, což tehdy mému egu hrozně lichotilo, protože to bylo docela špičkový pracoviště. Pak teda přišla rodina, a tak to není v podstatě možné skloubit práci tady a i z rodinných důvodů jsem pak přesídlila částečně do těch A. a tam pracuji v homogenizačním středisku. Což je výhodný, že nejsou noční služby a dá se brát ohled na rodinu. HANA

Protože tahle práce se nedá dělat polovičatě. Rodina se také nedá šidit a já zase nejsem tak ambiciózní, abych tu rodinu odkopla a věnovala se jenom tomu, takže jsem musela udělat takový kompromis a trošičku ubrat od obojího. Tady kratší pracovní dobu, méně pacientů a doma taky trošku něco. Mohla jsem si to přizpůsobit, protože mám dvě malé děti. ... Protože kluka mám teď pětiletého, tak chodí ještě do školky. A ráno si ho můžu vozit a odpoledne také. ANNA

Snažím se dělat kompromis, nešidit rodinu a nešidit medicínu, aby si člověk nepřipadal, že je lékařem na půl úvazku. Není to jednoduché. Z toho důvodu jsem také odešla z nemocnice, abych měla více času doma na rodinu. S tím souvisí i to, že si najdu více času na medicínskou literaturu a na odbornou přípravu. ... Šla jsem si za tím sama, byl to můj nápad, ve kterém mě manžel podporoval. Chtěla jsem to sama a to proto, že se hlavně cítím v rodině jako máma a tomu jsem vše podřídila. ... Nemůžu si dovolit převážnou část dne strávit doma jako moje tchyně, která měla tři děti a pracovala na částečný úvazek. Byla maminkou a staratelkou o domácnost, ale to se s mojí profesí neslučuje. Ale myslím si, že jsem teď našla rozumný kompromis a neodbývám ani jedno, ani druhé. ZORA

Kompromis, ať již byl od počátku chápán jako nezbytnost, nebo se stal více či méně dobrovolnou součástí založení rodiny, lze charakterizovat výrokem: „za tu cenu bych kariéru nedělala“, „za to mi to nestojí“. Onou cenou je myšlena ztráta pocitu být

dobrou matkou, mít uspokojivý pocit z mateřství (KLÁRA), ale také doslovně cena v podobě financí (ANNA, VĚRA). U PETRY je pak cena, kterou je nutno splatit profesní realizaci, umocněná zkušeností z USA.

Vzhledem k tomu, že jsem si uvědomila, co v situaci, kdy mám dvě děti, můžu a nemůžu. Věděla jsem, že nutit si chirurgický obor nebo služby by byl holý nesmysl, byla bych orvaná, to je prostě nesmysl. Život je krátký na to, abych takhle traumatizovala sebe, rodinu, manžela, to mi za to nestojí. Nejsou v rodině velké problémy, neodrazilo se to. KLÁRA

Určitě by to mohlo být lepší (finančně – pozn. aut.), ale já si dneska tak strašně nestěžuji. Já si vážím toho, že zatím mám možnost se těm dětem věnovat alespoň trochu i s touhle tou prací, ale čekám, že až odrostou, že to bude lepší. Že tomu oboru ještě budu moci dát víc. ANNA

Řeknu to ošklivě - abych se honila pro peníze a nebyla se svým dítětem, to ne. Omezím ji natolik, aby mi přinášela radost a zisk, aby to tu fungovalo. Odpustím si nějakou tisícovku a budu se svým dítětem. VĚRA

V Americe to řeší tak, že ty děti hrozně brzo odkládají. Podle délky mateřské dovolené, v Kalifornii, která je taková sociálnější, v šesti týdnech se většinou najímá nějaká síla. V Coloradu, které je hodně americké, tam neexistuje žádná mateřská dovolená, tam si berou 14 dní své řádné dovolené a po čtrnácti dnech se vrací do práce. Ze začátku jsem měla pocit, že jsem se setkala se samými asociálními typy, pak jsem zjistila, že to nedělají jenom lidé, kteří musí splácet velký úvěr za studia, což je hrozně zatěžující, tam lidi mají běžně 100 tisíc i víc dluhů. Tam prostě nelze trávit tři roky doma a neplatit. Pro mě samozřejmě s výchovou, kterou jsem dostala já, je nepřijatelné za tuhle cenu dělat svou kariéru. To by pro mě v tomhle případě bylo snazší ty děti vůbec nemít. Porodit je jenom a svěřit je do péče někoho cizího, to není pro mne přijatelné. Myslím si, že je to jediná cesta, jak to udělat v rodině, když jsou děti, ty děti odložit a nechat je v péči někoho jiného. PETRA

V rodinách, kde manžel je také lékař, učinily všechny ženy vědomě volbu vzít na sebe rodinné záležitosti ve prospěch manželovy práce. U KLÁRY a PETRY (její manžel pracuje ve vědě) bylo s tímto ohledem voleno pracoviště či už od počátku oborová orientace; ZORA odešla z náročného prostředí nemocnice, kde pracoval i její manžel, a založila soukromou praxi, aby „zklidnila“ chod domácnosti a měla více času na rodinu. TAĚÁNA se rozhodla o budoucím omezení práce během mateřské dovolené navzdory původní dohodě o dělení péče o dítě s manželem. Manžel IRENY získal práci v zahraničí jako lékař, od pobytu v zahraničí je také odvislá její pracovní budoucnost, nyní je „prostě matka se třemi dětmi“. VĚRA (manžel technik) pak v tomto smyslu uvažuje o tom, jak by rodina manželů lékařů měla vypadat.

Věděla jsem, že musím někam, kde nebudu muset sloužit, kde se na mě nebudou blbě koukat, když budu mít nemocné děti nebo když mi zavolají ze školky, že musím pro dítě. Šla jsem tak, abych něco dělala, ale abych se o ty děti mohla postarat já, spíš než

manžel. Manžel je chirurg, který se maximálně věnuje povolání a povolání velice náročné, prakticky časově neomezené. Takže jsem věděla, že to bude na mně, že když budu chtít jít do práce, že si to budu muset zařídit tak, abych se mohla spolehnout vždycky jenom na sebe. KLÁRA

V té době jsem uvažovala, že bych dělala tu chirurgickou kariéru, což by byla určitě vzrušující a zajímavá práce. Ale můj muž dělá taky špičkovou vědu, takže bylo jasné, že pokud chceme mít děti, tak se vzdám profesní kariéry, jinak by manželství vůbec nefungovalo. Rozhodla jsem se, že se nebudu věnovat práci tak intenzivně a našla jsem si docela zajímavý obor, který je možná lepší pro ženu. ... Já jsem chtěla dělat výzkum, pracovala jsem jako pomocná vědecká síla na Ústavu pro toxikologii a soudní chemii, chtěla jsem se zabývat fyto toxikologií, tzn. jedy z rostlin a hlavně mykofototoxikologií. Mou další kariéru ovlivnilo budoucí manželství. Už jsem předpokládala, že to dvoukariérové manželství nepřipadá v úvahu, pro klinickou medicínu jsem se rozhodla až v pátém ročníku. Nemůžu říct, že jsem od jakživa chtěla být ušní lékař. PETRA

Mluvili jsme o tom hodně a původní plán byl, že si vše rozdělíme napůl. Mám asi štěstí na manžela, protože to nebývá obvyklé. Manžela moje pracovní úspěchy vždycky těšily. Manžel je internista a práce ho baví, dělá to, co chce a je úspěšný, ale mluvili jsme o tom, že si péči o dítě rozdělíme. Ted' ale vidíme, že to nebude jednoduché. Pokud si manžel nechá rozsah zaměstnání v tom počtu hodin, v jakém pracuje, tak nebude možné, abych já dělala totéž. ... Chci se vrátit na své místo, a kdybych chtěla opět pracovat v tom samém rozsahu jako dřív, znamenalo by to jeden víkend v měsíci minimálně tam strávit. S manželem jsme pochopili, že bychom se museli o víkendech střídat a myslíme si, že by to pro rodinu nebylo ideální. Usoudili jsme, že já se budu práci snažit omezit, pokud to půjde. ... Dřív jsem si to neuměla moc představit, myslela jsem si, že když bude dítě s otcem, tak se nic zvláštního nestane. Ale pak jsem usoudila, že by nebylo dobré, kdybychom se doma jen střídali. Když bude občas chybět otec, bude to pro rodinu asi snesitelnější. TAŘÁNA

... pokud si žena-lékařka vezme manžela, který má stejně náročné povolání a který je živitelem té rodiny, žena mu musí nějak zajistit zázemí. Přece není možné, aby on přišel večer unavený z jednání a bude si žehlit košili. VĚRA

Při zdůvodňování popsaných kompromisů, ať již oněch velkých, kdy se lékařka rozhoduje o vzdání se svých ambicí, nebo těch menších, které se projevují každodenním balancováním mezi prací a chodem rodiny, zazníval silný motiv *špatného pocitu vůči dětem*. Být dobrou matkou ve smyslu trávit s dětmi dostatek času, osciluje s méně emocionálně laděným „být dobrou lékařkou“, „nebýt lékařem na půl úvazku“ čili nemít „špatný pocit vůči práci“. Charakteristické je, že špatný pocit vůči dětem či „černé svědomí“ se objevuje i v případech, kde existuje rodinné zázemí a možnost hlídání dětí: ZORA: *Hlídaní po babičkách, soboty, neděle a rodiče oba v práci, to s sebou neslo černé svědomí*; ANNA: *Říkám, to mi zůstalo takové trauma na duši s těmi dětmi, že jsem neměla čas se jim tolik věnovat. Ale беру to tak, že to v tomhle oboru tak je, ta medicína se musí studovat průběžně*. Nebo SOŇA: *syn měl děti rád a když pro něj přišla v pátek*

dřív do školky, nechtěl jít domů, v případě nemoci se nabízela tchyně nebo si vzal paragraf manžel, kterému nevadily ani poznámky nadřazeného *"Nechci vám do toho mluvit kolego, ale k nemocnému dítěti patří matka"*, tento pocit vyjadřuje slovy: *Nakonec to vadí ze všech nejvíc mně. Jako máma bych měla zvládnout se o dítě postarat.* Oproti tomu ale stojí nutnost zajistit ordinaci: *...nevidět celý týden nemocné dítě, to je kruté. Mám krásné zážitky z dětství, když jsme byly se sestrou nemocné a máma s námi byla doma. Musela být. Vzala si paragraf a obskakovala nás. Když to ale udělám tady a odhlásím všechny pacienty, nepřijdou mi ten týden potom. Každý je rád, že se ošetření odložilo. Jak máte potom zaplatit nájem, setřičku, přestane to vycházet a není to legrace.*

VĚRA zdůvodňuje „soukromou“ praxi své rodiny, kde veškerá zodpovědnost za dítě leží na ní, argumentací na obecné úrovni – matka je nezastupitelná, společensky významná (*„pokud toto ženy nebudou dělat, děti budou chodit po ulicích“*) a role otce je marginální, spíše doplňková: *...se asi patří, aby tam byla maminka, která děti pohladí, která uvaří večeři a dá ji na stůl, aby rodina fungovala. ... Taký si myslím, že žena maminka je na to, aby s dítětem nějak byla. Musí s ním trochu být, i když chodí do práce, alespoň večer mu to musí vynahradit. Musí mu říct, že ho má ráda a že jí a rodině nepřekáží. I když si přes den zařídí hlídání nebo jsou děti větší, bývá to tak, že je to maminka, která jde třeba s větším dítětem do kina a tak. Pokud toto ženy nebudou dělat, děti budou chodit po ulicích. Pokud nebudou od mala vědět, že je má někdo rád a že mu můžou jít domů říct, že mají průšvih nebo že s nimi nechce někdo sedět ve škole a tyto hlouposti, pokud to nebudou mít doma komu říct, třeba mamince, která zrovna žehlí a řekne mu 'tak povídej', tak to potom bude vypadat, jak to vypadá. Takže toto stojí na ženě. ... Samozřejmě, že ten otec může pomoci s nákupem, může zařídit to auto, může vyzvednout věci z čistírny, pomoci při večeři, cokoli, ale tato role matky je tam nezastupitelná. Někdy to může vzít babička nebo někdo. Já to znám z rodiny, se mnou si rodiče povídali, vlastně babička, posléze maminka, a měli na mě čas. Na mého manžela taky měli čas. Proto se nám to tak líbí a nemohli bychom se toho vzdát. Člověk má pocit, že musí pracovat, tohle a tohle nemůže, ale najednou zjistí, že se dítěti nevěnuje a že je to špatně. V tomhle to bez ženy nejde. Emancipovaná žena řekne, že je to jinak, ale toto je můj soukromý názor a názor naší rodiny. VĚRA*

Pocit, že dítě je dobře zabezpečené, je pro rozhodování o průběhu praxe zásadní. V jednotlivých fázích růstu dítěte a v závislosti na momentální rodinné situaci (vytíženosti manžela, možností a ochotě babiček, finanční situaci rodiny) lékařky neustále hledají dočasná řešení pro zabezpečení dítěte. Názory na to, co je lepší pro dítě (např. jesle, paní na hlídání či babička) se různí, práh uspokojení z nalezeného řešení je individuální. Může záviset na tradovaných názorech nebo osobních představách o péči o dítě (*V té době hlídala tchyně, byla zrovna v důchodu a byla ochotna ji hlídat. Kdybych ji měla dát do jeslí, to bych byla doma do tří let, to by mi připadalo kruté. NAĎA*), tak na tom, jak dítě snáší tu kterou péči (BARBORA - v jeslích dostal syn okamžitě zápal plic, takže si našla paní na hlídání, apod.). Při rozhodování, jak dítě zabezpečit na část dne, kdy je matka v práci, či v době nemoci dítěte, je ale vodítkem především ona individuální představa (zakotvená v obecné argumentaci – co se „má“ a ve zkušenosti vlastního dětství) o tom, co je dobré pro dítě. Pokud není z nějakých důvodů naplněna, např. babičkám se nechce (*...maminka je zastáncem toho, když sis děti pořídila, tak si je*

musíš vychovat. Zpočátku jsem si říkala, že je ta máma hrozná, ani mi nepomůže, ale pak jsem zjistila, že je to dobře, že se člověk může spolehnout jenom na sebe. KLÁRA) či se nemohou o dítě postarat, dítě je v jeslích často nemocné, špatně snáší kolektiv, nedostávají se finance na paní na hlídání nebo paní není taková, jak si ji matka představovala (KLÁRA hledala čerstvou důchodkyni, ale zpočátku se hlásily samé studentky), nastupuje řešení náhradní, takové, jaké je momentálně dostupné. Tím je také zesílen pocit špatného svědomí (již beztak existující) a pracovní ústupky ze strany ženy. Institucionální řešení, které bylo nasnadě v době socialismu, již není samozřejmostí, o tom, že našly jesle či školku (která by současně odpovídala jejich představám), vyprávějí ženy jako o štěstí: ...to bylo také štěstí, že jsme vedle domu měli mikrojesle, kde bylo šest dětí a měly na to dvě ty tety, takže se tam mluvilo jako u babičky. To bylo úplně skvělé. DENISA

