

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA FILOZOFICKÁ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Genderové stereotypy ve zdravotnictví

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA FILOZOFICKÁ  
KATEDRA SOCIOLOGIE  
STUDIJNÍ PROGRAM SOCIOLOGIE  
STUDIJNÍ OBOR SOCIOLOGIE**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Genderové stereotypy ve zdravotnictví

**Nela Bauerová**

**Vedoucí práce:**

Mgr. Lukáš DIRGA, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

**Plzeň 2019**

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

*Plzeň, duben 2019*

.....

## **Poděkování**

V následujících řádcích bych chtěla poděkovat panu Mgr. Lukášovi Dirgovi Ph.D. za jeho čas, toleranci a vstřícnost při konzultacích. Děkuji za cenné rady a věcné připomínky, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. Děkuji také respondentům a respondentkám za čas a poskytnuté rozhovory.

## OBSAH

|     |                                                                     |    |
|-----|---------------------------------------------------------------------|----|
| 1   | ÚVOD .....                                                          | 1  |
| 2   | GENDER V SOCIOLOGICKÉ PERSPEKTIVĚ .....                             | 3  |
| 2.1 | Gender, genderová role, genderová identita .....                    | 3  |
| 2.2 | Teorie genderového univerza .....                                   | 4  |
| 2.3 | Genderové stereotypy v praxi .....                                  | 5  |
| 3   | GENDER VE ZDRAVOTNICTVÍ .....                                       | 9  |
| 3.1 | Nemocnice jako formální byrokratická a genderovaná organizace ..... | 9  |
| 3.2 | Vztahy a interakce mezi jednotlivými profesemi .....                | 11 |
| 4   | METODOLOGIE .....                                                   | 13 |
| 4.1 | Použité metody a analýza .....                                      | 13 |
| 4.2 | Výběr vzorku .....                                                  | 14 |
| 4.3 | Rozhovory a etika výzkumu .....                                     | 15 |
| 5   | INTERPRETACE DAT .....                                              | 16 |
| 5.1 | Odpovědi z perspektivy respondentů .....                            | 16 |
| 5.2 | Motivace při výběru povolání .....                                  | 18 |
| 5.3 | Aspirace mužů a žen, zastoupení v řídicích pozicích .....           | 19 |
| 5.4 | Vliv rodičovské dovolené na kariérní růst .....                     | 21 |
| 5.5 | Vliv genderu na vztahy v nemocnici .....                            | 21 |
| 5.6 | Možné vysvětlení závěru výzkumu .....                               | 23 |
| 6   | ZÁVĚR .....                                                         | 25 |
| 7   | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....                                       | 27 |
| 8   | RESUMÉ .....                                                        | 30 |

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ÚVOD

Zdravotnictví, jako neustále se modernizující instituce, je nedílnou součástí společnosti. Jedná se o respektovanou instituci, což ilustruje i hodnocení profese lékař/lékařka, která s sebou nese velkou míru prestiže [Tuček 2016]. Stěžejním prostředím pro lékařské a zdravotnické profese je nemocnice. Ta by jakožto fungující organizace měla být tvořena týmy lidí, kteří spolu spolupracují a kooperují. Takové organizace chápe Keller jako formální organizace, které „*představují umělý prostředek koordinace aktivit většího počtu lidí za určitým účelem*“ [Keller 1997, str. 9]. Spolupráci zaměstnanců však ovlivňují různé faktory a jedním z nich je gender [Keller 1997, str. 11]. Gender ovlivňuje a kategorizuje vztahy na základě rozdílů mužského a ženského pohlaví, což ale může reprodukovat stereotypní chování [Nedbálková 2006, str. 26]. Genderové stereotypy jsou zjednodušené představy o tom, jak má vypadat a především se chovat typická žena a typický muž, aby byla dostatečně femininní a muž dostatečně maskulinní [Renzetti 2005]. Podle těchto stereotypních charakteristik se pak hodnotí i povolání, které je s nimi spojené. Například profese zdravotní sestra je silně feminizovaná, což potvrzuje i statistika Českého statistického úřadu. Podle ní je na pozici zdravotní sestra 97,52% žen [ČSÚ 2018]. Právě pro tyto nerovnosti považuji za důležité zabývat se tématem genderu v oblasti zdravotnictví.

Důležitým pojmem, kterým se budu zabývat po celou moji práci, je gender. Jak později uvedu, často je chybně zaměňován s termínem pohlaví. Je však důležité si uvědomit, že gender je určitý aspekt sociálního, kulturního a psychického vyjádření sama sebe a co více, naší maskulinity nebo feminity [Wharton 2005, str. 6]. Pojmy gender a zdravotnictví budu využívat při analýze vztahů v nemocničním prostředí jakožto analytické kategorie.

Výchozí pozicí pro moji práci je vliv genderu už na samotný výběr školy a povolání a dále pak jeho vliv na pracovišti. Ve své práci si kladu za cíl popsat, jak gender ovlivňuje vztahy mezi lékaři, lékařkami a zdravotními sestrami, zdravotními bratry v konkrétní nemocnici. Výzkumná otázka, na kterou se budu snažit ve své práci odpovědět, zní: jakým způsobem reflektují vybraní aktéři nemocničního prostředí vliv genderu na organizační strukturu nemocnice a interakce mezi zdravotnickým personálem. Svoji práci jsem rozdělila do několika kapitol. Nejprve uvedu obecné informace týkající se genderu, pojmů s ním souvisejících a jeho vlivu na společnost. Podrobněji se budu věnovat genderovým

stereotypům a jejich projevům v praxi. Zmíním také klíčové teorie, ze kterých vycházím. Jednou z nich je teorie Jana Kellera o formální, byrokratické organizaci a druhou z nich je teorie Sandry Harding o genderovém univerzu. V závěru teoretické části se zaměřím na konkrétní profese v nemocnici a na vztahy mezi nimi. Bakalářská práce je založena na kvalitativním výzkumu, jehož hlavní metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory se zaměstnanci nemocnice. V praktické části práce se zaměřím na propojení výchozí myšlenky teorie se samotným výzkumem.

## 2 GENDER V SOCIOLOGICKÉ PERSPEKTIVĚ

### 2.1 Gender, genderová role, genderová identita

V první řadě považuji za důležité vyjádřit, jak pracuji se samotným pojmem gender. Tento pojem je často zaměňován za termín pohlaví, proto je třeba tyto dva pojmy od sebe odlišit. Pojem pohlaví odkazuje na fyzické rozdíly mezi muži a ženami, na druhé straně gender reflektuje psychologické, sociální, historické a kulturní rozdíly. Gender jako takový je proměnlivý a tvárný, zároveň úzce souvisí se sociálním světem, který určuje, co je ženské a co je mužské [Jarkovská 2014]. Amy S. Wharton definuje gender pomocí jeho tří hlavních funkcí. Podle ní je gender stav, ale také proces, který je neustále reprodukován a tvořen. Gender není jen vlastností jednotlivce, ale můžeme ho najít ve všech rovinách sociální struktury. V neposlední řadě gender prohlubuje vztahovou nerovnost, a to nejen v institucích ale i v běžném životě [Wharton 2005, str. 5]. Z těchto definic můžeme vidět, že gender nás obklopuje v běžném životě, ať vědomě, tak nevědomě. Je tak nedílnou součástí každodenního života. Jedním z projevů genderového uspořádání vztahů mezi muži a ženami je reprodukce genderových stereotypů.

Jeden z nejčastějších stereotypů, se kterým se setkáváme, se vztahuje k genderovým rolím. Abychom mohli být „správnou“ ženou a „správným“ mužem a vyhovět tak požadavkům společnosti, je důležité plnit předem určenou genderovou roli. Genderová role je podle Jarkovské tvořena očekáváními, která máme vůči držitelům a držitelkám daných pozic, a naopak i očekáváními, která jsou kladena na nás [Jarkovská 2014]. Jak už jsem zmiňovala výše, pokud člověk tyto role nedodržuje, je dost možné, že bude společností nepochopen, v mnoha případech i sankcionován. Genderové role si děti začínají osvojovat v rámci procesu socializace. Role, kterou následně člověk bude po svůj život naplňovat, se mění v závislosti na společnosti a na jejích standardech, respektive na společenských představách o ideální ženě a muži. Tyto představy se formují v čase a prostoru. Sankcionování může být zprvu nenápadné, ale ve svých důsledcích znatelné [Janošová 2008].

Vytvořené role se liší v závislosti na dané kultuře, ale zároveň nám v té naší připadají nevyhnutelné [Meadová 2010]. Je tudíž pravidlem, že své vymezené role můžeme považovat za předem dané na základě nějakého obecného zákona [Oakleyová 2000]. Na kulturní a sociální genderové role odkazuje nejen genderová role, ale i genderová identita.



Genderová identita je subjektivně akceptovaná představa o genderových vlastnostech, se kterými se jedinec ztotožňuje, nebo je odmítá. Na jejím rozvoji se podílejí jak biologické, tak sociální faktory [Vágnerová 2005]. Stejně jako tomu je u genderové role, ani identita není jedinci předurčena biologicky od narození (je pouze předcházena pohlavím), je to tedy něco, co si jedinec postupně osvojuje vlivem společnosti. U většiny případů je genderová identita obrazem pohlaví a samotné genderové kategorie. Výjimky můžeme nacházet například u transsexuálů, kde se pohlaví neslučuje s představou identity [Lippa 2009].

## 2.2 Teorie genderového univerza

Pro moji práci je klíčová teorie Sandry Harding o genderovém univerzu, proto s ní budu v této kapitole podrobněji pracovat. Sandra Harding rozděluje genderové univerzum do tří rovin, a to na symbolické univerzum, dělbu práce a rovinu individuální [Harding 1986]. Teorie symbolického univerza uvádí, že vše, co je ve společnosti spojováno s mužstvím, je více ceněno a je nadřazeno tomu, co je spojováno s ženstvím. Ženský princip je pak hodnocen v závislosti na reprodukční funkci. Takový symbolismus má za důsledek tvorbu nerovných dichotomií, jako například mysl a tělo nebo racionální a citový. V těchto dichotomiích je racionalita přiřazována k mužskému pohlaví a naopak [Harding 1986]. Jako jeden z příkladů bych mohla uvést stereotypní roli ženy jako pečovatelky, tato role je totiž spojována právě s vlastnostmi jako je citlivost a empatie, které jsou přisuzovány ženám [Dudová, Volejníčková 2014]. Podobně se reprodukuje tento binární symbolismus také v oblasti dělby práce, kde se mužům přiřazují funkce a profese ve veřejné sféře, tedy té materiální, a ženám ve sféře soukromé s důrazem na reprodukci. Tuto rovinu můžeme vidět v historii, kdy ženy ve veřejné sféře příliš nepůsobily. Důkazem je odpírání volebního práva ženám, nebo zákaz zúčastňování se veřejných zasedání. Na rovině individuální se jedná o osvojování genderových rolí v průběhu socializace. Ženy a muži se mají chovat podle očekávání společnosti, a tedy naplňovat své role. Naplňování těchto rolí má vytvářet model přirozenosti a obrací se k biologickému pohlaví [Šmausová 2002]. Tyto tři roviny se navzájem podporují a prostupují, vytvářejí tak koherentní strukturu [Harding 1986].

Formát dělby práce Sandry Harding, můžeme dále potvrdit výroky Křížkové a Pavlici, kteří uvádějí, že rozdělování oborů podle pohlaví není volba jednotlivců, ale spíše důsledek genderově orientované socializace a diskriminačních praktik. Dle nich můžeme rozdělit dva

typy diskriminačních praktik týkající se zaměstnání. Jedním z nich je diskriminace v přístupu k zaměstnání a druhým z nich diskriminace v zaměstnání. Základem takových diskriminačních praktik je tzv. genderové schéma, které shrnuje stereotypní charakterové vlastnosti, které jsou přisuzovány jednomu pohlaví a staví je nad individuální rozdíly [Křížková, Pavlica 2004]. Následkem stereotypů je fakt, že úsilí žen i mužů k dosažení úspěchu v pro ně netradičních oborech odvětvích je obtížnější. Ženy nemají velké zastoupení v mocenských strukturách a jejich profese jsou často hůře placené [Křížková, Pavlica 2004]. Už v minulosti byly podle Pierra Bourdieu patrné změny v postavení žen a jednou z těch největších je skutečnost, že narůstá počet dívek na středních a vysokých školách. I přesto se však ženy s diplomem stále uplatňují hlavně na střední úrovni profesí, tj. zdravotnický personál, sociální pracovníce apod. [Bourdieu 2000].

V dnešní době to potvrzují i data z Českého statistického úřadu, podle kterého je počet dívek na vysokých školách vyšší než počet chlapců [ČSÚ 2016]. Genderové stereotypy jsou proto stále aktuálním tématem a je vhodné jim věnovat pozornost. Důkazem toho je například samotné oddělení Ministerstva práce a sociálních věcí, které se zabývá rovností mužů a žen. Ve veřejném prostoru se tímto tématem zabývá i Úřad vlády, který v roce 2014 vydal Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v České republice na léta 2014 – 2020, která má za cíl formulovat opatření veřejné správy, které přispějí k rovnosti mužů a žen v ČR [Úřad vlády ČR 2014].

## **2.3 Genderové stereotypy v praxi**

S pojmem „genderové stereotypy“ přichází Lippman, který si všiml a poukázal na určité zakotvené představy, které mají lidé vůči jiné skupině lidí. Stereotypy jsou podle něj stabilní a ustrnulé prvky ve vědomí, které následně ovlivňují i chování, názory i postoje. Tyto prvky jsou často vázány na jiné okolnosti, než na vlastní zkušenosti [Lippman 2015]. Stereotypy bývají z hlediska času a vývoje poměrně stálé, protože jsou často odrazem tradic v dané společnosti a ty bývají konzervativní [Janošová 2008]. Renzetti pak z hlediska genderu pojímá stereotypy jako zjednodušené představy o tom, jak má vypadat typická žena a typický muž, aby byla dostatečně femininní a muž dostatečně maskulinní. Tyto představy mohou být univerzální pro obě pohlaví, ale jak to většinou bývá, i zde nacházíme výjimky. Je předpoklad, že i přes lidskou snahu vymanit se stereotypům budou společnosti podle nich

hodnocení [Renzetti 2005]. Genderové stereotypy jako takové jsou vázány na vlastnosti a charakteristiky přisuzované v dané společnosti mužům a jaké ženám. Jako příklad můžu uvést tzv. ideál krásy. Renzetti uvádí, že jako ideální postavy jsou brány ty, patřící mladým ženám, které jsou nejčastěji štíhlé a atraktivní [Renzetti 2005]. „*Téměř z každé strany se usmívají neexistující počítačově upravené dokonalé modelky nebo slavné ženy, které si svou oblíbenost získaly krásou*“ [Jarkovská, Navrátilová 2004, str. 131]. Časopisy přinášejí návod, jak docílit vzhledu, jaký mají modelky uvnitř periodika. Doporučují kosmetiku, vlasové přípravky nebo oblečení. Být perfektní znamená být krásná. Ženy jsou totiž více než muži hodnoceny ostatními lidmi. Jsou porovnávány s ideálem, který byl vytvořený naší kulturou. Pokud se mu žena nevyrovná, znamená to, že prohrála. V dnešní době je tedy běžné, že se ženy cítí v důsledku mýtu krásy nespokojeny s vlastním tělem. To je často může dovést k nezdravým – někdy i životu nebezpečným – praktikám při pokusech takového nerealistického ideálu dosáhnout [Renzetti 2005].

Genderové stereotypy mohou být zdánlivě nepatrné, ale jejich praktické důsledky zasahují do každodenního života. Že se genderové stereotypy tvoří už v předškolním věku, jsem zmínila výše. Genderové stereotypy mohou mít vliv na očekávání od chlapců a dívek. Na dívky je kladen důraz, aby byly pozorné a pečlivé a jejich zájem se zaměřoval spíše na humanitní vědy. Naopak u chlapců je často kladně hodnocena aktivita při sportu a logických a technických předmětech. Jarkovská zmiňuje, že když chlapec dostane špatnou známku, je to odůvodněno tím, že je to chlapec, pokud se tak stane u dívky, hodnocení okolí je poněkud tvrdší a je pokárána, že by měla být více pečlivá a soustředěná. Už v tomto ohledu vidíme praktické důsledky v podobě odlišných nároků na chlapce a dívky na základních školách, případně pak i středních školách [Jarkovská 2010]. Dalším stádiem jsou určité stereotypy při výběru vysoké školy, kde existuje poměrně stálá pravidelnost v tom, jaké školy si vybírají muži, a jaké ženy. Tyto pravidelnosti odrážejí fakt zmíněný výše, a to reprodukce stereotypů oblíbených předmětů již na základních školách. To v praxi znamená, že muži se hlásí na školy s technických, inženýrským, IT, fyzikálním nebo přírodním zaměřením a ženy pak na humanitní, pečovatelské nebo ekonomické obory [Curran, Renzetti 2003].

Jedním z nejdiskutovanějších témat je poslední dobou nerovnost na trhu práce, která vede až k segregaci pracovního trhu a nerovnému odměňování na základě genderu. I přesto, že je zákonem<sup>1</sup> dané, že za stejnou práci má člověk dostat stejně vysokou mzdu, bez ohledu

---

<sup>1</sup> Dle ustanovení článku 2, odstavce 2 Zákona č. 262/2006, zákoník práce.

na odlišnosti, tudíž i bez ohledu na gender a pohlaví, jaké člověk má. V praxi potom dochází k velmi výrazným rozdílům ve statistikách týkajících se odměňování [Báčová 2017]. Argumenty se často opírají o názor, že velký vliv na takové nerovnosti má mateřská dovolená. Křížková a spol. ve svém výzkumu reagují takto „*Ukázali jsme, že v mezinárodním srovnání je vliv mateřství na ženskou pracovní pozici v České republice nejvyšší ze všech zemí EU. Navíc velmi dlouhá rodičovská dovolená ústí v genderové nerovnosti včetně mzdových nerovností po návratu žen ze tříleté rodičovské dovolené ve srovnání s muži, kteří většinou žádnou významnou přestávkou v pracovní dráze neprocházejí.*“ [Křížková a spol. 2008, str. 63].