Z předchozího vyplývá, že to, jak bude o dítě postaráno, řeší v rodinách lékařek matka, role otce je spíše suplementární. Matka má svou představu o tom, jaká péče je vhodná, a bere na sebe zodpovědnost ji v rámci výše popsaných možností naplnit. To se týká někdy i finanční stránky zvoleného řešení, kdy lékařky berou finanční vydání spojené se zabezpečením dětí za své: *Do toho on (manžel – pozn. aut.) nemá co mluvit, jeho se to netýká. To je otázka peněz. Otázka je, jestli vůbec ze svého čistého výdělku, když dnes paní na hlídání bere až 90 Kč na hodinu, jestli kdybych jí odevzdala celý svůj plat, jestli já vůbec ze svého platu budu schopna zaplatit pracovní sílu na hlídání. Překlene se tím to období, kdy děti jsou malé a nesamostatné a vy nepřijdete o práci. Když budete 10 let mimo obor, tak už vás nikdo nezaměstná. Je absurdní, že chodím do práce a celý svůj plat bych odevzdala osobě, která se stará o děti. Proč se potom o ty děti nestarám sama? Ještě to budu muset promyslet. PETRA; V práci se mi třeba holky divily, ale když vím, že je o ty děti postaráno, a děti ji měly rády, tak ty peníze mi nevadily. ... Na poměry v A. jsem platila asi dobře, v Praze je to něco jiného. V souvislosti s výpověďmi o tom, zda povolání lékařky je pro ženu vhodné, bylo ale často poukazováno i na finanční možnosti ze strany manžela – ve smyslu, že lékařka se může plně věnovat své profesi, pokud má bohatého manžela a může si dovolit paní na hlídání nebo sílu v domácnosti.*

S jistým vnitřním tlakem a otázkami, zda role matky je uspokojivě plněna, se lékařky vyrovnávají ve všech případech. Tedy pokud musí pracovat ve větším rozsahu, než by s ohledem na dítě chtěla (je to nutné pro udržení ordinace, pacientů, licence, z finančních důvodů nebo kvůli personální situaci na pracovišti), a zabezpečení pro dítě je nucené touto situací, stejně tak pokud se dobrovolně vzdala původních ambicí ve prospěch manželovy práce; ale i když určité ambice má (nechce zaostávat v pokroku oboru, nechce ztratit kontakt s pracovištěm, být doma ji nenaplnuje, v práci nachází větší uspokojení – viz také kapitola o prožívání mateřské dovolené). Ve všech těchto situacích potvrzuje své profesní působení či momentální nepůsobení tím, jak se jí podařilo či nepodařilo najít uspokojivé zabezpečení pro děti. Klady a zápory obojího jsou přitom neustále zvažovány a zpochybňovány. Názorná je výpověď DENISY nebo ANNY: *Zase musím říci, že já s těma holkama, dneska je jim pět a sedm, tak s nima mám vztah takový, že si myslím, že moc takových není. Asi se necítí nějak deprimované, protože když jsem s nimi byla, tak jsem se jim věnovala. Já jsem třeba přišla domů a přišla jsem sice v šest, ale ty dvě hodiny jsme spolu prostě intenzivně komunikovaly a*

pak šly spát a pak jsem si začla dělat nějaké takové ty věci. Víkendy, pokud jsem neměla něco tady, co se muselo dokončit do pondělka, to bylo tak jednou za tři měsíce, tak jsme víkendy trávily spolu a sportujeme spolu a jezdíme spolu na kole a prostě běhám za nimi, když se učí jezdit na kole, nemám na to nikoho a ony jsou na mě hodně fixované. Třeba minulý týden jsem byla v zahraničí a maminka mi říkala, že se jim tak hrozně stýskalo, prostě nejsou zvyklé na to, že by byly bez maminky, to ne. Když mám třeba službu, že ten den nepřijdu domů, tak to už tři dny předem říkají: "Jé, to už zase nebudeš doma." Takže prostě fixované na mě jsou a díky takovým věcem, jako jsou třeba školy, hudebky a tak, to zvládáme. Je to někdy na úkor už mě, ale já prostě věřím, že se to člověku jednou vrátí a že pochopí, že do těch dvou prací jsem taky chodit nemusela. Já jsem měla také výhodu v tom, že když jsem se s manželem rozváděla, tak jsem byla ve velmi přátelském vztahu s tchýní i s tchánem. Takže hlídala a vyzvedávala i ona a do dneška občas vyzvedne a hlídá a nikdy ty děti proti nikomu nepopuzovala, vždycky se naopak snažila vysvětlit, proč jako já tam nejsem nebo proč táta s nimi není. A ony jsou takové samostatné. My je také moc nerozmazlujeme, takže taky dostanou, ale také chci ty děti pomazlit, bez toho to nejde, ale jako myslím si, že ten vztah máme dobrý. To víte, někdy to přijde líto, že s nimi nejste od rána do večera. Na druhou stranu máte kamarádky, které doma jsou, třeba primářova žena ta byla doma sedm let, ale já to prostě nechápu, já bych nemohla být doma. DENISA

Myslíte si, že kdybyste měla jinou práci, kdy byste věděla, kdy skončíte, šla byste domů s čistou hlavou, že by to bylo lepší třeba pro děti? *No, to určitě. Já si teď ani nedovedu představit, jaké by to bylo, ale to určitě. Protože moje jedenáctiletá dcera si píše deníček, tuhle jsem ho četla, a píše si tam, jak na ní maminka pořád nemá čas, protože pořád jezdí někde po pojišťovnách, po bankách, po úřadech a já čekám na ní v autě, až si to tam vyřídí. Takže asi vidím, že pro to dítě by bylo potřeba, abych mu s čistou hlavou to odpoledne věnovala. Ale to si dneska může dovolit už málokdo. A myslíte, že by pro děti bylo dobře, kdybyste byla třeba žena v domácnosti? Pro děti by to určitě dobře bylo, ale já si myslím, že kdybych byla doma, tak bych neměla ten pocit, který mám z té práce, toho uspokojení a že bych byla asi hodně protivná. ANNA*

Zde samozřejmě chybí autentická výpověď otců o jejich pocitech spojených s otcovstvím a zabezpečením dětí v závislosti na práci. Víme velmi málo a navíc zprostředkovaně o tom, jak a zda vůbec otcové řeší „svůj“ vnitřní tlak podobný tomu, který zažívají zkoumané lékařky. Z výpovědí lékařek o praktickém chodu domácnosti a rolích v rodině můžeme odvodit faktické zapojení otců do problémů kolem zabezpečení dětí, nikoliv jejich vnitřní prožívání těchto záležitostí. Z faktu, že časovou zátěž praktického zajišťování péče o děti berou ženy na sebe, lze ovšem usuzovat, že jejich manželé přinejmenším neřeší dilema, jak být dobrým rodičem a držet při tom krok s profesí. Situace, kdy muž zažívá pocit určité frustrace při celodenní péči o dítě, podobně, jak o tom hovoří některé lékařky, je popsána pouze jednou v případě BARBORY, kdy manžel po roce převzal mateřskou dovolenou: *My jsme se sem přestěhovali, takže jsme neměli ani známé, ani kamarády, v podstatě manžel byl celý den zavřený s malým doma, neměl si s kým promluvit, až když já jsem přišla z práce.*

Na tomto místě, poté, co bylo popsáno, jak role matky determinuje pracovní dráhu, je potřeba zmínit i opačný pól – jak profese lékařky intervenuje do života a organizace

rodiny. Mnohé lékařky zmiňují, že přizpůsobit se musela celá rodina, bylo nutno se „sehrát“, zapojilo se i širší příbuzenstvo, zvláště babičky:

Ted' už ho tolik neovlivňuje (její práce rodinný život – pozn. aut.), ted' už jsme se sehráli. Ale muselo se to vlastně všechno přizpůsobit té práci. ANNA

Kdo Vám pomáhá s dítětem? *Babička s dědečkem, občas švagrová, protože má také malou holčičku. No, manžel také. No a manžel a bratr mi pomáhají se všemi těmi akcemi úřednickými, protože to by se nedalo stihnout. A můj táta, ten dělá veškeré ty účetnické věci na počítači pro pojišťovnu, tak pro zjišťování všeho možného. Maminka, ta se mnou chodí na banku, takže ta se mnou obstarává ještě tohle. CECÍLIE*

Všichni se snažili a pomáhali. Manžel je bezvadný. Taky babičky, bez nich bych neměla šanci. SOŇA

Dřív jsme se s manželem střídali ve službách a bez babiček by to nešlo. To byl chaos, cirkus na kolečkách. Z jedné služby přišel manžel, já jsem šla do druhé, vyřizovali jsme si vzkazy po telefonu. To byl jeden z důvodů, proč jsem změnila svou lékařskou dráhu. Od této mé změny se vše výrazně změnilo a zklidnilo. ZORA

Jo, to mi pomáhala (rodina – pozn. aut.), manžel mi hodně pomohl. Třeba s vypisováním všelijakých těch papírů. On je právník, takže se vším tímhle mi poradil. My jsme se vlastně takhle dohodli, že já budu vlastně dělat jen tu svoji práci a on zařídí všechny ty věci okolo, ale to víte, tak úplně to tak není. DIANA

Moji rodiče, u kterých bydlím, jsou velkorysí. Pomáhají mi tím, že mi hlídají dítě. Nejsou z toho nadšení, že musím být tolik v práci. Některé věci nestíhám. VĚRA

4.2. MATEŘSKÁ DOVOLENÁ

Realizace a postoje k mateřské dovolené byly reprezentovány v několika rovinách. V původním obecném kódu „mateřská dovolená“ se vynořily kategorie: *možnost mít mateřskou dovolenou, délka, prožívání mateřské dovolené, postoj zaměstnavatele, udržení odbornosti, zabezpečení dítěte po mateřské dovolené.*

V první řadě zde figurovala nemožnost si vybrat či „užít“ mateřskou dovolenou podle vlastních představ, je to „veliké riziko, protože máte klientelu a ta vám někam k někomu odejde. Ten jí buď vrátí, nebo nevrátí. Prostě nevíte, co vás čeká potom.“ ANNA

ANNA chtěla být na mateřské alespoň rok, což se jí „nepovedlo, a proto to byla v těch začátcích té privatizace hodně velká křeč. To jsem měla až takové psychiatrické problémy, měla jsem pocit, že to prostě nezvládnu.“

...bohužel v tomto státě ted' není možné mít normální mateřskou dovolenou, takže vlastně, i když jsem byla na rizikovém, i když jsem všechno možný nesměla dělat, tak pan doktor mě musel zastupovat v té léčebné a preventivní části, ale to papírování a pojišťovny a úřadování jsem všechno dělala doma já s tím malým dítětem. No a ten pan

doktor je teď už starší pán, takže tu celou ordinaci už nezvládá, tak jsme se domluvili na pár dnech v měsíci, kdy by to snad jako šlo, že by to zvládnul... CECÍLIE

Ale já jsem během té mateřské chodila, domluvila jsem si, abych nevypadla z toho oboru, měla jsem strach, že to všechno zapomenu, ... když bylo V. rok a půl, tak jsem začala chodit jednou týdně do práce a nakonec, to jsem si domluvila na té poliklinice, nakonec jsem tam chodila úplně zadarmo. Už se to tam změnilo a už mě nemohli nějak platit, tak jsem tam chodila pomáhat těm zubařům a ten poslední půlrok už úplně zadarmo. DIANA

V podstatě na mne už spěchali, abych se už vrátila. Už z personálních důvodů. Ale i kdybych se nevrátila, tak asi o to místo bych nepřišla, ale šla jsem hned. GABRIELA

Mohla jsem být doma tak dlouho, dokud jsem měla na účtě peníze, abych mohla platit splátky. Bylo to takové vypjaté a navíc jsem měla starost o to, aby nezmizela klientela. Dále zaměstnání pro sestru a odpovědnost vůči ní, protože ona by ztratila příjem. ... Bylo v podstatě plánováno, že budu doma chvíli. Tlak byl spíš ten, jestli bych nemohla zůstat ještě nějaký týden doma. Mám štěstí na rodinu. VĚRA

V rovině prožívání samotné mateřské dovolené zde vystupovala frustrace ze stereotypu, pocitu uvázanosti, ženy pociťovaly nedostatek profesní stimulace, nebezpečí, že neudrží krok s oborem. Lékařky se často na mateřské dovolené soukromě vzdělávaly či docházely na minimální úvazky do zaměstnání, zpět do práce se těšily. Např. MARTA k tomu říká: *Děti jsou fajn, mám je ráda, ale bylo to na mne příliš jednotvárné, málo tvůrčí a ubíjející, člověk nevidí téměř žádný výsledek své práce. Trvale bych nechtěla být v domácnosti. Bylo dobré, že jsem mezitím na chvíli v té práci byla. Mám tady kolegyni, která měla dvě mateřské za sebou, čili 6 let doma a ještě nějakou dobu nemocná, čili 8 let a to vidím, jak kontakt úplně ztratila a má problémy. Pokrok je hrozně rychlý i v psychiatrii, léky jsou jiné, vyšetřovací metody jsou jiné, spoustu věcí se člověk musí naučit znovu. Co jsme se učili na škole, už z 80% neplatí. Změnila se i klasifikace nemocí, do toho je pak taky problém se zapracovat. ... Tehdy to bylo pro mě přínosem, protože jsem těžko nesla to, jak jsem doma to fyzicky nezvládala. ... V práci to bylo duševně přínosnější.*

Na druhé straně a méně často pak byla mateřská dovolená popisována jako krásné období či úleva oproti práci: *Bylo to tam fajn, ale později, když jsem začala sloužit, tam člověk sloužil sám, tíha odpovědnosti byla velká, opravdu jsem se modlila, abych nastoupila na mateřskou. Což se mi povedlo, v listopadu následujícího roku jsem odešla. To bylo po takových peripetiích, kdy tam člověk byl sám, zkušený byl na telefonu, a když tam někoho přivezli, tak se to ve mně sevřelo, to bylo nepříjemné, takže jsem se na mateřskou těšila. KLÁRA*

Některé ženy pociťovaly v práci těžkosti, které byly důsledkem toho, že odešly na mateřskou dovolenou. Nemohly se vrátit na původní místo (např. SOŇA) nebo měly zhoršené podmínky profesního uplatnění, např. BARBORA: *Nabyla jsem takového dojmu: ona si dovolila jít na mateřskou, takže teď nemusí. Takže jsem v podstatě dělala jenom ambulantní záležitosti. Ale potom, když přišel zase nový doktor, tak jsem se*

snažila hodit trošku na něj, jako když se učí, tak ať se naučí také ty ambulantní věci a vysloveně jsem, když se dělal operační program, tak jsem řekla: chci tam, chci. A to je do dneška: chci tam, chci dělat tohle to a tohle to.

Jinde bylo problémem těhotenství: *to jsem tam nikomu tedy neřekla, protože jsem nechtěla, aby to někdo věděl. Nevím, možná, že jsem tenkrát měla strach, že k tomu budou přistupovat tak, že na mě budou mít vztek, ale prostě, aby mi to nedali nějak sežrat při těch státnicích. ...to nás tam bylo víc, které jsme měly dítě, já jsem kvůli tomu na rok přerušila. Říkali nám třeba maminy, tak co maminy, ale jako nikdy jsem neměla pocit, že kvůli tomu, že mám dítě, že jsem vdaná, že by ke mně přistupoval někdo... DIANA*

Bylo nás tam šest (při atestační zkoušce – pozn. aut.), byla tam kolegyně, která byla v pokročilém stádiu těhotenství, tu vyhodili hned na začátku, aby neovlivňovala komisi, ať si přijde někdy jindy. Což nás ostatní šokovalo. To jsem si říkala, i kdyby vůbec nic neřekla, tak za to, že tam přišla s tím břichem a má doma další malé dítě a že vůbec se odhodlala tam jít, tak jí to měli napsat. KLÁRA

Tabulka 2 Charakteristika průběhu mateřské dovolené podle respondentek⁵

pseudonym	délka m. d.	charakteristika průběhu mateřské dovolené
ANNA	méně než rok	Je to riziko pro praxi; „tlačila práce“, takže nemohla dodržet plánovaný rok doma; tři roky by doma ale nevydržela „ani náhodou“, práce je pro ni velmi důležitá. „Pro děti by to určitě dobře bylo, ale já si myslím, že kdybych byla doma, tak bych neměla ten pocit, který mám z té práce, toho uspokojení a že bych byla asi hodně protivná.“
BARBORA	rok, pak 9 měsíců manžel	Otěhotněla neplánovaně, do práce chtěla co nejdříve, protože při nástupu slíbila, že dlouho mít děti nebude. Do práce šla, když získali byt – kvůli komplikovanému dojíždění. Po manželovi péči převzala paní na hlídání.
CECÍLIE	rok a měsíc a půl včetně rizikového těhotenství	Není možné si vybrat „normální“ mateřskou dovolenou, pracovala v době rizikového těhotenství i mateřské dovolené, protože ji neměl kdo zastoupit.
DENISA	první dítě půl roku, druhé tři čtvrtě roku	S prvním dítětem po půl roce začala sloužit, plný úvazek nastoupila po roce. Mateřskou si „neužila“, učila se na atestaci, péče o děti byla z různých důvodů náročná.