Nerovné postavení mužů a žen a segregaci na trhu práce můžeme v dnešní době sledovat poměrně zřetelně. Vyvíjí se zde tzv. vertikální i horizontální segregace. Vertikální segregaci můžeme rozumět větší zastoupení mužů ve vyšších, rozhodovacích pozicích. „*Podle klasifikace zaměstnání CZ-ISCO užívané Českým statistickým úřadem tvořili v roce 2014 v nejlépe postavené skupině „zákonodárců a řídicích pracovníků“ muži 72,8 % a ženy 27,2 %; naopak ve skupině „pomocní a nekvalifikovaní pracovníci“ bylo zastoupení žen 61,3 % a mužů 38,7 %*“ [Smetáčková 2016, str. 81]. Dále pak horizontální segregace, která je pro mou práci stěžejní, vyznačující se nerovným zastoupením mužů a žen v různých odvětvích a oblastech pracovního trhu. Tato segregace je způsobena zarytými představami o vhodnějších predispozicích pro danou práci na základě genderu [Anker 1998 in Smetáčková 2016]. Horizontální segregaci můžeme potvrdit i díky argumentům Sandry Harding, viz výše. Vzhledem k tomu, že ženy jsou podle její teorie spíše spojovány se soukromou sférou, je jim úspěch ve veřejné sféře značně komplikován. Kdežto muži, kteří jsou automaticky s veřejnou sférou spojováni, mají tuto cestu o to jednodušší (už v rámci výběru vzdělání) [Harding 1986].

Faktorem, který se při studiích nerovností na trhu práce zkoumá, mimo počet žen a mužů, je prestiž. Lidé v dnešní době mají tendenci určitou pozici hodnotit nejen podle samotné míry prestiže, ale i z hlediska genderu, tedy zda je povolání hodnoceno jako typicky ženské, nebo naopak.

Vzhledem k faktu, že právě prestiž je jedna z oblastí, která mě při výzkumu zajímala, zmíním v tomto odstavci důležité výsledky výzkumu, který se již tímto tématem zabýval. Jedná se o výzkum Ireny Smetáčkové, ve kterém autorka došla k závěru, že existují konkrétní povolání, u kterých jsou lidé výrazně přesvědčeni o jejich feminitě a maskulinitě. Na základě

údajů z Českého statistického úřadu si autorka rozdělila profese podle počtu zastoupení žen a mužů a následně si vytvořila kategorie. Z výsledků záměrně vybírám zdravotnické pozice. Pozice lékař/lékařka se umístila v kategorii „neutrální povolání“, protože zastoupení žen a mužů je v intervalu 40% - 60%. U profese zdravotní sestra/bratr je však vidět, že více jak 80% pracovníků/pracovnic tvoří ženy, tudíž je toto povolání autorkou označeno za „silně feminizované povolání“. V závěru výzkumu je zmíněno, že výsledek nepotvrdil předchozí výzkumy o tom, že typicky femininní profese automaticky vedou k nižší prestiži povolání a autorka uvádí, že klíčem k postupnému mazání rozdílů je na jedné straně jazyk a odstranění generického maskulina, ale také, a to hlavně, změna zarytých představ a postojů k určitým povoláním a genderové rovnosti [Smetáčková 2016]. Tento výzkum z části potvrzuje základní výchozí pozici mé práce, která zní tak, že gender ovlivňuje výběr povolání, ale i vztahy, které v rámci povolání panují. Tuto moji pozici později podrobněji teoreticky rozeberu v dalších kapitolách týkajících se konkrétních zdravotnických pozic a jejich genderových otázek a prakticky ve svém vlastním výzkumu.

Jak bylo zmíněno, role ženy jako pečovatelky úzce souvisí s profesí zdravotní sestra/bratr. Kvůli ní totiž dochází k silné feminizaci této profese. Z výzkumu Dudové a Volejníčkové vyplývá, že ženy se do role pečovatelky dostávají díky působení několika faktorů. Jedním z nich je socializace, kdy je dívkám od malička vštěpováno pečovatelské cítění (už ve výběru hraček) a do budoucna jsou to ony, se kterými se počítá v otázce péče o starší generaci rodiny, protože tak to dělaly jejich matky a babičky. Naopak muži jsou z takovéto „povinnosti“ bez váhání vyvázáni. Díky tomu ženy chápou jejich pečovatelskou povinnost jako samozřejmosti a jiné alternativy možné pomoci si vůbec nepřipouštějí. Kombinací kulturních a strukturních faktorů dochází i k tomu, že ženy chápou neplacenou pečovatelskou práci jako prvotní a svoji placenou práci na pracovním trhu jako druhotnou, spíše jako nutnost, a nepřikládají jí takovou váhu. Dále autorky zmiňují dřívější odchod žen do důchodu, jako jeden z dalších faktorů [Dudová, Volejníčková 2014].

Ve vztahu k výše uvedenému je patrné, že nemocnice představují prostředí, ve kterých je možné sledovat projevy genderových stereotypů v praxi. Proto, abych mohla tyto projevy analyzovat, se domnívám, že je vhodné nahlížet na nemocniční prostředí jako na formální byrokratickou a genderovanou organizaci.

## 3 GENDER VE ZDRAVOTNICTVÍ

### 3.1 Nemocnice jako formální byrokratická a genderovaná organizace

Dle Kellera představují organizace prostředek, který koordinuje aktivity skupiny lidí za daným cílem [Keller 1997]. Formálnost organizací spočívá především v tom, že principy jejich fungování jsou podobné, ať jsou jejich cíle jakékoliv (zajištění výroby, obrana, péče o nemocné, růst vědeckého poznání). Jedním z problémů formální organizace je, že jakmile se v ní ustálí struktury, dochází následně k procesům, které mají podporovat účinnost a adaptaci organizace, a však právě tyto procesy jsou často ty, které ve výsledku činnost organizace brzdí. Takové disfunkční jevy označuje Keller termínem „byrokracie“. Byrokracie jsou tedy paradoxní snahy učinit organizaci ještě více fungující. Další paradox, který v sobě byrokracie nese, souvisí s tím, že ona sama brzdí kreativní růst organizace, ale na druhou stranu také brání, aby se stala organizace sebedestruktivní, což by mohlo pramenit z prosazování osobních cílů jednotlivců [Keller 1997, str. 11]. Vzhledem k faktu, jaká úskalí s sebou byrokracie nese, na ni vzniká velké množství kritiky. Podle Kellera se však kritici dopouštějí dvou chyb. První vidí v tom, že kritici za byrokracii považují vše, co je na činnosti organizací posuzováno negativně, například i projevy mocenských vztahů, které však s byrokracií často vůbec nesouvisí.

Za druhou chybu považuje fakt, že kritici pod byrokracii řadí i jevy způsobené osobními nedostatky úředníků. Ačkoliv se autor byrokracie nezastává, má za to, že bez ní by organizace trpěly daleko více různými formami předbyrokratických způsobů. Z hlediska nemocnice a ústavů pro duševně choré můžeme pozorovat hned několik latentních tendenčních znaků byrokracie, a to například snahu „*pohlížet na klienty jako na ne zcela plnoprávné, ne zcela vyzpytatelné a určitý odstup vyžadující objekty*“ [Keller 1997, str. 12].

V prostředí nemocnice hraje byrokracie velkou roli. Je to zejména díky vývoji směrem k nutnosti poskytování a získávání písemného souhlasu. Tyto podpisy chrání lékaře a lékařky a zejména pacienty před případnými komplikacemi. Jedná se například o souhlas s anestezií, souhlas s předoperačním vyšetřením nebo souhlas se samotnou operací. Od minulého roku se byrokracie také začala dotýkat předepisování lékařských receptů a poskytování informací o pacientech, což souvisí s obecným nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR). V praxi to

znamená, že recepty, pro které si pacient nemůže dojít sám, smí být vydány pouze osobě, která má plnou moc. To stejné platí o sdělování informací o zdravotním stavu pacienta, kdy sám musí písemně souhlasit s tím, komu tyto informace budou předány. Tato byrokratická ochranná opatření, mohou mít v práci omezující charakter, protože je třeba na ně dbát a důsledně je dodržovat.<sup>2</sup> Proto prostředí nemocnice vykazuje znaky formální byrokratické organizace. Autoři dále rozvíjejí koncept formální byrokratické organizace o oblast genderu.

Nedbálková navazuje na pojem genderovaná organizace, podle ní je gender jako analytická kategorie součástí vztahů, které se odvíjejí od rozdílnosti mužského a ženského pohlaví. Tyto rozdílnosti jsou zdánlivě přirozené. Nedbálková také tvrdí, že „*Gender je tak neustále přítomnou součástí ideologií, postupů, procesů, praktik a rozložení moci v nejrůznějších sektorech sociálního života. Genderované (a zároveň genderující) postupy jsou ospravedlňovány samozřejmostí a zdánlivou přirozeností své existence, která navíc, jak jsem zmínila, vzbuzuje dojem pouhého zrcadlení biologické odlišnosti pohlaví*“ [Nedbálková 2006, str. 26]. Genderová struktura se reprodukuje v organizaci obecně a pak také na úrovni aktérů, kteří se zde mají uplatnit. Z hlediska organizační logiky jsou zaměstnanecké pozice, které jsou uspořádány v hierarchickém žebříčku jako abstraktní kategorie, které mají dané požadavky, jež musí žadatel o profesi splnit. Takovýmto požadavkům by vyhověl zaměstnanec, který by do své práce dal maximum času a jednal by na základě racionality a efektivity [Nedbálková 2006].