⁵ Tabulka zahrnuje 17 respondentek, zbývající tři byly bezdětné.

pseudonym	délka m. d.	charakteristika průběhu mateřské dovolené
DIANA	skoro tři roky	Jedno dítě měla na škole, druhé těsně po škole. Aby nevypadla z oboru (neměla po škole žádnou praxi), chodila v době mat. dovolené jednou týdně do práce, poslední půlrok zadarmo.
GABRIELA	dva roky	Spěchali na ní z personálních důvodů, místo by zřejmě neztratila, kdyby nevyhověla, přesto šla hned.
HANA	na mateřské celkem 4 roky	V průběhu m. d. pracovala na dohodu o pracovní činnosti, rozsah práce ale nikdy nebyl takový, aby přesáhl příjem, kdy stát přestává platit m.d.
IRENA	momentálně doma	Rozvázala pracovní poměr z důvodu odjezdu celé rodiny do zahraničí, kde pracoval manžel jako lékař, má tři děti, poslední se narodilo v zahraničí, nyní je na „neplacené dovolené“. Nástup do zaměstnání záleží na pobytu manžela v zahraničí, nyní je „prostě matkou tří dětí“.
KLÁRA	necelé čtyři roky s oběma dětmi	Chtěla jít co nejdříve na mateřskou, po náročné práci a velké odpovědnosti byla mat. dovolená úlevou. „... <i>opravdu jsem si to užila, vychutnala jsem si to se vším všudy, pečení, vaření, taková ta slepičí práce. Musím uznat, že mě to bavilo.</i> “ Když se ale den stal „údržbou a stereotypem“, pociťovala potřebu jít do práce.
MARTA	1. dítě rok a půl, 2. dítě 3 roky	Téměř 5 let bylo „dost dlouho“, práce je „duševně přínosnější“, doma je to „ubíjející“, „není vidět výsledek práce“, v domácnosti by být nechtěla.
NAĎA	20 měsíců	Po čase zjistila, že ji to nebaví, že „už mluví jen o těch plenkách“, byl „nejvyšší čas“ jít do práce. Kdyby neměla hlídání, zůstala by doma tři roky, jesle jí připadaly „kruté“.
OLGA	od 90. do 96. roku	Když měla roční dítě, dostala nabídku na čtvrt úvazku, bylo to „výborné“, protože se naučila pracovat s počítačem a používala angličtinu. „ <i>Abych u dětí nezblblá, tak pořád studuji.</i> “
PETRA	na mateřské od r. 95	Dvě děti, mladší se narodil v zahraničí, kde pracoval manžel ve vědeckém výzkumu, m. d. „patří k nejkrásnějším zážitkům života“, nastoupit bude muset dřív než za dva roky, aby nepřišla o licenci, což „patří k chmurným vizím“. Občas jde na kurz nebo zastupuje kolegy.
SOŇA	3 roky	Mateřská byla „ <i>moc krásné období, ráda na to vzpomínám, nepatřím mezi ty, kdo říkají, že se nudily</i> “. Neumí si ale představit, že by zavřela praxi a šla domů s dalším dítětem. Po mateřské ji nechtěli zpátky na původním místě.

pseudonym	délka m. d.	charakteristika průběhu mateřské dovolené
TATÁNA	na mateřské od srpna 98	Po mateřské se chce vrátit na původní místo, ale omezit počet služeb, manžel je lékař a oba „nemohou dělat totéž v původním rozsahu“.
VĚRA	4 měsíce	Krátká mat. dovolená byla plánovaná předem z finančních důvodů, hlídání obstarala babička, která podniká.
ZORA	dítě v šestém ročníku	V roce 90 už nastoupila do práce, protože se těšila. Těhotenstvím v závěru studia „se vyřešilo několik problémů dohromady“, protože pak již pracovala bez přerušení.

4.3. ORGANIZACE RODINNÉHO ŽIVOTA, DOMÁCÍ PRÁCE

Intervence profese do rodinného života a stejně tak vliv rodiny na pracovní dráhu jsou dobře patrné v rozdělení rolí mezi partnery a v organizaci chodu domácnosti. Z tohoto hlediska lze soubor interviewovaných lékařek orientačně rozdělit do tří skupin: **1- volné a rovnoměrné rozložení domácích prací; 2 - partner se účastní, ale větší podíl má žena; 3 – domácnost obstarává pouze žena.** Nejde pochopitelně o objektivní zkoumání rozložení domácích prací, ale o subjektivní hodnocení účasti partnera ze strany ženy. Nevíme, jak by podobné zkoumání dopadlo, pokud bychom se zaměřili na sledování času skutečně stráveného zabezpečováním chodu domácnosti a péčí o děti oběma partnery. Zejména první a druhá skupina našeho orientačního dělení je z tohoto hlediska problematická. Žena vnímá účast partnera jako odpovídající a hodnotí ji pozitivně („pomáhá“, pracuje, „když nestíhám“, „když nejsem doma“, „když jsem unavená“) nebo dělení prací není dané a oba pracují „jak má kdo čas“ a objektivní náhled na skutečnou časovou investici do domácnosti v podstatě chybí. Někdy má partner vybrané určité činnosti, které provádí pouze on, nebo naopak, které „nesnáší“. Pokud se muži podílejí na péči o děti, berou na sebe většinou jejich sportovní a zájmové aktivity. Některé ženy uvádějí, že na úkor některých prací v domácnosti věnují raději více času partnerovi a dětem, nebo je pro ně lepší udělat je, než se rodina sejde doma, aby pak už nebyla ničím rušena. Některé ženy dospěly k názoru, že „domácnost se dá ošidit“, není třeba stihnout všechno, co dělají například kolegyně (viz NAĎA). Zmiňován byl i vliv rozložení rolí v původní rodině – například JULIE vděčí za partnerův postoj vůči domácnosti tomu, že je z domova zvyklý pomáhat, protože jeho matka byla handicapovaná, a porovnává se svou zkušeností: *...mám bratra, spoustu kamarádů, kolikrát jsem slyšela, to jsou ženské práce. Jestliže já pracuji tady a vím, že by mi doma chlap s ničím nepomohl, tak musím ve tři hodiny vypadnout, abych to stihla, protože mám dva pracovní úvazky na plný úvazek a kde v tom mám být ještě já a ty děti jsou ještě velký kus navrch. ... Např. paní doktorka D. má skvělého manžela, jeho bavi spíš domácnost a ona se realizuje tady.*

NAĎA si z rodiny přinesla odstrašující příklad: *U nás se spíš rozdělovaly úkoly, já jsem vynášela koš a rodiče se o to dělali, mamka to dokonce zapisovala do kalendáře, třeba kdo umyl nádobí. I se kvůli tomu hádali. Já jsem si spíš odnesla, že to takhle dělat*

nebudu. Normálně mám tak uklizeno, že se nesmí nikde nic povalovat, u našich byl spíš takový organizovaný chaos. Oni jsou taky trochu bohémové, všude se válely knížky, tam pletení, tam ponožky. A je to tam i teď. Když k nim přijdu a oni mi začnou něco odhrnovat z křesla, abych si měla kam sednout, tak to mi vadí. Oni měli ještě oddělené peníze, nevím proč, každý měl svůj plat a měli zhruba stejný příjem. Otec platil nájem a všechny ty poplatky, máma zase kupovala jídlo a taky se kvůli tomu hádali. Protože to jídlo bylo pořád dražší a dražší a nájem byl pořád stejný. Tak to jsem si taky říkala, že takhle ne.

Na účast partnera v péči o domácnost se může spolehnout polovina lékařek. U druhé poloviny (viz třetí skupina v tabulce) se partner neúčastní vůbec nebo má jeho pomoc epizodický ráz, patří sem také rozvedené ženy (HANA, DENISA). To, že domácnost je v rodině záležitostí ženy, vyplývá jednak z celkové obecné představy ženy o rozdělení mužských a ženských rolí, kdy za těžiště pro ženu je považována rodina (VĚRA), nebo je dávana přednost manželově práci (IRENA, PETRA). V případě DIANY je to výsledek dohody manželů, že ona bude méně pracovat, aby se mohla věnovat rodině.

Nejdůležitějším faktorem u této skupiny žen je ovšem hodnocení tohoto stavu samotnou ženou, je-li žena v takto orgnizovaném soužití spokojená, existuje-li dohoda mezi partnery, přijímá-li žena svou roli pozitivně nebo alespoň ne negativně (LADA). Nespokojenost se objevila u OLGY a jisté pochybnosti i u PETRY, která ovšem jinak náročné práci svého manžela zcela přizpůsobila (už výběrem svého oboru): *Od začátku, co jsme spolu začali chodit, směřuji k tomu, abych podporovala svého manžela. Jak jste k tomu dospěla? My jsme oba z hodně podobných rodin - kulturně, sociálně i příjmově. Pro nás nebyl problém velmi rychle rodinu zharmonizovat. Obě rodiny byly velmi tradiční, otec vysokoškolák, matka středoškolačka, matka se tedy starala o krb a děti a otec budoval kariéru - v uvozovkách – protože za bolševismu ani jeden z nich žádnou kariéru vybudovat nemohl. My jsme tento model převzali a teď je mi trochu těsný, protože úplně nehraji roli našich matek, které naplňovaly jen děti a domácnost.*

V následující tabulce jsou pro názornost shrnuty výpovědi žen o organizaci chodu domácnosti:

volné, rovnoměrné	BARBORA	<i>Nemáme rozdělené úkoly. Je to chlap. Když vezmu takový všední den, tak já většinou ráno odprovázím malého do školky, manžel ho odpoledne vyzvedává, potom tak napůl, manžel třeba udělá studenou večeři, než já třeba malého umyju, převléknu a tak dále. Pak se uklízí a tak to buď dělá každý sám, nebo to děláme dohromady, i když si často přitom jdeme pořádně na nervy. Jako normálně, když se jeden druhému motá pod nohy. Nemáme to nějak extra rozdělené. Ale tak spíš manžel uklid v domácnosti a já vaření a tak, i když on je schopný uvařit. Ale on spíš tu techniku a já to ošacení a tak, jinak se podělíme společně.</i>
	CECÍLIE	<i>Manžel chodí v poledne na obědy, takže večere jsou studené. Moje maminka většinou vaří takové rychlejší obědy tátovi a já malému buď den dopředu, nebo se udělá vývar, polévka atd. Takže je to vlastně všechno dopředu připraveno a pak se narychlo dělá jenom nějaké jednodušší jídlo. Jinak v sobotu a neděli se v domácnosti normálně vaří, s tím, že pokud je hezky, tak se jde s malým ven nebo na zahradu. A úklid domácnosti. Já žehlení a takové ty věci. Kdo má zrovna čas, tak něco udělá. Když potřebuji hodně rychle udělat papíry, tak jdu dělat papíry a manžel zase něco udělá. Ale to většinou nehoří, ty papíry, takže s malým trochu. Když je malý nemocný, tak to je trošičku zmatek a všechno trošičku vážně. Mám abnormálně divoké dítě, takže když ho necháte chvíli sami, tak máte z domu kůlničku na dříví. To je trochu problematictější. Ale také si vydrží chvíli sám hrát nebo komunikovat, když jsem třeba žehlila, tak si prohlížel knížku a povídal si s ní. Jeden z nás nějakým způsobem komunikuje, nebo si s ním hraje. To se dělí podle toho, jak kdo má momentálně čas. Takže to znamená, že všechno neleží pouze na vás ... To by ani nebylo zvládnutelné.</i>
	TATÁNA	<i>Dítě mi zabírá čas, domácnost jsem vyřešila tím, že jsem se rozhodla, že některé věci nemusím udělat. Zezačátku jsem se tím trápila, ale pak jsem zjistila, že je lepší se vyspat. Například nemusím každý den zametat a podobně. Jídlo a prádlo nešidím, ale to ostatní se snažím nepřehánět. ...Spíše si to rozdělíme. Kdo je zrovna volný, ten se věnuje nějaké práci. Čistě jeho práce je vynášení koše, to jsem snad nikdy nedělala. Není třeba schopen všechno uvařit, ale když mám práci kolem dcery, není pro něj problém udělat cokoli. Nezvládá žehlení, to nedělá. Mytí nádobí, luxování, vytírání podlah, mytí koupelny, věšení prádla, přebalování dítěte, to zvládá v pohodě. Cítí, že to je jeho zodpovědnost, nebo vykonává tyto práce až na Váš popud ? On sám. Bylo takhle vždycky, i před tím než se dcera narodila. Trochu jsem se toho obávala, ale postoj mého manžela mě překvapil. Byli jsme spolu dlouho sami a mohli jsme si dělat, co jsme chtěli. Mohli jsme jet kamkoliv, jít do kina kdykoliv a na to si člověk zvykne. Změna je to náhlá, ale taková samozřejmá a nijak nám to nevadí. Manžel se v péči docela vyžívá. Ani jsem to nadšení nečekala.</i>
	WANDA	<i>Přítel mi pomáhá. ... Jak kdo má chuť. Některé práce on nesnáší, tak to dělám já, ale jinak... Nesnáší mytí nádobí. Ale například rád vaří, luxuje. Tak to mu přenechávám s radostí. Ostatní dělám většinou já. Ale domácnost pro dva nezabere tolik času.</i>
	JULIE	<i>Můj partner bere moji práci jako velmi důležitou a je zvyklý, protože jeho maminka byla na půl těla ochrnutá, i když to nebylo moc vidět, tak to byl handicap, tak byl zvyklý doma pomáhat. Když vidí, že jsem unavená, tak to udělá a nebo prostě to není, protože nás to nenutí a kdyby to muselo být, tak to udělá ten, kdo na to má víc času nebo síly nebo společně. Kdybych měla někoho, kdo by ode mě vyžadoval, abych ho oprašovala jako kojence, tak by se mi to dělalo docela špatně.</i>
	SOŇA	<i>Ne, ne, on vyzvedává ze školky! Ted' už rok a půl pracuji v pondělí a v úterý odpoledne. To znamená, že se vracím domů kolem desáté večer. Do devíti děláme, někdy se to protáhne. Mám ale volné dopoledne, což je dobré, protože nemusím uklízet, když jsou všichni doma. Dá se leccos zařídit a nějak to zvládnout. Když se pak všichni doma sejdeme, nemusí se luxovat a vytírat a tak. V pondělí vyzvedává ze školy tchyně a v úterý chodí manžel dřív z práce s tím, že to nadělává jindy v týdně. Napíšu spolu úkoly a jdou spát. Já jim z práce volám, kontroluju. Ve středu a ve čtvrtek končím ve tři, takže jdu pro syna já. Pátek je na střídačku, to už se někdo vždycky najde, kdo může, babička nebo tak. ... Ano, manžel pomáhá. Máme rádi, když dělají oba nebo si oba sednou, abychom si to užili. V pondělí a v úterý nějakou tu večeři udělat musí. Někdy mají něco přichystaného, někdy mají popis práce, jak to uvařit. Co nedělá zásadně, je žehlení. To už by si připadal, že už dělá opravdu všechno. Žehlil prostě už pro pocit nebude. Pleny jsem nežehlila ani já. Za nás "pemprsky" ještě nebyly, ale normální pleny jsem nežehlila. Jinak dělá manžel všecko. Myslí i na to, co má dítě mít do školy.</i>