Z výše uvedených informací je možné zjistit, kdo by byl ideální zaměstnanec, podle daných vlastností. Byl by jím muž, a to díky přisuzovaným vlastnostem, které jsou mu dané, a to je právě racionalita a efektivita. Při aplikaci na nemocniční strukturu pak logicky vyplývá, že muži jsou snadněji obsazováni do doktorských pozic a ženy, jakožto pečovatelky, pak do těch sesterských.

Nemocnici tedy můžeme chápat jako formální, byrokratickou a genderovanou organizaci, zaměřenou na konkrétní společný cíl. Nedílnou součástí běžného chodu nemocnice je právě byrokracie, bez které by v praxi nemohl být pacient ani řádně ošetřen. Z výše uvedeného vyplývá, že gender je jednou z kategorií, která může ovlivňovat vztahy

---

<sup>2</sup> Tyto informace mi byly poskytnuty při realizaci vlastního výzkumu v nemocnici jednou z respondentek, která je zaměstnankyní nemocnice již 20 let. Informace byly podloženy vlastní praxí a přiloženými vzory formulářů a dokumentů obsahující písemné souhlasy.

v organizaci. V další části mé práce se zaměřím na to, jakým způsobem gender ovlivňuje vztahy a jaký to může mít v praxi důsledek.

### 3.2 Vztahy a interakce mezi jednotlivými profesemi

Aktéry pracujícími v nemocnici, kteří jsou pro moji práci zásadní, jsou lékař/lékařka a zdravotní sestra/bratr. Na rozdíl od profese lékař/lékařka, která je genderově považována za neutrální, profese zdravotní sestry/bratra má silně femininní charakter. Rozdíl je vidět také v nerovném počtu mužů a žen na těchto pozicích. Dle statistik je na pozicích zdravotní sestra/bratr 97, 52% žen [ČSÚ 2018].

Vztah lékaře/lékařky a zdravotní sestry/bratra se může stát, vzhledem k výše zmíněnému, poněkud komplikovaným. Dochází zde k tzv. nepochopení rolí, to znamená, že na pracovišti často dochází k prohlubování stereotypů a lékaři/lékařky chápou sestry/bratry jako své podřízené<sup>3</sup>. Může pak v praxi docházet k tomu, že jsou sestry/bratři pověřováni úkoly, které nezapadají do jejich kompetencí [Bártlová 2003]. Studium vztahů mezi lékařem/lékařkou a zdravotní sestrou/bratrem se zabývají Bártlová a Trešlová. Z jejich výzkumu vyplývá, že problematické vztahy, které na pracovišti vznikají je více než vhodné řešit. Je důležité zaměřit se na kvalifikační vzdělávání posilující dovednosti v interpersonální komunikaci a řešení problému při ní vzniklých [Bártlová, Trešlová 2010]. „*Zlepšení vztahů mezi lékaři a sestrami je nejdůležitějším faktorem při redukování nežádoucích účinků nevhodného chování na klinické výsledky. Prvním krokem při realizaci úspěšné strategie zlepšení je zvýšení informovanosti o závažnosti problému.*“ [Bártlová, Trešlová 2010, str. 12].

Vztahy a interakce v rámci profesní vazby můžeme rozdělit do čtyř kategorií. První z nich je bezproblémové podřízení, kdy se zdravotní sestra/bratr k ničemu nevyjadřuje a o ničem nerozhoduje. Takový vztah pramení z tradičních interakcí. Druhou kategorií je neformální skryté rozhodování, kdy zdravotní sestra/bratr vyjadřuje respekt vůči lékaři/lékařce a nenabízí přímá doporučení. Třetím typem kategorie je neformální neskryté rozhodování, kdy sestra/bratr komunikuje s lékařem/lékařkou a sděluje mi své zkušenosti, neskrývá svoji roli v rozhodovacích procesech. Poslední, čtvrtou kategorií je formální neskrávané rozhodování, kdy sestra/bratr využívá své zkušenosti k rozhodování o léčbě

---

<sup>3</sup> V rámci nemocnice, v níž jsem prováděla výzkum, je vždy zdravotní sestra/bratr podřízená hlavní/staniční sestře, nikoliv lékařce či lékaři. Tito jsou pak v podřízeném vztahu k primáři/primářce dané nemocnice.



pacienta. První kategorie, vyplývá z tradičních interakcí proto, že dělba práce ve zdravotnictví v historii odrážela sociální roli ženy a muže [Bártlová 2005].

Gender tedy v historii měl a v současné době má vliv na interakci mezi lékařem a zdravotní sestrou. Bártlová dle výsledků výzkumu uvádí, že vztahy zdravotních sester a lékařů jsou nadále ovlivňovány genderem, zmiňuje, že gender ovlivňuje, konstruuje a formuje většinu interakcí, které se na oddělení odehrávají [Bártlová 2005]. Stejně tak Zeleková a Phillipsová dle výsledku svého výzkumu potvrzují, že současné vztahy v nemocnici jsou ovlivněny genderem stejně tak, jako danou profesí. Pokud je zdravotní sestra i lékařka ženského pohlaví, mocenská nerovnováha mezi oběma aktéry klesá [Zeleková, Phillipsová 2003].

Vlivem modernizace dochází k novým postupům v oblasti ošetřování, které tak proniká do oblasti medicíny. Například v USA má zdravotní sestra vyšší kompetence a může tak i předepisovat léky a provádět samotná vyšetření. Stejně tendence pronikají i do České republiky, což by mohlo mít vliv na postavení lékařů v nemocnicích, případně na prestiž jejich povolání [Bártlová 2005].

Z informací výše uvedených je patrné, že vztah mezi zdravotní sestrou a lékařem/lékařkou je ovlivněn i komplikovanější organizační strukturou nemocnice. Tato komplikovanost pramení ze dvou různých subordinací. Jednou z nich je přijímání příkazů ze stran lékařů a lékařek. Druhou je pak přijímání rozkazů přes staniční sestry, vrchní sestry a hlavní sestru, případně od vrcholového managementu nemocnice. Tato dvojí podřízenost snadno vede k narušení vztahů na pracovišti [Bártlová 2005].

Přirozeným procesem, který nastává při pracovní kariéře většiny žen, je mateřství. Ženy jsou nuceny vybrat si jednu z těchto dvou možností, což je staví do velmi komplikované situace. To, že ženy často staví své osobní potřeby (i když má velký vliv na jejich volbu sociální tlak okolí) považují lékaři za slabost [Škrlová, Škrla 2003].

V analytické části se pokusím propojit poznatky, které jsem uvedla v části teoretické s mým vlastním výzkumem z nemocnice. Budu se snažit odpovědět na otázku, jaký má gender vliv na interakce mezi aktéry v konkrétní nemocnici.

# ANALYTICKÁ ČÁST

## 4 METODOLOGIE

### 4.1 Použité metody a analýza

Cílem mé bakalářské práce je popsat, jakým způsobem respondenti reflektují vliv genderu v konkrétní nemocnici a zjistit, jak gender ovlivňuje interakce mezi zdravotnickým personálem z jejich vlastní perspektivy. Data, která jsem měla k dispozici, se vztahují k perspektivám dotazovaných aktérů, které jsem následně analyzovala. Považuji takto zvolenou analýzu jako příhodnou, protože v perspektivách respondentů se nachází časté rozpory, které bylo zajímavé analyzovat.

Bakalářská práce staví na kvalitativním výzkumu a pracuje s principy tzv. zakotvené teorie. Kvalitativním výzkumem rozumím takový výzkum, který se zaměřuje na přirozený popis dat, které se vyskytují v každodenním životě, mají být podrobné, a měly by se pohybovat se v delším časovém úseku. Zkoumaná data jsou vždy chápána a rozebírána v celém svém kontextu [Hendl 2005]. Hlavním cílem principu tzv. zakotvené teorie je podle Řiháčka a Hytycha „vybudovat teorii zkoumaného jevu: jeho abstraktní, teoretické uchopení, které nám umožní daný jev pregnantně pojmenovat, lépe mu porozumět v různých souvislostech a díky tomu být i úspěšnější v jeho předvídání a ovlivňování. GTM<sup>4</sup> usiluje o vytváření teorií pevně zakotvených v datech (odtud její název), čímž se vymezuje proti teoriím, které jsou vytvářeny intuitivním či spekulativním způsobem“ [Řiháček, Hytych 2013, str. 44]. „Nejedná se přitom pouze o metodu analýzy dat, ale o komplexní přístup, který řídí výzkumný proces od hledání výzkumné otázky až po publikaci výsledné teorie a její případné další rozvíjení.“ [Řiháček, Hytych 2013, str. 44]. V rámci mé práce se tak jedná o teorii genderových stereotypů a jejich praktické důsledky v profesích, konkrétně ve zdravotnictví a následně pak koncepty, ze kterých jsem vycházela a popsala je v kapitolách Teorie genderového univerza a Nemocnice jako formální, byrokratická a genderovaná organizace.