s větším důrazem na ženu	MARTA	<i>Je to náročné, zvlášť když můj muž pracuje v nahrávacích studiích, dělá zvukového režiséra. Ta práce je dost nepravidelná, třeba 14 dní pracuje, pak má 4 dny volna. Neví to ani dostatečně dopředu, takže se nám špatně plánuje dovolená. Běžný provoz řešíme průběžně, kdo třeba půjde s dětmi do kroužku, když má manžel volno, tak to zařizuje on, to já mám jakoby volněji. Ale v době, kdy je pryč, tak kromě toho, že jsem v práci, tak musím s holkama objet kroužky atd. Babičku nemám ani jednu pražskou. Manželova maminka je navíc po operaci kyčlí, ale čas od času nám pomůže, když jsou holky nemocné, tak u nás na týden třeba zůstane. Většina péče o domácnost je na mně.</i>
	GABRIELA	<i>Tak manžel se účastní, pomáhá mi a konkrétně to nevím. Prostě když je doma, tak co je potřeba, mi pomůže. Jinak v podstatě hlavní péče o domácnost spočívá na mně. I když máme paní na hlídání, takže třeba můžu mít práci přesčas nebo se zdržet, a to dítě není poslední ve školce a nebrečí tam.</i>
	NAĎA	<i>Nechám tomu volný průběh. Kolegyně čtyřicátnice, ty navaří rodině na celý víkend. To já rozhodně nedělám. Spíš zajistím, aby babička vyzvedla dítě, spí u nich do soboty, pak si ji manžel ráno vyzvedne, pak ji třeba dá mým rodičům, většinou za mnou v sobotu večer přijede do nemocnice, abysme se taky potkali, pak si ji zase vyzvedne a v pondělí ráno ji dává do školky. Největším problémem je zabezpečit to dítě. ... Babičky mám tady obě, ty naštěstí pomáhají. ... Ty nemáme rozdělené vůbec (domácí práce – pozn. aut.). Občas manžel něco uvaří přes víkend. Práce na domě, to ano, ale že by luxoval to ne. Manžel ráno odjíždí do práce a vrací se v 7 a já končím v 14.30, to bych si připadala jako blázen, kdybych nad ním stála, jestli umyje to nádobí. Jsem ráda, že si spolu sedneme a povídáme si, že máme chvíli pro sebe. Já mám odpoledne dost času tady uklidit. ... S manželem se shodnete? Ano. Můžete vytipovat oblast, kde máte nejvíc rozdílné názory? Vždycky jsou to kompromisy, někdy ječíme, protože jsme oba berani, ale vždycky to vyřešíme.</i>
	ZORA	<i>Ze dvou třetin na mně, z třetiny na manželovi. V dělení nemáme hranice, když nejsem doma já, pracuje manžel. Když jsem doma, tak taky něco dělá. Úkolujete manžela nebo domácí práce dělá sám od sebe? Snad ani ne, asi pracuje sám od sebe. Máme některé práce, které dělá jen on nebo zase jenom já. Kdo se stará o dítě? Oba stejnou měrou. Domácí úkoly jsou na mně. Naše dítě hodně sportuje, takže jeho odvozy a pobyty s ním na tom sportu hodně obstarává manžel.</i>

pouze žena	VĚRA	<i>Odvést, přivést, svačina, vykoupat, všechno já. Zůstane to tak, nestěžujete si? Někdo to udělat musí, takže třeba já. ... manžel téměř není doma, takže ten je mimo. Jinak vařím, uklízím. ... Manžel by dělal, kdyby měl čas. Pokud má čas, tak třeba vyluxuje, vytře, ale není to pravidlo. Nemáme to rozdělené jako, že ten dělá to a ten to. Prostě jak to den přinese. Pokud není na služební cestě nebo nemusí spát, možná uklidí.</i>
	ANNA	<i>Když mi slíbíte, že to nebudete pouštět manželovi, tak doma dělám všechno já. No, ono je to totiž tak. My máme ty ordinální hodiny, neděláme ty 42,5 hodiny týdně, ale máme oficiálně napsanou asi 36,5, ale v podstatě se to dělá tak, že pokud jsou pacienti, tak se dělají. To dneska pociťuji oproti těm ostatním oborům jako velkou nevýhodu, protože já mám pocit, že já tady prostě musím být. A když jdete do krámu v pět, tak oni už ve tři čtvrtě vytírají a v pět vám zavřou soukromý, nesoukromý. To v tom zdravotnictví nejde, takže jsme tu, dokud nás potřebují. ... Domácnost leží na mně. Ale abych řekla pravdu, já zase nemám ráda, když mi manžel do toho zasahuje, radši všechno dělám sama. ... Organizuji to já, ale taky mu občas rozdělím nějaký úkol. Tady je spíš ten problém ráno s odvážením dětí do školy, do školky, proto já mám ráno od osmi hodin. Nicméně, všichni kolegové, kteří už mají děti dávno odrostlé, mají ráno také od osmi hodin. A odpoledne je zase sbírám a odvážím je na pohybové výchovy a podobně. ...jedu pro jedno dítě, to potom беру do sokolovny, kde mám druhé dítě, čekám až skončí trénink, něco si mezitím nakoupím a s tím vším se každý den přiválím kolem šesté hodiny domů. Takže nevím, jestli mám dřív vařit, nebo rozbírat ty papíry. Nechodím teda spát před dvanáctou.</i>
	DIANA	<i>O domácnost se starám vlastně jenom já, tedy, to máme domluvené, protože já chodím mnohem dřív z práce, takže na to mám čas. On tedy nedělá prakticky nic, stará se o auto, to já se nestarám, ani vnitřek neuklízím, nic. Auto má na starosti on. ... No, já bych řekla, že o ty děti se staráme tak na půl, já se starám tedy víc o to učení, o ty úkoly a tak, ale třeba s dětmi na trénink jezdí on, myslím, že je to tak, on se jim také hodně věnuje na tom tenise, že s nimi hraje. O to učení spíš já tedy a o ten sport tak na půl, on tedy víc.</i>
	HANA	<i>Pomáhá vám někdo s domácností? S domácností ne. Ale na to pohlídání mám. Mám takového přítele, není to moc těsné přátelství a kamarádku mám. Tak ti mi děti pohlídají.</i>
	IRENA	<i>Vy se staráte o chod celé domácnosti? Ano. ...Víceméně tady doma asi maminka (pomůže s domácností – pozn. aut.), když bych ji požádala, ale maminka bydlí jinde. Ale říkám, že jsme tady opravdu na tři měsíce a odjíždíme zpátky. No a v zahraničí se starám o děti já. Mám pomoc spíš s takovým úklidem určitou malou, ale to jenom velký úklid, ale co se týče dětí, tak se starám já.</i>
	KLÁRA	<i>Většinu si zařizují sama. ... Moje maminka je sice důchodkyně, je jí 65, pracuje pořád, je pořád velice aktivní, tatínek taky pracuje a myslím si, že ač máme vztahy dobré, že maminka je zastáncem toho, když sis děti pořídila, tak si je musí vychovat. Zpočátku jsem si říkala, že je ta máma hrozná, ani mi nepomůže, ale pak jsem zjistila, že je to dobře, že se člověk může spolehnout jenom na sebe. Je fakt, kdyby člověk vážně onemocněl, kdyby potřeboval o děti trvale pečovat, to by pomohla. O prázdninách si je bere na potěšení, bere si je na dovolenou. Jede s nimi k moři, bere je na hory, ale na denní starosti to jsou vaše děti. Což je podle mě správné.</i>
	OLGA	<i>Z tohoto hlediska se na něj nemůžu vůbec spolehnout. Prostě nemůžu s ním počítat, co se týče domácích prací a co se týče starání o děti. Někdo má třeba muže, který je ochoten se střídat. Mám kamarádku s ročním dítětem, který jsou dohodnutý, že budou dělat oba na půl úvazku a budou se střídat. Jsou takové páry. Já navíc jsem si k medicíně nevybrala vhodného partnera, on mě v tom nikdy nebude podporovat. ... Člověk musí vědět, co je důležitější, děti mají nadání na muziku, chodí zpívat do sboru, takže s nimi pořád někde lítám, na uklizení už ani není čas. Je to fojfr, ani nevím, jestli to zvládám. Někdy mi pomáhá babička. Mám mámu, která ještě pracuje, ale když přijde, tak mi třeba vytře, je strašná puntičkářka, takže nemůže přežít, jak to tady vypadá, ta se mi snaží pomoci. Manžela si nepamatuji, že by třeba vzal lux. Babička funguje, relativně funguje. Já zůstávám pátky a pondělky dále v práci, tak pondělí chodí babička.</i>
	PETRA	<i>Domácnost teď zcela leží na mých bedrech. Manžel je hodně v cizině, teď byl třeba 3 měsíce pryč, tak to jsem vlastně samoživitelka, na všechno jsem sama. Když už je tady fyzicky přítomen, tak má stejně tak málo volného času, že když už nějaký má, tak ho věnuje většímu chlapečkovi, ale třeba domácí práce jsou stoprocentně na mně. ... On asi těžko ve svém věku ze svého modelu života vystoupí, po tolika letech manželství já už nemůžu udělat žádnou revoluci. Je mi jasné, že teď ho přinutit, aby mi pomáhal v domácnosti, nelze. Takže ten problém budeme muset vyřešit tím, že získáme nějaké finance na to, aby nám někdo pomohl. Pomoc od rodičů nemůžeme očekávat ani od jedněch, budeme si muset zaplatit nějakého člověka, který nám bude pomáhat.</i>
	LADA	<i>Samozřejmě, že se cítím vytížená domácností a samozřejmě jsou práce, které ten partner dělat nebude, ale беру to tak, smířila jsem se s tím a nemám tendenci ho do toho zapojovat. Prostě to po něm ani nechci. Asi je to nesprávné, možná. Jsou u nás pevně stanovená pravidla a funguje to tak. Asi kdybychom měli děti, tak ten problém bude horší pro mě, udržet chod domácnosti.</i>

5. PROFESNÍ SATISFAKCE: PSYCHOLOGIZUJÍCÍ POHLED

Irena Smetáčková

5.1. METODOLOGICKÝ POSTUP

Analyzovat záznamy provedených rozhovorů lze různými způsoby. Můžeme buď systematicky postupovat řádek po řádku, otázku po otázce a vybírat témata, která si zaslouží naše bližší rozpracování. Nebo k materiálu přistoupit holisticky a prostě nazít téma, které, ačkoliv jej tazatelé záměrně nesledovali, ukázalo se být podstatným. Tento druhý způsob vede k tomu, že některá témata tak zaujmou naší pozornost, přestože nebyla obsažena v původních představách o cílech výzkumu, a tedy ani v předem připraveném seznamu otázek. Je možné je jako nedostatečně rozvedené zavrhnout, ale také je možné se opatrně pustit do jejich hlubší analýzy. A právě tak se zrodilo téma "profesní satisfakce".

Předběžné studium materiálů, bez sledování konkrétních témat, zavedlo příčinu k překročení rámce, který byl dán strukturou dotazů. V logice vyhýbání se příliš abstraktním a sugestivním otázkám se žádný z dotazů netázal přímo na osobní spokojenost či nespokojenost žen v povolání lékařky. Přesto opakovaně při studiu materiálů vznikl dojem, že nad výpověďmi jednotlivých lékařek se klene atmosféra jejich pocitů, které se rodí na rozhraní jejich profesního a osobního života. Pro bližší osvětlení tohoto tématu byl dále použit klasický postup grounded theory.

Výzkumná otázka pro tuto dílčí analýzu byla formulována předběžně takto: Jak se vytváří pocit spokojenosti, respektive nespokojenosti s profesí lékařky u žen přibližně po 10 letech od ukončení studia? Největší důraz byl již v otázce položen na proces, nikoliv na pouhé ověření existence spokojenosti či nespokojenosti. Důvody procesuálního pojetí vyplývaly jednak z omezení kvalitativních výzkumů - chceme-li sledovat, zda se určitý jev v populaci vyskytuje, musíme se nutně dotknout kvantitativních měr, jednak z podstaty grounded theory, která ve své metodologii upřednostňuje dynamický pohled před statickým.

Veškerý materiál byl podroben otevřenému kódování, které vytvořilo seznam hlavních pojmů a kategorií. Jelikož však již formulováním výzkumné otázky byla provedena primární selekce materiálů, rozváděny byly především ty kategorie, které se k tématu profesní satisfakce úzce vztahovaly. Následně byla použita technika axiálního kódování, které odhalilo vztahy mezi jednotlivými kategoriemi a tyto kategorie již také hierarchicky uspořádalo podle významnosti pro mechanismus tvorby profesní satisfakce. Pro některé kategorie bylo zformulováno kódovací paradigma, v němž se vyjevily vztahy příčinnosti a následnosti. Popsané kategorie a vztahy byly plně konceptualizovány ve fázi selektivního kódování. K centrální kategorii byly vztaženy veškeré kategorie dílčí a zvláštní pozornost byla věnována analýze hlavních kategorií pomocných. Tím bylo zbudováno jádro nově vznikající teorie, která vysvětluje mechanismus profesní satisfakce lékařek. Profesní satisfakce je však kategorie, která nevznikla pouze analýzou sebraného materiálu. K její formulaci byla použita jako zdroj rovněž odborná literatura, čímž se postup tohoto výzkumu liší od běžné techniky

grounded theory. Blíže je prolínání rozhovorů se sociologickou a psychologickou literaturou popsáno v následující kapitole.

5.2. VÝSLEDKY JEDNOTLIVÝCH DRUHŮ KÓDOVÁNÍ – HLAVNÍ KATEGORIE A JEJICH VZÁJEMNÉ VAZBY

Vedené rozhovory poskytovaly dosti široký okruh témat vztahujících se jednak obecně k ženství, jednak k lékařské profesi. Pouze některé z témat explicitně v rozhovorech sledovaných se dotýkaly problematiky spokojenosti či nespokojenosti v profesi. Porovnáním výpovědí všech respondentek se jako relevantní ukázaly tyto rozebírané oblasti:

1. původní očekávání od lékařské profese, důvody její volby
2. rodina - podpora rodičů a partnera, plánování vlastní rodiny, uspořádání rolí v rodině
3. výčet výhod a nevýhod lékařské profese - obecně a specificky pro ženy
4. umístění prestiže lékaře v párovém srovnávání s ostatními povoláními
5. úvahy o změně povolání, popřípadě jiné původní volbě povolání
6. klíčová slova pro definici lékařské profese.

Jak již bylo řečeno, rozhovory byly zpracovány technikou otevřeného kódování, na které navazovalo kódování axiální a selektivní. V prvním kroku byly vytvořeny seznamy pojmů a seznamy kategorií, které vystupovaly jako rámce pro další analýzy. Níže uvedené kategorie vznikly kódováním výpovědí z popsanych okruhů. Jedná se tedy o takové kategorie, u nichž se vazba k tématu profesní satisfakce později ukázala jako pevná (přestože zprostředkovaná). Každá z kategorií v sobě zahrnuje ještě několik dílčích vlastností tvořených škálou. Specifikací jednotlivých vlastností upřesňujeme význam výsledné kategorie.