Hojně využívané metody sběru dat pro kvalitativní výzkum jsou polostrukturované rozhovory a pozorování. Polostrukturované rozhovory umožňují vést obecné téma rozvoru tím směrem, který je pro výzkumníka vhodný a klást otázky, které nás zajímají. Ovšem stále je

---

<sup>4</sup> Grounded theory method.

v rozhovoru držen princip individuálního pohledu dotazovaného a je kladen důraz na jeho osobní zkušenosti. Rozhovory je, pro jejich úplnost a zasazení do kontextu, vhodné doplnit o pozorování, které nám pomáhá pochopit struktury zkoumaného jevu [Hendl 2005].

Pro svůj výzkum jsem si vybrala polostrukturované rozhovory, protože mým cílem bylo vést rozhovory určitým směrem, který mě v rámci mého dotazování zajímal, ale zároveň jsem cítila potřebu nechat dotazovaným prostor pro jejich vlastní vyprávění a osobní zkušenosti, které mi pomohly rozkrýt vztahy a určit existenci možných stereotypů v rámci jednání. Rozhovory jsem si, po souhlasu respondentů, nahrávala a zapisovala si poznámky. Poté jsem si rozhovory přepisovala do PC. Dotazovaní byli seznámeni s výzkumem a jejich účast byla dobrovolná.

## **4.2 Výběr vzorku**

Výběr výzkumného vzorku jsem uskutečnila v závislosti na snadnější dostupnosti a přístupnosti k dotazovaným. Místem, kde jsem rozhovory realizovala, byla konkrétní nemocnice. Při výběru celého tématu mé bakalářské práce hrál roli fakt, že moje matka je profesí zdravotní sestra od doby, kdy dostudovala střední zdravotnickou školu. Dříve pracovala ve veřejné nemocnici a nyní v soukromé ordinaci obvodního lékaře. S její pomocí jsem tedy získala kontakt na možné respondenty, dle níže stanovených kritérií, a po telefonické domluvě jsem uskutečnila rozhovory. Hlavním kritériem byla zkušenost s prací ve zdravotnictví, a to konkrétně pět let. Toto kritérium jsem si vybrala záměrně, protože dle mého názoru je to dostatečná doba k určitému pochopení vztahů na pracovišti a sesbírání osobních zkušeností, což bylo pro moji práci s těžší. Výzkumný vzorek je rozdělen jak genderově (4 respondentky, 4 respondenti), tak profesně (2 z respondentek pracovaly jako lékařky a 2 jako zdravotní sestry a stejně tak 2 respondenti byli na pozici lékař a 2 na pozici zdravotní bratr). Komunikace s respondenty byla prováděná od začátku prosince roku 2016. Z důvodu přepracování původní verze práce jsem vedla další rozhovory se stejnými respondenty na podzim roku 2018. Otázky byly podrobnější a více se zaměřovaly na stanovený cíl mé práce a hlavně na pohledy z perspektivy respondentů.

### 4.3 Rozhovory a etika výzkumu

Pro uskutečnění rozhovorů jsem využila kontaktů matky. Po domluvě na termínech, jsme se setkali s jednotlivými respondenty a uskutečnili rozhovory. Nejčastějším místem našich setkání byla samotná nemocnice<sup>5</sup>, aby to pro respondenty bylo co nejpohodlnější. První část rozhovorů probíhala jednotlivě s každým respondentem zvlášť od prosince roku 2016 do konce března roku 2017. Druhá část probíhala na podzim roku 2018. Co se týká etických a morálních otázek, respondenti byly obeznámení s charakteristikou<sup>6</sup> mé práce. Respondenti také byli ujištěni, že zachovám jejich anonymitu. Od respondentů mi byl poskytnut informovaný souhlas o tom, že souhlasí jak s výzkumem, tak s nahráváním rozhovorů na diktafon a celkovým zpracováním dat.

První okruh výzkumných otázek směřoval nejprve k osobním drahám respondentů, a to konkrétně jakou školu studovali, co je ke studiu vedlo, jaké bylo početní genderové rozložení spolužáků a jaké měli mezi sebou vztahy a v neposlední řadě, zda se setkali s genderovými stereotypy během studia. Dalším okruhem byla samotná volba povolání, co respondenty k takové volbě vedlo, jaké byly přijímací podmínky a zda v nich například pozorovali určité genderové podtexty. Třetím okruhem už byla současnost a jejich stávající pozice. Mé otázky směřovaly k tomu, zda jsou respondenti spokojeni ve své práci, zda vztahy, které v nemocnici, případně na oddělení panují, jsou příjemné a pokud ne, proč tomu tak je. Při druhé části rozhovorů, které probíhaly se stejnými respondenty, byly moje otázky spíše konkrétnější. Zajímalo mě, zda si respondenti myslí, že je jejich profese typicky ženská/mužská, a pokud ano, proč tomu tak je. Dále jsem se dotazovala na rodičovskou dovolenou, konkrétně zda si respondenti myslí, že rodičovská dovolená může zasahovat do kariérního růstu. Více jsem se zajímala o profesní zastoupení v nemocnici, konkrétně o řídicí pozice.

---

<sup>5</sup> Klidná místnost vedle nemocniční kavárny.

<sup>6</sup> Vzhledem k tomu, že několik respondentů neznalo základní pojmy v otázkách, obeznámení zahrnovalo i objasnění pojmů, se kterými ve svých otázkách pracuji.

## 5 INTERPRETACE DAT

### 5.1 Odpovědi z perspektivy respondentů

V získaných datech se mi ukázaly zajímavé rozpory, které budu během následujících kapitol popisovat. Při rozhovorech většina respondentů nereflektovala genderovou tematiku jako problematickou, zajímavé však bylo, že často nepopírali vyskytování genderových stereotypů. Při dotazování tedy bylo časté, že respondenti popřeli vliv genderu a v zápětí, když sami zmínili jeden z genderových stereotypů, uznali, že gender by mohl mít na některé interakce nebo nemocniční struktury vliv. Stále ho však nepovažovali za problematický.

Respondentka Petra<sup>7</sup>:

*„V poslední době se pořád promítá genderová politika, podle mě je to hloupost, proniklo to sem bůhví odkud a místo toho, aby lidi dělali něco užitečného, tak řeší gender, přitom je to jen teorie a v praxi nic“.*

Respondentka Petra:

*„Ženy jsou častěji na nižších pozicích, protože nejsou tak průbojné, jako muži. Znam hodně chlapů na vysokých pozicích, protože se neohlíželi a šli si za tím. Proto je víc doktorů taky“.*

Podobné rozpory analyzuji ve většině odpovědí. V teoretické části zmiňuji názor Bártlové, která uvádí, že vztah lékaře/lékařky a zdravotní sestry/bratra může být komplikovaný a to z důvodu prohlubování zarytých stereotypů. Jedná se o situace, kdy se lékaři/lékařky cítí v nadřazeném postavení a mohou zdravotním sestřím/bratrům udělovat úkoly, které však ani nejsou v jejich kompetenci [Bártlová 2003]. Z odpovědí vyplývá, že zdravotní sestry/bratři pociťují, že jejich práce má podřadnější charakter a přijímají tak úkoly od lékařů a lékařek. V tomto ohledu se odpovědi částečně lišily s ohledem na konkrétní oddělení, ve kterém respondenti pracovali. Z odpovědí totiž vyplývá, že zdravotní sestry a bratři na jednotkách intenzivní péče jsou často pověřováni lékaři a lékařkami úkony, které ale nespádají do jejich pracovních kompetencí. Na standardních oddělení respondenti takový pocit neměli. Respondenti také zmiňovali, že důvodem může být fakt, že na jednotkách intenzivní péče je práce ještě náročnější než na běžných odděleních.

Respondentka Jana:

---

<sup>7</sup> Jména respondentů a respondentek jsou smyšlená a neodpovídají tak jejich reálným jménům.

*„Nemyslím si, že by mělo vliv, že zdravotní sestra je ženská práce. Prostě se musí vykonávat tak, jak má, takže pomáhat doktorovi a zajistit, aby vyšetření probíhalo v pořádku“.*

*„Ty podřadnější úkoly dělají sestry, protože to tak vždycky bylo, myslím, že jim to nevadí“.*

Další otázky, které jsem na respondenty směřovala byly, zda tyto stereotypy, které zmiňují, nejsou právě důkazem, že gender má svůj vliv v nemocnici. Respondenti se odkazovali na tradice a na fakt, že „takhle to v nemocnici funguje“ a nevnímají to jako genderově nerovné. Zde vidím další rozpor, kde si respondenti protiřečí ve svých výpovědích. Obracejí se na tradice, kde bylo nerovné postavení mužů a žen běžné a odráželo pak postavení v nemocnici, ale zároveň tvrdí, že to nyní nepociťují. Vzhledem k těmto rozporům jsem se následně doptávala na konkrétní stereotypy, které zmiňovali. Větší část respondentů však nebyla schopna gender jako problematický uzнат ani při zopakování jejich vlastní interpretace genderového stereotypu. Stále se odkazovali na tradiční uspořádání a na přirozenost.

O zdánlivě přirozených důsledcích genderových stereotypů mluví Nedbálková ve svém textu. Zmiňuje, jak je gender legitimizovanou, dlouhodobou součástí všech postupů a procesů sociálního chování, že lidé už ho vnímají jako přirozenou součást. Je to částečně i díky tomu, že gender je pro ně pouze zrcadlení biologických rozdílů [Nedbálková 2006]. To by mohl být důvod, proč respondenti nedovedou gender vnímat. Jak jsem již zmínila, právě na přirozenost a tradice se respondenti ve svých výpovědích odkazují, tudíž je možné, že se pro ně stal gender tak přirozenou součástí běžného života, že si zdánlivě myslí, že je neovlivňuje. To by vysvětlovalo, proč respondenti vnímají genderové stereotypy, ale nemyslí si, že by byly problémem.

Respondent Jan:

*„Sestřičky vždycky měly spíše podřadné práce, protože neprováděly samostatné vyšetření a prostě nebyly lékaři, jejich úkolem bylo jim pomáhat. Tak to bylo i dřív, že ženy spíše poslouchaly muže“.*

Respondenti na pozici zdravotní sestra/bratr uváděli, že v případě konfliktů mezi nimi a lékařem nebo lékařkou se obracejí na své nadřízené staniční sestry. To v praxi znamená, že většina respondentů neřeší konfliktní situace přímo s lékařem a lékařkou, ale řeší ho přes jejich nadřízenou sestru, která má v nemocnici vyšší postavení. Málokdy tedy dochází k přímé konfrontaci mezi těmito aktéry. To může být důvodem toho, proč respondenti hodnotili vztahy jako bezproblémové a příjemné.

Respondent David:

*„Já měl vždycky vztahy s doktory úplně v pohodě. Když byl nějaký problém, tak se to vyřešilo přes vrchní sestru.“*

Respondentka Jana:

*„Ne, nikdy jsem neměla žádný větší problém, a co vím od ostatních, vždycky se dokázalo vše hned vyřešit“*

Z této kapitoly vyplývá, že respondenti jsou si vědomi ze své vlastní perspektivy, že genderové stereotypy se v nemocničním prostředí vyskytují. Nejsou schopni však vnímat, že genderové stereotypy následně mohou problémově ovlivňovat interakce mezi nimi. Důvodem může být paradoxně gender sám, protože se zdá už být tak přirozený, že ho respondenti nedovezou identifikovat.

## **5.2 Motivace při výběru povolání**

Nejprve se zaměřím na to, jak respondenti volili svá budoucí zaměstnání. Díky předešlým zjištěním jsem předpokládala, že se volba studia a následného povolání bude mezi ženami a muži lišit. Do volby zaměstnání zdravotní sestry se může promítat role ženy jako pečovatelky. Tato role totiž silně ovlivňuje samotnou profesi zdravotní sestry a vede k její feminizaci. Role pečovatelky se dívkám vštěpuje už od dětství, vliv mají například zkušenosti starších žen v rodině, kdy se dále tyto zkušenosti předávají z generace na generaci. Díky tomu bývá běžné, že si některé ženy vybírají profese zdravotních sester [Dudová, Volejníčková 2014]. Toto se potvrdilo i ve výpovědích respondentek:

Respondentka Jana:

*„Všichni hodnotili můj výběr střední školy s tímto zaměřením kladně, nejvíce moje babička, která se narodila roku 1896 a na vesnici dělala porodní bábu a byla známá jako vyhlášená kořenářka a léčitelka lidí i zvířat, proto jsem se taky rozhodla pro práci zdravotní sestry“.*

Respondentka Dana:

*„V rodině jsem už třetí zdravotní sestrou v pořadí, moje máma byla, i babička. Tak se nějak očekávalo, že budu taky a mě to docela bavilo“.*

Respondentka Petra:

*„Při výběru povolání mě trochu inspirovala teta, je také lékařka“.*

I respondenti, muži, zmiňovali vliv předchozí generace na následnou volbu studia a zaměstnání. V těchto výpovědích byl však kladen větší důraz na potřebu pomáhat a zachraňovat, vyskytlo se v nich i zohlednění finanční stránky doktorského povolání:

Respondent David:

*„Kdo by nechtěl zachraňovat životy. Půlka rodiny dělá ve zdravotnictví. Chvilí jsem myslel, že budu záchránář a jezdit záchrankou, ale nakonec jsem zdravotní bratr a i to je dost často akční.“*

Respondent Jan:

*„...prostě vždycky jsem chtěl pomáhat lidem a léčit je. Už když jsem byl kluk. A taky, můj děda byl doktor a vždycky jsme se měli dobře (smích).“*

V teoretické části mé bakalářské práce jsem odkázala na pojetí dělby práce dle Sandry Harding a s tímto pojetím dále pracuji. Do oblasti dělby práce se promítá ženský a mužský princip [Harding 1986]. Tyto principy lze pozorovat již na předchozích citacích, které se týkaly volby studia a následného povolání, protože, dle Harding, je k mužskému principu přiřazeno vše, co lze spojit s veřejnou a sférou a určitým materiálem [Harding 1986]. To se částečně projevilo i ve výpovědích mužských respondentů, viz finanční stránka a potřeba „být záchráncem“. Naopak s ženským principem jsou spojeny hodnoty v soukromé sféře a důraz je kladen na reprodukci [Harding 1986]. Výpovědi ženských respondentek se zaměřovaly spíše na rodinný odkaz a očekávání.

Tyto rozdíly v principech mohou vznikat již při výchově chlapců a dívek. Jarkovská zmiňuje odlišné nároky při výchově. Popisuje, že na chlapce jsou kladeny vyšší nároky, například při sportu, dále v logickém myšlení v technických oborech atp. U dívek je kladen důraz na to, aby byly pečlivé a pozorné a jejich zájem směřoval spíše na humanitní obory [Jarkovská 2014].

### **5.3 Aspirace mužů a žen, zastoupení v řídicích pozicích**

V dotazování mě zajímalo, zda si respondenti myslí, že zastoupení žen a mužů v řídicích pozicích je rovnoměrné a zda si myslí, že je jejich profese typicky ženská nebo mužská. V teoretické části zmiňuji, že zdravotnictví je výrazně feminizovaný obor. To dokládají jednoznačné počty: z celkového počtu 197 tisíc odborných zdravotnických pracovníků tvoří 97% právě ženy. Rozdíl však nastává ve chvíli, kdy porovnáme počty při získávání atestací. Při získávání atestací 1. stupně je to poměr 64% žen a 36%, ovšem při



získávání 2. stupně atestace je to pouze 32% žen a 68% mužů. V nejvyšších řídicích funkcích ve zdravotnictví mají ženy mizivé procento zastoupení. Ze všech 201 ředitelů nemocnic je pouze 23 žen [ÚZIS ČR 2002]<sup>8</sup>. K těmto číslům se nabízí otázka, proč je tolik žen na nižších zdravotnických pozicích, ale naopak tak málo v těch řídicích.

Z opovědí vyplývá, že respondenti podléhají genderovým stereotypům při hodnocení kvalit mužů a žen a přiřazují jim jednotlivé charakteristiky, podle toho, zda jsou obecně hodnocené jako maskulinní nebo femininní. K tomu se obrací Sandra Harding ve svém textu o genderovém univerzu, kde podle ní právě tyto charakteristiky určují dělbu práce [Harding 1986].

Respondentka Petra:

*„Myslím si, že muži jsou v řídicích pozicích častěji, protože jsou prostě průbojnější a cílevědomější, tak to prostě je.“*

Respondent David:

*„Asi záleží na tom, jak se tam dokáže žena dostat, ale lidé si určitě myslí, že takovou práci lépe zvládnou muži.“*

Respondentka Jana:

*„My ženy dokážeme dobře pečovat o druhé, proto si myslím, že když se ženy rozhodují o práci, rozhodnou se radši pro zdravotní sestru nebo ošetřovatelku, než pro manažerku třeba.“*

Z výpovědí respondentů tedy vyplývá, že z jejich perspektivy jsou důležité stereotypní genderové charakteristiky, které jsou mužům a ženám přisuzovány. Ty pak ovlivňují jejich zaměstnání. V závislosti na výše zmíněných statistikách můžu potvrdit, že respondenti vnímají gender jako faktor ovlivňující výběr zaměstnání. Gender, respektive spíše genderové stereotypy ovlivňují výběr povolání, protože přisuzujeme mužům a ženám odlišné vlastnosti, které se pak odrážejí v typických povoláních. Harding zmiňuje, že maskulinní charakteristiky, mezi které spadá i racionalita a cílevědomost jsou často přiřazovány k vedoucím pozicím. Naopak femininní, což je například empatie, je přiřazována k nižším profesím [Harding 1986]. Z teoretických zdrojů a zjištěných odpovědí tedy můžu tvrdit, že gender ovlivňuje dělbu práce.