Seznam základních kategorií je tvořen těmito položkami:

- | | |
|--|---|
| a) "vliv rodiny" <ul style="list-style-type: none">- prostředí lékařské / nelékařské- vzdělání rodičů a ostatních příbuzných- podpora pro studium medicíny | h) "výhody vs. nevýhody medicíny osobně" <ul style="list-style-type: none">- pracoviště (prostředí, vzdálenost od bydliště)- kolektiv- pracovní doba- zdraví škodlivé vlivy- odbornost- plat |
| b) "zvažování povolání" <ul style="list-style-type: none">- rozhodování mezi několika obory- znalost lékařského prostředí- pohodlnost volby (materializované důvody)- ideologičnost volby (poslání) | i) "definice medicíny" <ul style="list-style-type: none">- poslání- pacienti- věda, objevy- trvání původní definice (reformulace) |
| c) "zvažování specializace" <ul style="list-style-type: none">- počet variant- omezení volby- ústupky | j) "hodnocení medicíny" (očekávání vs. realita) <ul style="list-style-type: none">- naplnění původního očekávání- posun nebo reformulace původního očekávání |
| d) "vstup do profese" <ul style="list-style-type: none">- osobní zkušenosti s odmítáním žen- zprostředkované zkušenosti s odmítáním žen- složení kolektivu (mužský vs. ženský) | k) "osobní hodnotová orientace" <ul style="list-style-type: none">- rodina vs. kariéra- finanční zisk vs. poslání, služba- potřeba pracovní seberealizace |
| e) "kariéra" <ul style="list-style-type: none">- ambice- sebevzdělávání- porovnání vlastní kariéry s kolegy | l) "založení vlastní rodiny" <ul style="list-style-type: none">- plánování založení rodiny- doba založení rodiny vzhledem ke studiu, resp. praxi |
| f) "výhody vs. nevýhody medicíny" <ul style="list-style-type: none">- pacienti- platy- systém pojišťoven | m) "partnerský vztah" <ul style="list-style-type: none">- vzdělání a povolání partnera- podpora partnera- reflexe podpory od partnera- role manželky a matky vs. role manžela a otce |
| g) "výhody vs. nevýhody medicíny pro ženy" <ul style="list-style-type: none">- pacienti- platy- fyzická námaha- psychická námaha- péče o domácnost | n) "chod domácnosti" <ul style="list-style-type: none">- rozdělení domácích prací (pevné vs. proměnlivé)- poměr rozdělení domácích prací (žena vs. muž). |

Výzkumnou otázku "Jak se vytváří pocit spokojenosti či nespokojenosti s povoláním u mladých lékařek?" nejvíce saturovala kategorie j) "hodnocení medicíny". V rámci axiálního kódování bylo k této kategorii vytvořeno kódovací paradigma. Hodnocení medicíny bylo považováno za jev a byly k němu hledány logické vazby s dalšími kategoriemi.

Hodnocení se pohybuje na škále pozitivní - negativní. Proto byly zformulována dvě kódovací paradigmata. Jedno pro jev "pozitivní hodnocení", druhé pro jev "negativní hodnocení". U obou však byly shodné příčinné, intervenující a kontextové kategorie. Příčinnými podmínkami vzniku určitého hodnocení lékařské profese je původní očekávání, definice profese, zájem o obor a ambice, zkušenosti s přijímáním do profese, průběh dosavadní kariéry. Hodnocení vždy existuje v určitém kontextu, pro který se jako určující zdají být kategorie podpora partnera, rodina, chod domácnosti, hodnotová orientace. Tento přímý kontext však může být narušován intervenujícími podmínkami,

jako je očekávání okolí, porovnávání vlastní kariéry s kolegy, nabídky ke změně zaměstnání. Předcházející vlivy vytvářejí určité omezené množství variant jednání. Pro kódovací paradigma pozitivního hodnocení se prokázal tento mechanismus: Je-li konstalace taková, že vytváří u lékařky pozitivní hodnocení jejího povolání a zaměstnání, pak používá stabilizační strategie jednání, jejichž smyslem je uchovat aktuální stav. Pro kódovací paradigma negativního hodnocení naopak platí tento mechanismus: Je-li konstalace taková, že lékařka své povolání a zaměstnání hodnotí negativně, pak přechází na strategie změny. Změnit je přitom možné buď reálnou situaci, tzn. například pracoviště, nebo svoji definici profese, a tedy i očekávání, která vůči ní jedinec má. Obě strategie změny usilují o dosažení větší míry shody mezi původními očekáváním a dosaženým reálným stavem.

Axiální kódování vyjevilo blízkost mezi hodnocením lékařské profese a definicí lékařské profese. Zároveň také ukázalo, že hodnocení profese je naprosto klíčové pro celkový pocit spokojenosti s profesí (ve výpovědích se často hodnocení s vyjadřováním spokojenosti či nespokojenosti prolínalo). Rozvržením důležitosti jednotlivých kategorií byl umožněn volný přechod k etapě selektivního kódování. To se již zabývá výhradně centrální kategorií, která je opakovaně vztahována ke kategoriím ostatním. Tím se vytváří jádro pro nově formulovanou teorii. Jelikož původní výzkumná otázka se ptala po zdroji pocitu spokojenosti, má hodnocení, stejně jako definice profese spíše instrumentální charakter. Jsou prostředky k dosažení pocitu spokojenosti, resp. nespokojenosti. Skutečnou centrální kategorií, a to i přesto, že v materiálu nebyla sama o sobě identifikována, je spokojenost s profesí.

Spokojenost s profesí neboli profesní satisfakce je kategorií plně konstruovanou. Rozhovory k ní poskytují pouze dílčí údaje, nelze ji studovat přímo jako kategorii vyskytující se ve výpovědích lékařek. Odborná literatura však obsahuje dostatek údajů k tomu, aby bylo možné vytvořit její definici. Tato definice, zformulovaná mimo rámec sebraného materiálu, je následně vztažena k výpovědím lékařek a jejich jednotlivé aspekty jsou porovnávány. V rozhovorech se tedy sledují takové kategorie, které vyjadřují pouze dílčí vlastnosti profesní satisfakce. Kategorie "profesní satisfakce" vznikne jejich souhrnem.

Vzhledem k tomu, že v analýzách figurují dvě skupiny kategorií - reálná a teoretická, je nutné již ve fázích kódování opakovaně přecházet od materiálu k odborné literatuře a zpět. Tyto dvě linie analýzy se vzájemně ovlivňují. Znaky vyskytující se v rozhovorech jsou konzultovány s dosavadními poznatky prezentovanými v odborné literatuře a naopak je se zvláštním zřetelem sledováno, zda se znaky popisované v odborné literatuře vyskytnou také v sebraném materiálu. Konečná teorie, ačkoliv je plně zakotvená v rozhovorech, vznikla na rozhraní empirického materiálu a již existujících konceptů.

5.3. TEORETICKÝ RÁMEC „PROFESNÍ SATISFAKCE“

K definování kategorie "profesní satisfakce" byl využit jednak sociologický význam klasického pojmu "profese", jednak psychologický význam pojmu "satisfakce". V následujících odstavcích jsou uvedeny pouze takové charakteristiky, které konvenovaly

s výpovědi lékařek. Vzniklá definice profesní satisfakce tedy plně odpovídá sebranému materiálu.

PROFESE v původním smyslu, jak jej reflektovala především škola strukturálního funkcionalismu, byla od ostatních povolání odlišná řadou znaků: 1. obor činnosti zvládají pouze členové profese, 2. přijímání do profese má svá pravidla, 3. k profesi se váže soubor formalizovaného vědění, které se předává výhradně specificky organizovaným vzděláváním, 4. profese disponuje vlastní etikou a systémem kontroly, 5. členové profese mají pocit soudržnosti, 6. společnost poskytuje profesi určitou míru autonomie a jisté pravomoce. Všechny rozdíly mezi profesemi a běžnými povoláními se odvíjejí od dvou základních charakteristik - od ideálu služby, neboť profese je poslání, profesionál by měl nezištně sloužit druhým, („celá medicína – sloužíte někomu a vědomě potlačujete sám sebe“) a od specializovaného, částečně zteoretizovaného poznání, které musí profesionál zvládnout. K obojímu se vztahu vysoká prestiž, které se profese ve společnosti těší.

Podle strukturálního funkcionalismu lze však v moderní společnosti rozlišovat profese, kvaziprofese, subprofese, pseudoprofese a semiprofese. Většina klasických profesí ztratila některé původní znaky a proměnila se v jiný typ profese, nejčastěji v semiprofesi. Semiprofese je takové povolání, které bylo původně klasickou profesí, ale dnes je vykonáváno v byrokratických organizacích, hierarchicky uspořádaných, kde vládne princip administrativní autority, mají příliš velký počet členů a mezi nimi převládají ženy. Jak podle sociologů, tak i podle výpovědí respondentek se medicína takovou semiprofesí stala. A to i v soukromém sektoru prostřednictvím systému pojišťoven. Došlo tak k jisté degradaci povolání, jehož prestiž je silně ambivalentní – je vnímána jako nárok klasické profese, ale v současné společnosti se jí již nedostává. („*dřív byl doktor na vesnici někdo, ale teď...*“) Lékařky tuto degradaci cítí a cítí se za ni i samy částečně zodpovědné. Tento fakt komplikuje značně možnosti, jak mohou dospět k pocitu profesní satisfakce. Mnohé z nich měly vůči medicíně taková očekávání, která se vztahují ke klasické profesi – služba, avšak vykoupená prestiží, autonomií a vnitřní soudržností. Těch se však nedočkaly, neboť semiprofese právě tyto charakteristiky původní profese ztrácí. Pro přechod od profese k semiprofesi je přitom typická právě byrokratizace, současně s feminizací – rozrůstáním členstva profese vzniká potřeba větší administrativy, která vytváří funkce, do nichž se dostávají téměř výhradně muži, a proto nižší pozice zastávají ženy. Ženy-lékařky toto postavení přijímají, ale přes svůj vlastní odpor. V rozhovorech se často vyskytovaly výpovědi pohrdající jak administrativními aspekty medicíny, tak přemírou žen. („*člověk by rád dělal tu práci u křesla, ale do toho ty papíry, ty to hrozně komplikují. A řekla bych, že nejvíc mě právě deprimuje to hrabání se v papírech, v poště, hlídání si splatnosti a takových věcí. To mě zdržuje od práce a já to dělám ráda, mě to baví.*“ – „*bývá tam tak patnáct ženských a jeden dva muži, hrůza!*“, „*mužský kolektiv je příjemnější.*“

SATISFAKCE neboli spokojenost představuje příjemný pocit, který člověk zažívá, shodují-li se aktuální okolnosti jeho života s jeho hodnotami a představami. Satisfakce – v doslovném překladu „zadostiučinění“ – vyjevuje skutečnou podstatu pojmu lépe než české slovo spokojenost, neboť zdůrazňuje poměr mezi realitou a původním očekáváním. Jedinec si vytvoří představu o určité oblasti svého života a zařadí tuto oblast do svého hodnotového žebříčku. Spokojen se cítí tehdy, podařili-se mu představy

v dostatečné míře uskutečnit. Přičemž čím výše postavená je tato oblast života v jeho hodnotovém žebříčku, tím spíše usiluje o její naplnění a cítí se nespokojen, pokud se to nedaří. Pro zažívání pocitu spokojenosti přitom není podstatné, shoduje-li se dosažený stav s obecně uznávanou představou úspěchu. Tato obecně uznávaná představa (která však obvykle nebývá společensky univerzální, ale naopak diverzifikovaná podle sociálních skupin či vrstev, v nichž se jedinec pohybuje) hraje úlohu spíše ve fázi vytváření individuální představy než v jejím zhodnocování.

Profesní satisfakce, tedy pocit spokojenosti s vykonávaným povoláním, funguje na obdobném principu: jedinec si vytvoří představu o svém povolání, způsobu, jakým jej chce vykonávat, a začlení jej do svého osobního hodnotového žebříčku. Z této představy se zrodí také konkrétní očekávání a ambice a ty začne následně naplňovat. („asi jsem netoužila po závratné kariéře, víceméně abych byla v té práci spokojená, abych vždycky zastávala takové postavení, abych si mohla v rámci možností rozhodovat sama pro sebe“, „ještě za studií jsem pracovala jako pomocná vědecká síla na 1. interně na nefrologii, když jsem skončila školu, tak jsem tam nastoupila, což tehdy mému egu hrozně lichotilo, protože to bylo docela špičkový pracoviště“, „mě tohle děsně zajímalo – co tomu člověku je, jak se dopídit těch příčin. Břicho, to je široký pojem, odehrává se tam spousta procesů, takže je to komplikované. To mě uchvátilo.“)

Podstatné přitom je zachování motivačního aspektu tohoto mechanismu. Pokud jedinec svojí představu zcela uskuteční a zažívá delší dobu pocit spokojenosti, nastává u něho stagnace či přímo regrese. Současně však, pokud je jedincova představa naprosto nereálná, neuskutečnitelná, nastává rovněž stagnace, respektive rezignace. Z hlediska přirozeného psychického vývoje je optimální udržovat mírnou diskrepanci mezi realitou a představami, ve prospěch druhého.

Satisfakce však není jen momentálním pocitem, který by neměl vliv na celek osobnosti. Naopak, je přímo svázán se sebepojetím a jeho prostřednictvím s profesní i celkovou osobní identitou. Každý jedinec má přirozenou potřebu vážit si sám sebe, tzn. mít kladné sebepojetí. To však předpokládá, že od sebe neočekává více, než čeho je dlouhodobě schopný. („škola byla velmi náročná – nejsem tak NAĎAná“, „věděla jsem, že nebudu dělat nic chirurgického – na to jsem se necítila dost šikovná ani manuálně, ani fyzickou silou.“)

Očekávání i následné zhodnocení – zda a nakolik byla očekávání splněna – jsou zdrojem pro vytváření identity jedince. Na základě své momentální identity (kým se cítím být) si jedinec vytvoří určitou představu, která zahrnuje například i význam, jaký přikládá povolání, a definici povolání (co považují za její jádro). Podle této představy zformuluje konkrétní očekávání vůči sobě samému a vůči okolí. Naplní-li se tato očekávání, zažívá jedinec satisfakci, která podpoří jeho pozitivní sebepojetí, a tedy i jeho současnou podobu identity. Avšak nesplní-li se zformulovaná očekávání, sebepojetí jedince utrpí. Aby opakovaně nedocházelo ke snižování sebepojetí, musí jedinec přehodnotit svá očekávání, své představy a možná až svou identitu (například změnit svoji definici profese nebo význam, který přikládá povolání). Tento mechanismus byl často identifikován ve výpovědích lékařek. Novým způsobem vysvětluje, jak je možný přechod mladé ženy - lékařky v manželku / matku – lékařku.

5.4. „PŘÍBĚH PROFESNÍ SATISFAKCE MLADÝCH LÉKAŘEK“ – DÍLČÍ TEORIE

Teorie, která se - řečeno terminologií grounded theory - vynořila z materiálu, jímž byly rozhovory s mladými lékařkami, vysvětluje mechanismus vzniku profesní satisfakce mladých lékařek.

Profesní satisfakce vyrůstá ze shody mezi očekáváními a dosaženou realitou. Zda bude lékařka pociťovat profesní satisfakci tedy záleží ani ne tak na současné podobě jejího povolání, ale na její původní definici lékařské profese a očekávání, která z toho vyrůstají.

Ve výpovědích lékařek se vyskytovaly nejčastěji takovéto definice lékařské profese a očekávání:

"aby pacienti přišli za deset, patnáct let a byli spokojeni", "medicína - pomáhat lidem a tak, to bylo hezké, a taky mě k zubařině vedlo to, že jsem chtěla pracovat rukama.", "já jsem si od toho slibovala, že budu strašně hodná a úspěšná paní doktorka, že budu léčit lidi a všem budu samozřejmě, taková idealistická představa, rozdávat radost. ... že budu léčit lidi, že mě budou potřebovat a budou mě mít rádi. ... začaly mě bavit obory, kde se pracovalo manuálně.", "spíš jsem to viděla doma, že - ono to zní hloupě - to poslání, že člověk bude uzdravovat, bude pomáhat.", "celkem mě baví manuální práce, je to práce s lidmi, je to o pomoci lidem.", "slibovala jsem si, že budu mít prestiž jako doktorka", "povolání, které přináší určitou prestiž, a že je to práce, která pomáhá lidem", "abych byla dobrá lékařka, která se svému oboru bude věnovat, a asi jsem netoužila po závratné kariéře, víceméně abych byla v té práci spokojená, abych vždycky zastávala takové postavení, abych si mohla v rámci možností rozhodovat sama pro sebe a měla pacienty, kteří budou se mnou spokojeni."

Již v původním očekávání se tedy jako klíčová slova objevují: pacienti, pomoc, manuální zručnost, prestiž, obor. U některých respondentek jsou tato očekávání doplněna představou kariéry:

"asi jsem netoužila po závratné kariéře", „já zase nejsem tak ambiciózní“ nebo naopak „ještě za studií jsem pracovala jako pomocná vědecká síla na 1. interně na nefrologii, když jsem skončila školu, tak jsem tam nastoupila, což tehdy mému egu hrozně lichotilo, protože to bylo docela špičkový pracoviště“.

Tato klíčová slova jsou znovu opakována ve spojitosti s hodnocením dosažené reality.

Pacienti – „to splnilo to mé očekávání podstaty medicíny“, „očekávání, co se týče práce s pacienty, to se splnilo úplně“. Pomoc, obor – „na co člověk vůbec nebyl připraven, to je, kolik je kolem papírové práce a to, že většinu pracovní doby je práce, která se týká různých povolení a organizačních zajištění. Člověk nemůže léčit tak, jak by uměl a jak by chtěl.“, „člověk by rád dělal tu práci u křesla, ale do toho ty papíry, ty to hrozně komplikují. A řekla bych, že nejvíc mě právě deprimuje to hrabání se v papírech, v poště, hlídání si splatnosti a takových věcí. To mě zdržuje od práce a já to dělám ráda, mě to baví.“ Prestiž – medicína má mezi lidmi prestiž „ve světě vysokou, u nás nízkou.

V současné době si lidé víc cení podnikatelů, bankovních úředníků, právníků“, „dřív byl doktor na vesnici někdo, ale teď...“, „Pořád si myslím, že ten doktor z hlediska prestiže, že ta prestiž je velká.“, „Člověk tím, že je doktor, už je někdo.“

Nestačí však aplikovat na očekávání a dosaženou realitu jednoduchý vzorec: je-li realita totožná s očekáváním, vzniká profesní satisfakce, a naopak není-li realita totožná s očekáváním, vzniká profesní desatisfakce. Některé respondentky svoje očekávání naplnily, jiné nikoliv, ale přesto u všech byla vysledována poměrně vysoká míra profesní satisfakce.

Třetí klíčovou proměnou je osobní hodnotová orientace, respektive význam, který žena přikládá svému povolání. Je-li povolání určující pro osobní identitu jedince, pak případná neshoda mezi očekáváním a dosaženou realitou je nesena podstatně hůře a ona jediná vytváří pocit profesní disatisfakce (viz následující tabulka).

Tabulka profesní satisfakce / disatisfakce

	Hodnota povolání pro jedince	
	Vysoká	nízká
Realita-očekávání		
Shodné	+	+
Odlišné	-	+
Profesní satisfakce ... +		Profesní disatisfakce ... -

V souboru respondentek se vyskytovala značně vysoká míra profesní satisfakce. Kombinaci „hodnota povolání – vysoká, realita a očekávání – odlišná“ bylo možné nalézt jen v náznacích. Lékařky však ve vedených rozhovorech často upozorňovaly na to, že v průběhu uplynulých 10–12 let prodělaly zásadní zlom ve vnímání lékařské profese a hodnoty povolání obecně. Vždy tento zlom souvisel se založením rodiny nebo alespoň s uznáním svého ženství a omezení, která se k němu vztahují. Všechny výpovědi byly vedené přibližně v tomto tónu: *“Pochopila jsem, že člověk nemůže obojí, jak rodinu, tak kariéru“*.

Část respondentek, které založily rodinu ještě v průběhu studií nebo těsně po nich, před vstupem do lékařské praxe, formulovala svojí představu povolání a jeho místa v osobním hodnotovém žebříčku již pod vlivem nastalé situace – manželství a rodiny. Jejich očekávání vůči lékařskému povolání tedy již od začátku ladilo s jejich rolí manželky a matky. Druhá část respondentek vstupovala do praxe jako svobodná, tedy přirozeně ambicióznější. Po několika letech se však také provdaly a založily rodinu. Jejich původní představa povolání a hodnota, kterou pro ně hrálo, musela být reformulována, neboť poznaly, že chod domácnosti a budování kariéry nelze skloubit. Obvykle na to již byly částečně připravené, neboť se s obdobnými případy setkávaly u svých kolegyní a zažívaly odmítání od svých mužských nadřízených. (*„lidi mi říkali: jak jste studovala, to nás vůbec nezajímá – kolik chcete mít dětí, kolik je vaší matce, bude vám hlídat děti, čím je váš muž?“*)

Přílišná náročnost lékařské profese a zkušenosti s nátlakem profesního okolí k ústupkům z kariéry směrem k rodinnému životu u většiny lékařek vedou k tomu, že přijmou nadřazenost role manželky a matky nad rolí profesní. Založení rodiny vyvolává

zákonitě nutnost redefinice. Obvykle dojde k přehodnocení hodnotových priorit a práce ztrácí, pokud jej v hodnotovém žebříčku zastávala, své výsadní postavení. Do popředí osobní identity se dostává ženino mateřství (v první řadě jsem matkou, až následně lékařkou), což vede ke změně očekávání vůči profesi. Očekávání již nejsou tak velká a především hodnota, kterou povolání pro ženu má, není tak vysoká, a proto i případná zklamání a neshody mezi očekáváními a realitou jsou ženou snášeny snáze.

Sociální role lékařky a sociální role manželky a matky musí korespondovat tak, aby případný rolový konflikt byl pro ženu únosný. Formulace sociální role lékařky přitom vzniká v prostoru mezi ženou a profesí, zatímco role manželky a matky je formulována v prostoru mezi ženou a jejím partnerem. Zároveň platí, že role manžela / otce by měla být komplementární s rolí manželky / matky. Tyto tři role - role lékařky, role matky / manželky a role otce / manžela - se zásadně determinují. Všechny dohromady tvoří komplementární celek. Investice žen do profese plně závisí na rozdělení domácích prací a péče o děti, tedy na podpoře partnera, případně dalších příbuzných.

Organizace některých vztahů a domácností zachovává ženám tolik prostoru, aby mohly usilovat o naplnění svých původních profesních ambicí (pokud je měly). Jiné vztahy však tento prostor ženám – nejčastěji s jejich souhlasem – ubírají. Tendence k zachování pozitivního sebepojetí však vede tyto ženy přirozeně k tomu, aby rodinné role, i s omezeními, které přinášejí jejich profesi, přijaly za své. Dilema mezi rodinou a profesí se k relativní spokojenosti obou vyřeší předřazením rodiny před profesí („rodinný život převážil nad pracovním“). Tento postup se může jevit jako ústupek či rezignace, často v tomto smyslu o tom lékařky samy také hovoří, ale vnitřně se jedná o přirozený mechanismus zachování pozitivního sebepojetí.

Vnitřní přijetí rodinných rolí, jejichž důsledky jsou pro ženu ambivalentní, lékařky podporují argumentovým „lešením“. Využívají kritiku žen příliš zdůrazňujících profesní snažení ke své obhajobě. Některé argumenty se například týkají obecně ženské povahy: „ženská, aby byla ženská, tak musí být trochu submisivní, ale v dobrém slova smyslu. Nemám ráda takové tvrdé ženské. Nevidím ženskost v rychlém běhu a budování kariéry. Jsem spíš pro budování rodinného krbu“. Jiné argumenty se týkají způsobu a možnosti prosazení žen: „ti, co v tom oboru dominují, co přednášejí, to jsou zase muži. ...ta ženská to může dělat, ale musí přitom být jako chlap“. A další názory se týkají nezastupitelné role matky v rodině: „samozřejmě otec může pomoci s nákupem, může zařídit auto, může vyzvednout věci z čistírny,...ale ta role matky je tam nezastupitelná.“ Ženy tak v podstatě chrání „svá území“ před muži, kterým zase patří svět profese. Navíc poukazují na společenskou úlohu mateřství: „péče o děti by měla být samozřejmost, náš stát vymírá a ženy nemají děti jen samy pro sebe, ale také pro společnost.“

5.5. SHRNTÍ TEORIE PROFESNÍ SATISFAKCE

Profesní satisfakce je žádoucí pocit, který se lékařky snaží dosáhnout a volí k tomu různé strategie. Předpokladem profesní satisfakce je shoda mezi očekáváním, jehož pozadím je profesní představa a osobní identita, a dosaženou realitou. Profesní role lékařek musí být komplementární s rolí manželky a matky, což zásadním způsobem ovlivňuje očekávání žen vůči profesi. Obvykle přijetím rodinné role dojde ke snížení

hodnoty povolání pro ženu a tím ke zvýšení možnosti dosažení pocitu profesní satisfakce. Následující schémata ukazují průběh jednotlivých biografických variant:

1. svobodná lékařka s vysokými profesními ambicemi $\Rightarrow$ zůstává svobodná a naplňuje je
 $\Rightarrow$ profesní satisfakce
2. svobodná lékařka s vysokými profesními ambicemi $\Rightarrow$ zakládá rodinu, ale nepřijímá rodinné role
 $\Rightarrow$ profesní desatisfakce
3. svobodná lékařka s vysokými profesními ambicemi $\Rightarrow$ zakládá rodinu a přijímá rodinné role
 $\Rightarrow$ profesní satisfakce
4. svobodná lékařka s nízkými profesními ambicemi $\Rightarrow$ zakládá rodinu a přijímá rodinné role
 $\Rightarrow$ profesní satisfakce

Podstatu mechanismu, který byl vysledován v rozhovorech s mladými lékařkami, lze shrnout citátem jedné z nich:

„Já preferuji svoji práci. Ale jsou lidi, kteří jsou orientováni víc rodinně. Měla jsem kamarádku ... je nesmírně spokojená, protože má rodinu, na které jí záleží, má hodného manžela a má práci, která ji baví. Dělá plombičky, krátké práce. Záleží na tom, koho máme kolem sebe.“ A na naší orientaci.

6. ZÁVĚRY

Lenka Simerská

Analýza rozhovorů ukázala, že při utváření pracovní a rodinné praxe se u mladých lékařek výrazně uplatňuje *gender kontrakt*. Na úrovni rozdělení rolí mezi partnery může být zcela vědomý a nést přímo formu dohody, v rovině institucionální se jedná spíše o implicitní pravidla fungování profesních struktur v medicíně.

Charakteristická je nízká úroveň reflexe existujícího gender kontraktu, v krajním případě absence hodnocení mechanismů fungování rodinné a profesní sféry gender kontraktem determinovaných. Pro některé lékařky byla v některých otázkách účast na výzkumné sondě první takovou reflexí. V odpovědích zaznívalo „nikdy jsem o tom nepřemýšlela“, „takové otázky jsem si nikdy nepoložila“, „nevím, jak vám mám odpovědět“. Nevyjasněnost v hodnocení gender kontraktu byla patrná i v rozporuplnosti výpovědí. Pokud lékařky na jednom místě učinily závěr, že fungující mechanismy jsou pro ženy znevýhodňující, byla na jiném místě přítomna zpochybňující tvrzení. Na jednu stranu je popisována profesní motivace, neochota vzdát se medicíny, což ovšem znamená i zvládání náročnosti oboru a neustálé vzdělávání, na straně druhé ale stojí lékařku znevýhodňující rodinná praxe. Situace není řešena přeuspořádáním v rodině, ale kompromisem, kdy se žena v určité míře snaží dostát nárokům obojího. Rozhodování v profesní oblasti jsou ovšem legitimizována uspokojivým plněním role matky a manželky. Tato role pro dnešní mladou lékařku představuje většinu zodpovědnosti za výchovu a zabezpečení dětí, většinu domácích prací a zajištění chodu domácnosti.

Lékařky představují svůj kompromis jako vědomou a víceméně svobodnou volbu ve prospěch rodiny. Podporují ji poukazem na společenský význam ženy pro rodinu. Rozdělení rolí mezi mužem a ženou, kdy žena je „spíše matkou“ a muž „spíše lékařem“, podávají jako nezbytné či přirozené. Tuto představu čerpají z obecného společenského povědomí a z výchovy. Takové chápání ženské role pak zavdává příčinu nižším profesním ambicím lékařek. To nemusí nutně znamenat skutečnou nižší profesní angažovanost – u mnohých lékařek jsme svědky velkého pracovního nasazení, překonávání překážek, značné dosažené kvalifikace a práce postavené vysoko v hodnotovém žebříčku. Jedná se spíše o rezignaci na lepší pracovní zařazení, dosažení vyšší pozice či na finanční nároky.

Komplex těchto skutečností spolu s diskriminačními praktikami užívanými při hodnocení kandidátů na lékařská pracovní místa vytvářejí genderovou segregaci v rámci medicíny. Určité obory jsou chápány jako pro ženy nevhodné, příliš náročné a neslučitelné s rodinnou úlohou ženy. Ženy berou svou budoucí vytíženost v rodině v potaz už při počátečním rozhodování o oborové specializaci nebo v průběhu praxe své původní plány mění a přizpůsobují své profesní působení potřebám rodiny. Obory označované jako pro ženy nevhodné jsou současně označovány jako prestižnější a lépe ohodnocené. Ženy se tedy vědomě uchylují do pozic a oborů, kde mužům nekonkurují.