---

<sup>8</sup> Zdroj je staršího data, ale pro moji práci se mi nepodařilo nalézt aktuálnější, který by obsahoval obdobně vhodné informace.

## 5.4 Vliv rodičovské dovolené na kariérní růst

Vliv rodičovské dovolené popisuje výzkum Křížkové a spol., ze kterého vyplývá, že v mezinárodním měřítku je vliv mateřství na ženskou pracovní pozici nejvyšší právě v České republice. Ovlivňuje nejenom samotný kariérní růst, který je postižen tříletou pauzou, ale také mzdové nerovnosti. Na rozdíl od žen totiž muži žádnou podobnou přestávkou v pracovní dráze neprocházejí [Křížková a spol. 2008]. Při dotazování jsem se ptala respondentů, zda si myslí, že rodičovská dovolená ovlivňuje kariérní růst v oblasti nemocnice.

V odpovědích se často objevoval názor, že si respondenti myslí, že samotná rodičovská dovolená nemá na kariérní růst vliv. Zároveň ale zmiňují, že například pro profesi primář/primářka je důležitá praxe, bez které se zájemci na pozici neprobojují.

Respondent Lukáš:

*„Podle mě je to na ženě, jestli se rozhodne pro kariéru nebo rodinu. Bohužel to tak mají nastavený, takže je možný, že je to pro ně obtížnější než pro chlapa.“*

Respondentka Petra:

*„Záleží na tom, co dělá ta žena za práci, já jako doktorka budu mít stejnou práci, i když jsem se vrátila z mateřské, jen mě přeřadili na jiné oddělení. Kdybych chtěla jít někam výše, tak už by to byl problém.“*

Z odpovědí tedy vyplývá, že respondenti reflektují, že rodičovská dovolená může být překážkou v rámci postupování na vyšší pozice, konkrétně primář/primářka. Je tomu tak kvůli tomu, že na profesi primář/primářka je třeba splnit určitá kritéria. Vzhledem k tomu, že na rodičovské dovolené stále chodí více žen, je proto dosažení této profese pro ženy značně ztíženo. V tomto ohledu tedy můžu dle tvrzení respondentů potvrdit, že gender ovlivňuje dosahování profese primář/primářka.

## 5.5 Vliv genderu na vztahy v nemocnici

V teoretické části jsem zmínila hned několik studií zabývajících se vztahem lékařek a lékařů se zdravotními sestrami/bratry. Například studie Bártlové, která uvádí, že gender konstruuje a formuje většinu interakcí, které se na oddělení odehrávají. Bártlová také popsala vztahy a interakce do čtyř kategorií [Bártlová 2005]. Ve své analytické části bych vztahy respondentů a respondentek zařadila do rozmezí tzv. druhé a třetí kategorie. Druhá kategorie,

neformální skryté rozhodování, je taková, kdy sestra/bratr nese respekt k lékaři/lékařce a nenabízí žádná doporučení v léčbě. Třetí kategorií autorka míní neformální neskryté rozhodování, kdy sestra/bratr komunikuje s lékařem/lékařkou a sděluje mu/jí tak své zkušenosti a názory. Neskrývá svoji roli v rozhodovacích procesech [Bártlová 2005].

V rozhovorech totiž sami respondenti nereflektovali gender jako problém ve vztazích na pracovišti. Z toho důvodu si myslím, že tyto vztahy spadají do druhé kategorie, kdy zdravotní sestry/bratři přijali svoji roli jako „skrytého nápomocného pozorovatele“ a jsou s ní natolik ztotožnění, že daný vztah nereflektují jako problémový. Druhou variantou vyhodnocení odpovědí je zmíněná třetí kategorie, ve které zdravotní sestra/bratr komunikuje s lékařem/lékařkou a nabízí svá doporučení. I tyto vztahy nereflektovali respondenti jako genderově problémové. Fakt, že respondenti nereflektovali gender jako problém, však neznamená, že gender neovlivňuje interakce mezi zaměstnanci. Už jen z druhé kategorie je patrné, že podřízenost, kterou zdravotní sestra/bratr skrytě projevuje je částečně ovlivněná tradičním uspořádáním rolí muže a ženy [Bártlová 2005]. Jak zmiňuje Bártlová, dělba práce v historii zdravotnictví totiž odrážela sociální role muže a ženy, tedy že žena má podřadné postavení vůči muži [Bártlová 2005].

Respondentka Dana:

*„Dříve to bylo tak, že lékaři se nad sestry povyšovali, ale dnes je naše nadřízená staniční sestra, takže kdykoliv je nějaký problém, můžeme jít za ní“.*

Respondent David:

*„Nikdy jsem se nesešel s tím, že by se ke mně chovala doktorka jinak proto, že jsem muž. Naopak jsou většinou rády, že vidí i chlapa“.*

V odpovědích respondentů se také opakovaně objevoval názor, že v dnešní době je v nemocnicích nedostatek personálu, a tudíž je téma genderu v pozadí. Dalším názorem, který se objevoval, byl, že důležitost tohoto povolání je tak vysoká, že gender „nemají čas řešit“.

Respondentka Jana:

*„Ne, u nás je velký nedostatek zaměstnanců, je jedno jestli se na jakékoli místo uchází muž nebo žena, myslím, že podmínky a výběrová kritéria mají všichni stejné“.*

## 5.6 Možné vysvětlení závěru výzkumu

Výsledky analýzy mě donutily zamyslet se nad tím, proč lékaři, lékařky a zdravotní sestry a bratři nerefletovali ve svých výpovědích gender jako problém. Jedním z možných důvodů může být „nepochopení“ pojmu gender jako obecného pojmu. Z oblasti genderu jsou totiž veřejně známé medializované kauzy o sexuálním nátlaku, které mohou mít za následek negativní vnímání genderu na základě těchto kauz. V praxi by to pak znamenalo, že když respondenti slyší pojem gender, automaticky se jim vybaví extrémní případy z médií, nikoliv široký obecný termín zahrnující každodenní situace. Proto si myslím, že by bylo více než vhodné uvádět tematiku genderu na pravou míru a posílit tak veřejnou znalost i v menších městech.

Dalším důvodem, který vidím, jako možný je samotná specifická oblast zdravotnictví. Proto by bylo příhodné pro rozšíření oblasti výzkumu zaměřit se na oblast business managementu, kde je téma genderu hodně diskutované, a porovnat odpovědi respondentů z této oblasti s těmi můjmi. *„Oblast managementu je ve skutečnosti protkána maskulinními ideologiemi a hodnotami, přičemž centrální je obraz racionálního, objektivního a výkonného muže zastupujícího v organizaci patriarchální hlavu rodiny. Součástí této maskulinní etiky práce je představa nepřerušované vzestupné dlouhodobé kariéry v rámci jedné organizace, podporující konstrukt „živitele rodiny“ a vyžadující dlouhou denní osobní přítomnost v zaměstnání“* [Dudová, Křížková, Fischlová 2006, str. 22]. Problémem, se kterým se toto prostředí pojí, je fakt, že je silně sexualizované a kvůli faktu, že mužská sexualita ovlivňuje většinu interakcí, ženy se mohou stávat oběťmi. Není ojedinělé, že se v takovém prostředí může vyskytovat sexuální obtěžování, které souvisí s nabídkou profesního postoupení v případě poskytnutí určitých služeb nadřízenému. Je to právě oblast managementu, kde se ukazují manažerské praktiky jako silně genderované [Dudová, Křížková, Fischlová 2006]. Proto dle mého názoru jedním z důvodů, proč respondenti nerefletovali ve výpovědích gender jako problém, může být specifická oblast zdravotnictví, která je zaneprázdněná kvůli vážnosti svého zaměření.

Analytickou část bych proto chtěla uzavřít zamyšlením se nad dalším možným výzkumem, který by měl za úkol odkrýt přímý důvod, proč respondenti z oblasti zdravotnictví nerefletovali gender jako problém. Metodou by mohla být komparace odpovědí z odlišných

pracovních odvětví. V poslední řadě je však důležité zmínit, že nereflektování genderu neznamena jeho nepřítomnost.

## 6 ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak zdravotnický personál reflektuje problém genderu v konkrétní nemocnici z jejich vlastní perspektivy. Otázkou bylo, jakým způsobem se gender promítá do organizační struktury nemocnice a jak ovlivňuje interakce mezi zdravotnickým personálem z perspektivy dotázaných aktérů. Ze zdravotnického personálu se stali můjmi konkrétními respondenty lékař/lékařka a zdravotní sestra/bratr. Výzkum probíhal v prostředí nemocnice za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Díky získaným datům jsem mohla analyzovat perspektivy respondentů, které se vyznačovaly značnými rozpory ve výpovědích. Tyto rozpory se staly klíčové pro moji analytickou část.