Hodnocení pracovní dráhy a rodinného uspořádání, jak jej máme možnost u lékařek v rozhovorech sledovat, ale i samu žitou praxi ovlivňuje ale i další významný fakt, a sice sociální a kulturní prostředí se svými normami a hodnotami. Individuální biografie

je v neustálé interakci se složitým světem sociálních systémů, přičemž cílem jedince je integrovat se v rámci společenského řádu při současném zachování integrity individua. S tímto vědomím musíme při sociologickém studiu individuálních osudů problematizovat „představu suverénních individuálních subjektů, jednotlivců, kteří mají pod kontrolou vlastní život a kteří jsou jeho aktivními strůjci; ...představu ryzí niternosti a subjektivnosti prožitků a zkušeností; ...představu životopisného vyprávění, které je pevně v rukou svých autorů-vypravěčů.“ [Konopásek 1999] Když lékařky představují své profesní volby učiněné ve prospěch rodiny, v nepřijetí na místo a dalších znevýhodněních se zdráhají vidět diskriminaci nebo rozporuplně hodnotí své vlastní či obecně ženské postavení v práci a rodině, činí tak právě v závislosti na společenských normách. Jimi je legitimizován kompromis (medicína ano, ale v rámci možností daných tím, že jsem žena), na individuální úrovni je pak motivován zachováním kladného sebepojetí. Tyto dvě veličiny se prolínají ve snaze integrovat své já v rámci společensky přijímaných norem a vyprávět svůj život tak, aby tato integrovanost nebyla narušena či zpochybněna. Respondentky samy někdy přítomnost společenských norem reflektují, uvažují o jejich limitech, změnách, o jiných kulturních prostředích s odlišnými představami o roli ženy:

Ta role, která se tady vštěpuje ženám, představa, že budete dělat svoji profesi, budete teda manželka, která plní tu roli péče o rodinu, a zároveň je na vás starost o děti, to zvládnou jenom ty nejlepší lidi, co naprosto ulítávají z Gausova rozdělení. Já sama mezi svými kolegyněmi, které jsou v rovině co se týče inteligence na té špičce, na hranici Gausova rozdělení směrem plus, tak tam to zvládá opravdu jenom hrozně málo lidí. V ženě to zároveň vyvolává pocit frustrace. S tím apelem, že žena má hezky vypadat, být milá k manželovi, aby tu rodinu z důvodu své trvalé vyčerpanosti a naštvanosti nerozbitela, tak tento model není splnitelný a vede k trvalé frustraci. Jak mediálně, tak tradiční výchovou se tento model tady pěstuje a je to otázka další generace. V Americe už to tak není, tam se nepředpokládá, že žena je povinná žehlit košile svého manžela. Když on košile potřebuje, pracuje někde, kde je košile součástí pracovního oděvu, tak si je vyžehlí sám nebo si je odveze sám do čistírny. Ona má stejné právo na svůj volný čas jako on. Zcela běžné tam je, že muži se střídají v povinnostech o vaření, o děti, nakonec je to zcela logické, mají-li stejné vzdělání. Nějaká dělba práce z klasické rodiny, kdy muž chodí třeba pracovat na pole, nebo ze socialismu, muž se stará o auto - to už dneska je pryč. Nikdo už si dneska nelehne pod auto, nebude ho spravovat, odveze ho do servisu. Mužské práce v podstatě mizí, zůstává jenom ta práce, která by se měla rozdělit, ale to tady prostě není. PETRA

Pracovní a rodinná praxe mladých lékařek nevykazuje výrazný posun v chápání gender rolí, uplatňuje se mísení znaků charakteristických pro tradiční i moderní rodinu (jak tyto dva typy vymezuje např. Maříková [1999]). Nerovné podmínky na trhu práce a v rodině jsou vnímány jako individuální osud ženy, se kterým se musí sama vypořádat. Poukaz na systémovou změnu či kolektivní řešení je spíše výjimkou. V jistých oblastech např. znevýhodnění při přijímání do zaměstnání nebo platová diskriminace či u žen, jejichž profesní aspirace byly výrazně narušeny, se sice objevuje výraznější artikulace nerovných podmínek. Ale až teprve jasnější a vědomá reflexe gender kontraktu může zavdat příčinu k větším změnám v rodinné a pracovní praxi lékařek.

Otázkou je, za jakých podmínek a zda vůbec přestane gender kontrakt vyhovovat jedné ze stran (ať se jedná o vztah zaměstnavatel-lékařka či o samotnou partnerskou dvojici). Povede k tomu ještě větší krize zdravotnictví, stále nižší platy, které ještě sníží atraktivitu medicíny pro muže? Pak by nebylo možné nadále uplatňovat genderovou diskriminaci vedoucí k oborové segregaci a ženy by dostaly šanci realizovat se i v oborech a pozicích v současnosti těžko dostupných. Další spekulace se nabízí například v souvislosti se vzrůstající náročností studia a zaváděním poplatků na vysokých školách. Budou za této situace absolventky měřit své profesní uplatnění mírou časové a finanční investice do vzdělání? Pak by bylo možné uvažovat o změně vnímání genderových rolí samotnými ženami, které by se začaly gender kontraktu bránit na institucionální makroúrovni a proměňovat rodinnou praxi na individuální mikroúrovni. Dalším faktorem, který může potenciálně vnést změny do praktikovaného gender kontraktu, je vstup České republiky do evropských struktur. Je zde jednak celý soubor snah o zavedení konceptu rovných příležitostí (na legislativní i společenské úrovni). Dále také předpoklad, že s postupným přibližováním standardům vyspělých evropských zemí se zřejmě stane dlouhá mateřská dovolená neudržitelnou (jak ukázala naše sonda, pro lékařky je už nyní v podstatě nemožné ji využívat). Bude tím vytěsňen jeden z hlavních argumentů pro omezení žen v pracovní aktivitě? Zapojí se za této situace do péče o děti muži výrazněji než doposud? Bude zpochybněna premisa, že děti, domácnost a rodina jsou primární záležitostí žen? Ještě odvážnější spekulaci můžeme rozvést, budeme-li kalkulovat s výrazným zlepšením stavu zdravotnictví, rozvojem privátních klinik a praxí a celkovým zlepšením ekonomiky. Se vzestupem zisků ve zdravotnictví by ženy měly možnost řešit péči o děti a domácnost placenými službami a jejich příspěvek do rodinného rozpočtu by přestal být pouze podpůrný. Taková situace by mohla pro ženy znamenat legitimizační argument pro úsilí o rovné šance v zaměstnání a následně změnit i dosavadní rodinnou praxi. Do jaké míry budou ženy ovšem na takovém pomyslném zlepšení v medicíně participovat, jestliže dnes je jejich pracovní dráha výrazně podřízena rodině a jejich pozice ve zdravotnictví genderově determinována? Jakou roli zde hraje obecný fakt nižšího platového ohodnocení žen?

Všechny výše uvedené možnosti proměn pracovní a rodinné praxe lékařek a celkové proměny či eliminace gender kontraktu jsou pouze spekulacemi. Tázání, kterými je doplňujeme, nepokrývají šíři problematiky, pouze na základě zjištění naší sondy naznačují určité směry. Jejich ověření vyžaduje pochopitelně širokou sociální analýzu vedenou z hlediska gender.

7. LITERATURA

- Abbott, P., C. Wallace. 1997. *An Introduction to Sociology – Feminist Perspectives*. London: Routledge.
- Báčová, V. 1997. "Společenská a kulturní podmíněnost osobní identity." In *Československá psychologie* 41, č.3.
- Blatný, M., L. Osecká, P. Macek. 1993. "Sebepojetí v současné kognitivní a sociální psychologii." In *Československá psychologie* 37, č.4.
- Čermáková, M. 1999. „Genderové rozdíly mezi ekonomicky aktivními vysokoškoláky.“ In *Czech Sociological Review*, Fall 2: 127 – 144.
- Čermáková, M. 1997. *Rodina a měnící se gender role – sociální analýza české rodiny*. Pracovní texty 97:8. Praha: SoÚ AV.
- Čermáková, M., M. Maříková, M. Musilová, L. Gatnar, E. Nechvátalová. 1998. *Muži a ženy s vysokoškolským diplomem - základní data z výzkumu*. Praha: SoÚ AV.
- Čermáková, M. 1997. "Postavení žen na trhu práce." In *Sociologický časopis* 33: 389-403.
- Disman, M. 1993. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Etzioni, A., E. Etzioni. 1963. *Social Change: Sources, Patterns and Consequences*. New York.
- Gelles, R.J. 1995. *Contemporary Families - a sociological view*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.
- Gender, Rovné příležitosti, výzkum. 1, 2-3/2000. Praha: SoÚAV
- Heitlingerová, A., Z. Trnková. 1998. *Životy pražských mladých žen*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Konopásek, Z. 1998. "Text a textualita v sociálních vědách." In *Estetika sociálního státu*: 55-96. Praha: GplusG.
- Maříková, H. 1997. "Ženy ve vrcholových politických pozicích." In *Sociologický časopis* 33: 435-443.
- Maříková, M. 1999. *Muž v rodině: demokratizace sféry soukromé*. Pracovní texty 99:6. Praha: SoÚ AV

- Matoušek, O. 1997. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: Sociologické nakladatelství.
- McCall, G.J., J.L. Simmons. 1966. Identities and Interaction. New York: Free Press.
- Možný, I. 1983. Rodina vysokoškolsky vzdělaných manželů. Brno: Universita J.E.Purkyně.
- Možný, I. 1999. „Česká rodina v době pozdní modernity.“ In Česká společnost na konci tisíciletí 1. Praha: Karolinum.
- Singly, de F. 1996. Sociologie moderní rodiny. Praha: Portál.
- Strauss, A., J. Corbin. 1999. Základy kvalitativního výzkumu. Boskovice: Albert.
- Strauss, A. 1987. Qualitative Analysis for Social Scientists. New York: Cambridge University Press.
- Stryker, S. 1968. "Identity Salience and Role Performance: The Relevance of Symbolic Interaction Theory for Family Research." In Journal of Marriage and the Family.
- Tomášková, S. 1995. "Matersvo jako kritérium hodnoty člověka." In Aspekt 1 Mateřství 1995. Bratislava: Aspekt: 30-33.
- Tuček, M. a kol. 1998. Česká rodina v transformaci - Stratifikace, dělba rolí a hodnotové orientace. Pracovní texty 98:3. Praha: SoÚ AV.
- Výrost, J., I. Slaměník. 1997. Sociální psychologie. Praha: ISV.

8. PŘÍLOHA

SCHÉMA ROZHOVORU

A. Vzdělávací dráha

1. Jak jste se dostala k medicíně?
 - a) Proč?
 - b) Kdo ji k tomu motivoval? (vliv rodinné tradice, jiné vlivy)
2. Jakou střední školu jste studovala?
 - a) Proč?
3. Zda se na vysokou školu dostala bez problémů nebo ne?
 - a) Pokud "s problémy", pak v čem to spočívalo?
 - b) Jak se "to" vyřešilo?
 - c) Co pro to (vyřešení situace) udělala ona sama?
4. Krátce vylíčit průběh studia:
 - a) Čeho chtěla dosáhnout?
 - b) Co si od absolvování VŠ slibovala?
5. Co konkrétně chtěla po absolvování VŠ dělat?
 - a) Co se z toho splnilo a co ne?
 - b) A proč?

B. Profesionální dráha

1. Délka praxe
2. Změny zaměstnavatele
3. Vývoj profesního vzestupu (včetně systému atestací)
 - a) Popsat stručně začátky
 - b) Popsat současný stav
 - co konkrétně dělá
 - jakou zaujímá v práci pozici
 - zda je se svou prací spokojená (a co to pro ni znamená být spokojená či nespokojená se svou prací a v čem)
 - co se v průběhu jejího profesního vzestupu změnilo
 - c) Zaznamenat další možné formy zvyšování kvalifikace (stáže, speciální odborné kurzy, jazykové kurzy, rekvalifikační kurzy apod.):
 - kdy a po jakou dobu je dělala

- jak byly časově náročné
- kdo je hradil
- zda byly organizovány a zajišťovány zaměstnavatelem nebo je dělala z vlastní iniciativy

4. Jakou vidí pro sebe perspektivu (kratší i delší) ve vykonávané profesi?
 - a) Čeho chce konkrétně dosáhnout?

C. Současné pracoviště

1. Jak velká je pracovní skupina, v níž dělá?
(kolik je v ní mužů a kolik žen, jak jsou přibližně staří a jakou mají kvalifikaci a délku praxe vzhledem k ní)
2. Jakou v této skupině zaujímá pozici vzhledem k ostatním?
3. Jakou pozici zaujímají ostatní ženy a muži, co konkrétně dělají? (jaký je obsah a náplň jejich práce)
4. Zda pracuje na směny? Popsat co to konkrétně obnáší.
5. Co pro ni její práce znamená (a proč)?

D. Muži a ženy v její profesi

1. Jaký je podíl mužů a žen v dané profesi (koho je více)?
2. Je podle ní tato profese stejně vhodná pro muže i pro ženy?
 - a) Proč ano, proč ne?
3. Jak její profese intervenuje do jejího života coby ženy?
 - a) Je v tom u mužů nějaký rozdíl?
4. Zda měla ztížený přístup k profesi:
 - a) při vstupu na fakultu
 - b) při získávání místa
 - c) v dalším vzdělávání (postgraduál, atestace aj.)
 - d) v možnosti uplatnit se soukromně
6. Mají ženy (obecně) přístup k této profesi nějak ztížený?
 - a) Proč?
 - b) ev. uvést nějaký konkrétní příklad, který zná

7. Má při vykonávání této profese nějaké zvláštní problémy, obtíže nebo naopak nějaké výhody (např. v souvislosti se starostí o rodinu)?
8. Mají jiné ženy při vykonávání této profese nějaké zvláštní problémy, obtíže nebo naopak nějaké výhody (např. v souvislosti se starostí o rodinu)?
9. Mají muži při vykonávání této profese nějaké zvláštní problémy, obtíže nebo naopak nějaké výhody (např. v souvislosti s profesním vzestupem)?
10. Intervenuje fakt, že je žena, nějak do výkonu její profese? ev. Jak?
11. Zda se cítí být rovnoprávná nebo naopak nerovnoprávná ve své profesi vzhledem k mužům?
12. Pokud se cítí být nerovnoprávná, co by se podle ní mělo změnit v jejím okolí, ve společnosti, aby se cítila být rovnoprávná?

E. Profese a okolí

1. Jaké pociťuje výhody a jaké nevýhody své profese?
2. Jaké jsou aktuální problémy její profese?
3. Jaká je současná možnost uplatnění v této profesi?
4. Jaké má tato profese perspektivy?
5. Jakou má tato profese prestiž?
 - a) Je rozdíl v prestiži muže a ženy vykonávající tuto profesi?
 - b) Jak by se zařadila vzhledem k jiným profesím, pokud jde o prestiž. Zařadila by se před či za profesi:
 - úředníka/úřednici ve státní správě
 - vysokoškolského učitele/učitelku
 - bankovního úředníka/úřednici
 - právníka/právníčku
6. Jaká je fluktuace v její profesi? A proč?

F. Plat a životní úroveň

1. Jaký má plat v porovnání s ostatními členy skupiny - vyšší, stejný, nižší?
2. Zda je s výší platu spokojená a jak s ním vychází?
3. Zda si "přivydělává" a proč?
4. Jaká je její životní úroveň v porovnání:
 - se stejně starými spolužáky ze SŠ, z VŠ
 - se svými kolegy z pracoviště
5. Kdo má vyšší příjem, zda ona, nebo její manžel/partner/přítel.

G. Profese a rodina (pokud má rodinu)

1. Vliv rodiny na práci (na průběh profesní dráhy, na kariéru)
2. Vliv práce na rodinu
 - jak zorganizován chod domácnosti (kdo tam co dělá, faktická účast manžela/partnera, využívání služeb, výpomoci v domácnosti apod.)
 - kdo a jak se stará o děti
3. Vliv práce na partnerské vztahy
4. Kdy se narodilo první dítě, zda byla na mateřské, jak dlouho?
 - postoj nadřízených - byla diskriminována kvůli těhotenství či mateřství?
5. Vliv její práce na děti, možnost věnovat se dětem.
6. Kolik plánovala mít dětí a kolik jich skutečně má? "Zdůvodnit" rozdíl.
7. Kolik dětí chce ještě mít a kdy.

H. Z jaké pochází rodiny?

- Co dělají rodiče? Jaké mají vztahy? Kdo doma dominoval?
- Sourozenci. Co dělají?
- Jaký je typ původní rodiny?

I. Jaká je partnerova rodina?

- Jak to chodí u nich?

J. Životní styl

1. Dovolená
 - kolik jí má a kolik si jí vybírá
 - kdy si ji vybírá a jak ji obvykle tráví
2. Koničky a zájmy
 - jaké
 - kolik má na ně času
3. Péče o sebe samu - co to konkrétně obnáší
 - zda má čas jen pro sebe (kolik a jak často)
 - jak jej tráví

K. Socio-demografické údaje

- Věk, vzdělání
- Stav (pokud svobodná, kdy plánuje sňatek a kolik dětí a kdy)
- Počet dětí
- Lokalita (kolikrát a proč se stěhovala)

Doplňující otázky

1. Vyprávějte svůj příběh, který byl „střetem s mužským světem“. Jak to bylo? Co si o tom myslíte dnes?
2. Jak vidíte ženy kolem sebe? Co si myslíte o jejich postavení, „o ženské otázce u nás“? Jste schopna s nimi solidarizovat?
3. Změnila jste někdy svůj názor na muže, kdy a za jakých okolností a co Vás k tomu vedlo?
4. Co si myslíte o ženách, které chtějí rovnoprávnost s muži, rovné vztahy v zaměstnání a snaží se to prosadit?
5. Setkala jste se s tím, že se muži separují od žen a vytváří „mužské vlivné skupiny“?
6. Setkala jste se s tím, že žena(y) nenávidí muže? Jaká byla příčina?

7. Co si myslíte o ženské submisivitě?
8. Dokázala byste žít bez partnera delší dobu?
9. Které ženy si považujete? Vyprávějte o ní.

SHRNUTÍ

Předkládaná práce je kvalitativní sondou mapující pracovní pozici, rodinnou situaci a postoje mladých lékařek. Sonda byla součástí komplexního výzkumného projektu SoÚ AV „Pozice žen s vysokoškolským vzděláním v české společnosti 90. let“ (odpovědná řešitelka PhDr. Marie Čermáková). Analyzováno je 20 rozhovorů s lékařkami, které absolvovaly medicínu v roce 1989-90, a pozornost je zaměřena především na otázky spojené s profesním uplatněním mladých lékařek v souvislosti s dynamikou rodiny, chápáním gender rolí, harmonizací pracovní a rodinné sféry a genderovými specifiky v profesi. Metodologicky se studie opírá o *grounded theory* a využívá technik elektronického zpracování kvalitativních dat.

Analýza rozhovorů ukázala, že při utváření pracovní a rodinné praxe se u mladých lékařek výrazně uplatňuje gender kontrakt. Jde jednak o rozdělení rolí mezi partnery, jednak o pravidla fungování profesních struktur v medicíně. Silná profesní motivace lékařek, neochota vzdát se medicíny, což zahrnuje i zvládání náročnosti oboru a neustálé vzdělávání, je limitována lékařkou znevýhodňující rodinnou praxí. Situace není řešena přeuspořádáním v rodině, ale kompromisem, kdy se žena v určité míře snaží dostat nárokům obojího. Rozhodování v profesní oblasti jsou legitimizována uspokojivým plněním role matky a manželky. Tato role pro dnešní mladou lékařku představuje většinu zodpovědnosti za výchovu a zabezpečení dětí, většinu domácích prací a zajištění chodu domácnosti.

V profesní oblasti je gender kontrakt podpořen argumentací o nevhodnosti učících oborů pro ženy. Jeho fungování (diskriminační praktiky užívané na trhu práce ve zdravotnictví nevylučuje) vytváří genderovou segregaci v rámci medicíny. Této problematice se věnuje první ze tří částí analytického textu – *Profese, pracovní dráha*. Ve sféře rodiny je pozornost věnována rozdělení rolí mezi partnery a vliv tohoto uspořádání na pracovní dráhu. Přestože intervence profese do rodinného života lékařek je značná, rodinné povinnosti (domácnost a zvláště péče o děti) považují ženy za své a jsou důvodem k jejich nižším profesním ambicím. Žena je „spíše matkou“, zatímco muž má možnost být „naplno lékařem“. (Rodinným rolím, péčí o děti, mateřstvím, mateřské dovolené a domácím pracím se věnuje druhá analytická část – *Rodina*). Studie je dále doplněna o psychologizující pohled na *profesní satisfakci* lékařek. Ve snaze zachovat *kladné sebezpojetí* lékařky v průběhu praxe v závislosti na mechanismech fungování gender kontraktu přehodnocovaly svá profesní očekávání a re-formulovaly hodnotové postoje vůči práci a rodině. Touto strategií dosažená vysoká míra profesní satisfakce je v podstatě dalším z legitimizačních nástrojů gender kontraktu.

SUMMARY

The presented paper is a qualitative study mapping the work position, family situation and attitudes of young female doctors. The study was a part of a comprehensive research project conducted by the Institute of Sociology of the Academy of Sciences “Position of Women Having University Education in the Czech Society of the 90’s” (responsible research worker PhD Marie Čermáková). Twenty interviews with female doctors who graduated from the Medical School in 1989-90 were analyzed, and

a particular attention was paid to the issues related to the professional self-assertion of young doctors in relation to the family dynamics, the understanding of gender roles, harmonization of work and family spheres, and gender specifics in the profession. Methodology of the study is based on the grounded theory and uses methods of qualitative data electronic processing.

The analysis of interviews showed that the gender contract is firmly in place during the development of work and family practice. On one hand, this relates to the distribution of roles between the partners, on the other hand to the rules according to which the professional structures in medicine work. A strong professional motivation of female doctors, unwillingness to give up medicine, which includes also a mastery of a demanding discipline and continual education, are limited by the family practice, disadvantaging the female doctors. The situation is not solved through re-structuring the roles in the family, but through a compromise whereby a woman attempts to fulfil the requirements of both sides to a certain extent. Decisions taken in the professional sphere are legitimised by a satisfactory fulfilment of a role of mother and wife. For a today's young female doctor this role represents mostly a responsibility for the education and taking care of children, majority of housework and ensuring the functioning of a household.

In the professional area, the gender contract is supported by arguments pertaining to un/suitability of certain disciplines for women. Its functioning (discriminating practices applied on the labour market, not excepting healthcare) creates gender segregation within the medical science. The first of three parts of the analytical text – Profession, career – deals with this issue. In the family area, attention is paid to the distribution of roles between the partners and the impact of such arrangements on the career. Although the impact of career on the family lives of female doctors is quite considerable, women consider family obligations (household and especially childcare) to be their domain. This leads to their lower professional ambitions. A woman is “more a mother”, while a man has an opportunity to be “a full-time doctor”. (The second analytical part – Family – deals with family roles, childcare, maternity leave and housework). Furthermore, the study contains a psychologizing view on the professional satisfaction of female doctors. In an effort to keep a positive self-image during the course of her medical practice depending on the mechanisms of gender contract functioning, they reassessed their professional expectations and re-formulated their attitudes towards work and family. A high professional satisfaction reached using this strategy is another form of legitimising the existing gender contract.

ZUSAMMENFASUNG

Die vorgelegte Arbeit ist eine qualitative Sondierung, die die Arbeitsposition, die Familiensituation sowie die Stellung junger Ärztinnen verzeichnet. Die Sondierung war ein Teil des komplexen Forschungsprojektes des SoÚ AV „Die Stellung der Frauen mit Hochschulbildung in der tschechischen Gesellschaft der 90er Jahre“ (Projektleiterin PhDr. Marie Čermáková). Es wurden 20 Gespräche mit Ärztinnen, die Medizin in den Jahren 1989-90 absolvierten, analysiert, und die Aufmerksamkeit wird besonders auf Fragen gerichtet, die mit der Berufsrolle junger Ärztinnen im Zusammenhang mit der

Familiendynamik, der Gender-Rollenauffassung, der Harmonisierung der Arbeits- und Familiensphäre sowie den Gender-Spezifiken im Beruf zusammenhängen. Methodologisch stützt sich diese Studie auf die *grounded theory* und nützt die Technik der elektronischen Verarbeitung qualitativer Daten.

Die Analyse der Gespräche zeigte, dass bei der Bildung einer Arbeits- und Familienpraxis Gender-Kontrakte bei jungen Ärztinnen deutlich zur Geltung kommen. Es handelt sich einerseits um die Aufteilung der Rollen zwischen den Partnern, andererseits um die Regeln der Funktierung professioneller Strukturen in der Medizin. Eine starke professionelle Motivierung der Ärztinnen, Unwille sich der Medizin zu entsagen, was auch die Bewältigung der Ansprüche des Fachbereiches und eine ständige Weiterbildung einbezieht, ist durch die Ärztin benachteiligende Familienpraxis begrenzt. Diese Lage wird nicht durch eine Umordnung in der Familie gelöst, sondern mittels eines Kompromisses, bei dem die Frau in einem gewissen Masse trachtet beide Ansprüche zu bewältigen. Die Entscheidungen im professionellen Bereich werden durch eine befriedigende Erfüllung der Mutter- und Ehefraurolle legitimiert. Diese Rolle bedeutet für die heutige junge Ärztin den größten Teil der Verantwortung für die Erziehung und Sicherung der Kinder, den größten Teil an Hausarbeiten sowie die Sicherung des Laufs des Haushaltes.

Im professionellen Bereich wird der Gender-Kontrakt durch die Argumentation über die Nicht/Eignung bestimmter Fachbereiche für Frauen unterstützt und sein Fungieren (auf dem Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen diskriminierende Praktiken nicht ausgenommen) bildet eine Gender-Segregation im Rahmen der Medizin (dieser Problematik widmet sich der erste der drei Teile des analytischen Textes - *Profession, Arbeitsbahn*). In der Familiensphäre wird die Aufmerksamkeit der Aufteilung der Rollen zwischen den Partnern sowie dem Einfluss dieser Anordnung auf die Arbeitsbahn gewidmet. Obwohl die Intervention der Profession in das Familienleben der Ärztinnen bedeutsam ist, betrachten die Frauen die Familienpflichten (Haushalt, und besonders Fürsorge um die Kinder) als ihre und das ist der Grund ihrer geringeren professionellen Ambitionen. Die Frau ist „eher Mutter“, während dessen der Mann die Möglichkeit hat „voll Arzt“ zu sein. (Den Familienrollen, Fürsorge über die Kinder, Mutterschaft, Mutterurlaub sowie Hausarbeiten widmet sich der zweite analytische Teil - *Familie*). Die Studie wird weiter durch eine psychologisierende Ansicht auf die *Professionelle Satisfaktion* der Ärztinnen ergänzt. Im Streben eine *positive Selbstauffassung* der Ärztinnen im Laufe der Praxis in Abhängigkeit von den Mechanismen einer Fungierung des Gender-Kontraktes aufrechtzuerhalten überwerteten sie ihre professionellen Erwartungen und formulierten die hochwertigen Stellungen gegenüber Arbeit und Familie um. Das mit dieser Strategie erreichte hohe Maß an professioneller Satisfaktion ist im wesentlichen ein weiteres der legitimierenden Werkzeuge des Gender-Kontraktes.

PUBLIKACE EDICE “SOCIOLOGICAL PAPERS“

Edice “Sociological Papers” je pokračováním edice “Working Papers”, která vychází od roku 1989. Doposud vyšlo 92 publikací.

- SP 00:1 M. Lux: The housing policy changes and housing expenditures in the Czech Republic; 64 p.
- SP 00:2 K. Müller, V. Štědranský: Transformace a modernizace společnosti na příkladech vybraných institucí. První část případových studií: střední průmyslový podnik, softwarová firma, banka, různá zdravotnická zařízení, vysokoškolský institut; 116 s.
- SP 00:3 D. Hamplová: Náboženství a nadpřirozeno ve společnosti (mezinárodní srovnání na základě jednoho empirického výzkumu); 64 s.
- SP 00:4 M. Kreidl: What makes inequalities legitimate? An international comparison; 54 p.
- SP 00:5 K. Vlachová: Stranická identifikace v České republice; 38 s.
- SP 00:6 P. Machonin, L. Gatnar, M. Tuček: Vývoj sociální struktury v české společnosti 1988-1999; 70 s.
- SP 00:7 L. Simerská, I. Smetáčková: Pracovní a rodinná praxe mladých lékařek; 70 s.

PUBLIKACE EDICE “WORKING PAPERS“

- WP 97:2 M. Jeřábek, J. Ježek, E. Šindelářová: Průmyslové podniky se zahraničním kapitálem v česko-německém pohraničí; 56 s.
- WP 97:3 Z. Vajdová: Politická kultura lokálních politických elit: srovnání českého a východoněmeckého města; 44 s.
- WP 97:4 J. S. Earle, S. G. Gehlbach, Z. Saková, J. Večerník: Mass Privatization, Distributive Politics, and Popular Support for Reform in the Czech Republic; 75 p.
- WP 97:5M. Hájek: Vývoj vybraných oborů vzdělání z hlediska genderu; 60 s.
- WP 97:6N. Kozera: Czech Women in the Labor Market Work and Family in a Transition Economy; 49 p.
- WP 97:7M. Illner: The territorial dimension of public administration reforms in East Central Europe; 64 p.
- WP 97:8M. Čermáková: Rodina a měnící se gender role – sociální analýza české rodiny, 120 s.
- WP 98:1T. Kostecký, A. Nedomová, Z. Vajdová: Trh s bydlením a jeho sociální souvislosti – situace v Praze a Brně, 50 s.

- WP 98:2P. Machonin: Results of a Czech-Slovak Comparison: Actors of Social Transformation and Modernisation,
L. Gatnar, B. Búzik: Attitudes of Individuals and Institutions to Social Transformation, 70 p.
- WP 98:3M. Tuček a kol.: Česká rodina v transformaci – Stratifikace, dělba rolí a hodnotové orientace, 162 s.
- WP 98:4M. Lux: Konzervatismus a liberalismus na pozadí percepce sociálního státu, 56 s.
- WP 98:5L. Brokl, Z. Mansfeldová, A. Kroupa: Poslanci prvního českého parlamentu (1992-1996), 94 s.
- WP 98:6K. Müller: Modernizační kontext transformace, strukturní a institucionální aspekty; 82 s.
- WP 99:1M. Tuček, E. Rendlová, M. Rezková, A. Glasová, J. Černý: Odras společenských změn ve veřejném mínění 1990-1998 (analýza dat IVVM); 104 s.
- WP 99:2A. Nedomová (editor), L. Bušíková, E. Heřmanová, T. Kostecký, Z. Vajdová, P. Vojtěchovská: Trh bydlení, jeho regionální diferenciaci a sociální souvislosti; 82 s.
- WP 99:3L. Bušíková: Známosti osobností lokální politiky; 68 s.
- WP 99:4F. Zich: Nositelé přeshraniční spolupráce na česko-německé hranici; 108 s.
- WP 99:5M. Musilová: Vývoj politiky rovných příležitostí mužů a žen v České republice v kontextu evropské integrace; 60 s.
- WP 99:6H. Maříková: Muž v rodině: demokratizace sféry soukromé; 110 s.
- WP 99:7 H. Jeřábek, R. Gabriel, M. Kříž, H. Malečková, M. Novák, E. Pilíková, K. Plecítá, J. Remr, A. Vlachová: Utváření postojů obyvatel českého města I. Lidé s vlivem a osobní mezilidská komunikace při utváření politických postojů v lokální komunitě; 136 s.
- WP 99:8 L. Brokl, A. Seidlová, J. Bečvář, P. Rakušanová: Postoje československých občanů k demokracii v roce 1968; 84 s.
- WP 99:9 B. Řeháková: Vnímané a spravedlivé nerovnosti: vývoj v devadesátých letech a další souvislosti; 46 s.
- WP 99:10 M. Kreidl, K. Vlachová: Rise and decline of right-wing extremism in the Czech Republic in the 1990s; 40 p.
- WP 99:11 M. Jeřábek (editor): Geografická analýza pohraničí České republiky; 184 s.

Pracovní a rodinná praxe mladých lékařek

**Lenka Simerská
Irena Smetáčková**

Edice Sociological Papers SP 00:7

Sociologický ústav AV ČR
Jilská 1, 110 00 Praha 1

Náklad 190 ks

1. vydání

Prodej zajišťuje redakce Sociologického časopisu

Klára Šáňová

tel. 22 22 17 61

fax 22 22 01 43

e-mail: sreview@soc.cas.cz