S ohledem na teoretickou část a odpovědi respondentů jsem byla schopna odpovědět na výzkumnou otázku. V teoretické části jsem se zabývala klíčovými, ale i základními tématy, o které se následně výzkum opíral. Svoji analytickou část jsem rozdělila do několika kapitol, které jsem považovala za klíčové. V každé z nich jsem pak analyzovala odpovědi respondentů a doplňovala je se znalostmi získanými z odborných zdrojů. Na výzkumnou otázku jsem odpověděla následovně: respondenti ve většině případů nereflektovali vliv genderu na interakce mezi lékaři/lékařkami a zdravotními sestrami a bratry, zároveň s tím však byli schopni definovat přítomné genderové stereotypy. Jedním z nejzajímavějších výsledků byl fakt, že i přes popření genderového vlivu bylo z výpovědí patrné, že sami respondenti se některými genderovými stereotypy řídí a ovlivňují jejich názory. Například při otázce na obsazování mužů a žen v řídicích funkcích v nemocnici respondenti nevnímali větší rozdíly, ale zároveň zmínili jeden z nejčastějších genderových stereotypů týkající se získávání pracovních míst na základě charakteristických mužských nebo ženských vlastností. Z odpovědí totiž vyplynulo, že podle respondentů jsou muži díky svým vlastnostem více cílevědomí, a tudíž lépe získají práci na vysokých manažerských pozicích v nemocnici. Tento stereotyp ve svých důsledcích v praxi podpořily i statistiky o zastoupení mužů a žen v konkrétních pozicích v nemocnici. Dalším tématem, ve kterém jsem našla rozpor, bylo téma rovných možností při získávání vyššího pracovního místa. Respondenti totiž vnímali mateřskou dovolenou jako jistou překážku v kariérním růstu. Konkrétně byla zmíněna pozice primář/primářka.

Z odpovědí bylo zjištěno, že perspektivy respondentů se shodují při zásadní otázce vlivu genderu, ale dále se pak rozcházejí a reflektují jasné genderové stereotypy. Stereotypy

byly vnímány v jejich osobních názorech, tudíž je zde předpoklad, že ovlivňují i interakce mezi nimi. Tento předpoklad pak doplňují i teoretická data a statistiky. Téma genderu ve zdravotnictví je velmi důležitým a aktuálním tématem už jen z výsledku mé práce. Nabízí se totiž otázka, na kterou by bylo třeba rozsáhlejšího výzkumu a to, jak je možné, že respondenti sami nedovedou genderovou tematiku reflektovat jako problematickou.

V poslední kapitole analytické části se snažím přijít na možná vysvětlení a případně rozšíření mého výzkumu. Téma zdravotnictví je specifickým, ale zároveň běžným tématem, a proto je dle mého názoru tak zajímavým. Oblast rovnosti genderu je aktuálním tématem nejen v České republice, ale i ve světě a potvrzuje to počet organizací, které se jim zabývají jak na vládní, tak soukromé úrovni. Z těchto důvodů považuji za příhodné se zabývat rozšířením tohoto tématu v dalším výzkumu.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BÁČOVÁ, P. (2017). České ženy berou nižší mzdy. *Český statistický úřad*. 1. 3. 2017 (<https://www.czso.cz/csu/czso/ceske-zeny-berou-nizsi-mzdy>, 2. 2. 2017).
- BÁRTLOVÁ, S. (2005) *Sociologie medicíny a zdravotnictví*.“ 6. přepracované a doplněné vyd. (Praha: Grada Publishing).
- BÁRTLOVÁ, S., TREŠLOVÁ, M. (2010). Jak nahlízejí sestry na pracovní vztahy s lékaři. *Kontakt: vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity*.
- BÁRTLOVÁ, S. (2003). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- BOURDIEU, P. (2000). „*Nadvláda mužů*.“ Praha: Karolinum.
- CURRAN, Daniel J, RENZETTI, CLAIRE M. (2003). *Ženy muži a společnost* (1. vyd. Praha: Karolinum).
- ČSÚ (2016). Statistická ročenka České republiky - 2016. (<https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2016>, 1. 1. 2019).
- ČSÚ (2018). Zaostrěno na ženy a muže - 2018. ( <https://www.czso.cz/csu/czso/2-zdravi-5ou52p8gqm>, 1. 1. 2019).
- DUDOVÁ, R., KŘÍŽKOVÁ, A., FISCHLOVÁ, D. (2006). *Gender v managementu: kvalitativní výzkum podmínek a nerovností v ČR*. (Praha: VÚPSV).
- DUDOVÁ, R., VOLEJNÍČKOVÁ, R. (2014). Proč ženy pečují? Gender a neformální péče o seniory. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. Roč. 15, č.1.
- HARDING, S. (1986). *The Science Question in Feminism*. (Cornell University Press, Ithaca).
- HENDL, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. (Praha: Portál).
- JANOŠOVÁ, P. (2008) *Dívčí a chlapecká identita*. Praha: Grada, 288 s.
- JARKOVSKÁ, L. (2014) *Gender před tabulí: Etnografický výzkum genderové reprodukce v každodennosti školní třídy*. (Praha: Slon).
- JARKOVSKÁ, L., LIŠKOVÁ, K., ŠMÍDOVÁ, I. a kol. (2010). *S genderem na trh: Rozhodování o dalším vzdělávání patnáctiletých*. (1. vydání. Praha-Brno: Sociologické nakladatelství SLON ve spolupráci s Masarykovou univerzitou, Edice Studie).
- KELLER, J. (1999). *Úvod do sociologie*. (4. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství).
- KELLER, J. (1997). *Sociologie organizace a byrokracie*. (Praha: Nakladatelství Slon).



- KŘÍŽKOVÁ A., PENNER A., PETERSEN A. (2008). Genderové nerovnosti v odměňování na stejné pracovní pozici: sociální vyloučení žen. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. Roč. 15, č. 2.
- KŘÍŽKOVÁ, A., PAVLICA, K. (2004). *Management genderových vztahů: postavení žen a mužů v organizaci*. (Praha: Management Press).
- LIPPA, A. Richard. (2009). *Pohlaví, příroda a výchova*. (1. vyd. Praha: Academia).
- LIPPMANN, W. (2015). *Veřejné mínění*. (Praha: Portál).
- MEAD, M. (2010). *Pohlaví a temperament u tří primitivních společností*. (Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství).
- NAVRÁTILOVÁ, J., JARKOVSKÁ, L. (2004). *Mýtus krásy*. (Brno: Nesehnutí),
- NEDBÁLKOVÁ, K. (2006). *Spoutaná rozkoš: Sociální (re)produkce genderu a sexuality v ženské věznici*. (Praha: Nakladatelství Slon).
- OAKLEYOVÁ, A. (2000). *Pohlaví, gender a společnost*. (Portál, s.r.o, Praha).
- RENZETTI, C. (2005). *Ženy, muži a společnost*. (Praha: Karolinum).
- ŘIHÁČEK T., HYTYCH I. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. (Brno, Masarykova Univerzita).
- SMETÁČKOVÁ, Irena. (2016). Femininní a maskulinní označení: vliv na hodnocení prestiže. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. (17, č. 2.).
- ŠKRLOVI, P. a M. (2003). *Kreativní ošetrovatelský management*. (1. vyd. Praha: AdventOrion).
- TUČEK, M. (2016). „Prestiž povolání – únor 2016“ Centrum pro výzkum veřejného mínění, (Sociologický ústav AV ČR).
- ÚŘAD VLÁDY ČR (2014). *Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v ČR na léta 2014 – 2020* ([https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Projekt\\_Optimalizace/Strategie-pro-rovnost-zen-a-muzu-v-CR-na-leta-2014-2020.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Projekt_Optimalizace/Strategie-pro-rovnost-zen-a-muzu-v-CR-na-leta-2014-2020.pdf), 18. 2. 2019)
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY (2002). *Ženy a muži v číslech, zdravotnické statistiky*. (ÚZIS ČR, Praha).
- VÁGNEROVÁ, M. (2005). *Vývojová psychologie*. (Nakladatelství Karolinum, Praha).
- WHARTON, Amy S. (2005). *The sociology of gender: an introduction to theory and research*. (Malden, MA: Blackwell).
- Zákon 262/2006 Sb., *Zákoník práce*. Sbirka zákonů, Část šestá: Hlava I. Sb. 110

ZELEK, B., PHILLIPS, P. S. (2003). Gender and power: Nurses and doctors in Canada. *International Journal for Equity in Health*. 2/2003.

## 8 RESUMÉ

My bachelor thesis is focused on the topic of gender in healthcare as viewed by the specific practitioners in the field. These are both male and female doctors and nurses. My goal is to describe how gender affects the organisational hierarchy and structure of a specific hospital. How gender influences the day to day interactions in the field as described by the practitioners themselves and also whether these practitioners view gender as an influential factor. Last but not least as a part of my research I also analyse gender as a driving force in choosing the future study field and occupation of the respondents. My work is based on qualitative research with semi-structured interviews with male and female doctors and nurses in a specific hospital.

The results of my research show that respondents are able to reflect gender stereotypes in the hospital, but they do not perceive gender as problematic. In the answers I found contradictions that were interesting to analyze. Most respondents stated that gender from their perspective does not affect workplace relationships, but that does not mean that gender does not really interfere in practice. The respondents themselves mentioned gender stereotypes that influenced them.

This topic is very relevant, as evidenced by the fact that more and more institutions interested in gender. For other research, I would suggest deeper research and comparing them with other work sectors.