

**Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ  
PRAHA

VÝVOJ FEMINIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

PhDr. Jana KREJČÍKOVÁ

PRAHA, 1994

## OBSAH

I. Úvod	
II. Trendy ve vývoji feminizace zdravotnických profesí u nás a ve světě	4
1. Rozvoj zdravotnických pracovníků vzhledem k vývoji feminizace	4
a) střední zdravotničtí pracovníci	6
b) dentisté	7
c) farmaceuti	
2. Vývoj populace lékařů u nás i v zahraničí	9
a) trendy vývoje lékařské populace v zahraničí	9
b) vývoj lékařské populace v ČR v letech 1960 - 1992	11
c) vývoj populace studentů LF v letech 1960 - 1992	12
d) složení populace učitelů v lékařském vzdělávání u nás i v zahraničí	15
e) analýza věkově struktury lékařek v ČR v letech 1960-1992	14
f) analýza struktury lékařek podle zařazení do oborů specializace	20
g) analýza struktury populace lékařek podle získané kvalifika	26
h) uplatnění žen ve zdravotnictví a jejich zastoupení ve vedoucích funkcích	28
III. Shrnutí	31
IV. Závěr	34
V. Použitá literatura	36

## I. ÚVOD

Cílem této práce je ukázat na rozvoj některých profesí zdravotnických pracovníků vzhledem ke zvyšujícímu se zastoupení žen.

Je obecně známo, že resort zdravotnictví patří mezi nejméně feminizované resorty téměř na celém světě. Původním záměrem bylo provedení srovnání, do jaké míry se liší rozvoj zdravotnických pracovníků u nás od tendencí v zahraničí, zejména ve vyspělých zemích. Mezi organizátory zdravotnictví v řadě zemí se hovoří o vysokém podílu žen, který zejména u mladších věkových skupin způsobuje četné problémy při zajištění zdravotnických služeb. Bohužel, nejsou však k dispozici spolehlivé statistické údaje o rozvoji zdravotnických pracovníků podle pohlaví za poslední léta, které by umožnily takové srovnání. Data, získaná různou metodikou v různých časových odstupech, nemohou poskytnout ucelený pohled na vývoj v zahraničí.

Hlavní pozornost je tedy věnována rozvoji zdravotnických pracovníků za posledních třicet let, zejména populaci lékařů, a to z hlediska zastoupení žen v kategoriích zdravotnických pracovníků, kde podíl žen je značně vysoký. Na následujících stranách je zejména předložena analýza struktury populace lékařů v České republice, podíl žen mezi studenty i učiteli lékařských fakult, zastoupení žen mezi lékaři v jednotlivých specializačních oborech, kvalifikační a věková struktura žen v populaci během vývoje i v současné době. Tento vývoj pronikání žen do medicíny a jednotlivých lékařských oborů u nás bude jen doplněn dostupnými informacemi ze zahraničí, i když bohužel, v řadě případů nejsou nejnovější.

Pro provedení této analýzy rozvoje zdravotnických pracovníků bylo použito především statistických údajů z publikací ÚZIS Praha-Zdravotnictví ČSSR, 1960 - 1990 a Zdravotnických ročenek 1991-1992. Se svolením ředitelky ÚZIS, Mgr. Vlasty Mazánkové, byly použity i některé grafy ÚZIS, znázorňující strukturu populace lékařů.

## II. TRENDY VE VÝVOJI FEMINIZACE ZDRAVOTNICKÝCH PROFESÍ U NÁS A VE SVĚTĚ

### 1. Rozvoj zdravotnických pracovníků vzhledem k vývoji feminizace

Ve 2. polovině 20. století je všech zemích zaznamenán prudký rozvoj zdravotnických pracovníků, jejichž počty se ve většině zemí zdvojnásobily, někde dokonce ztrojnásobily. Velkou zásluhu na tomto rozvoji mají ženy, které v nebývalém počtu nastupují do zdravotnických profesí. Odráží se zde potřeba států zajistit dostupnou a kvalitní zdravotní péči, ale také tendence ke zvýšené zaměstnanosti žen ve všech oblastech hospodářství, typická ze jména pro státy střední a východní Evropy. V dvojprůměrném modelu domácnosti této doby, který má zejména ekonomické důvody, se však také projevují určité emancipační tendence. Ženy opouštějí svou výhradní roli "strážkyně rodinného krbu", překračují spektrum ženského světa za hranice své domácnosti. Do pracovního procesu se zapojuje v některých zemích až 80% žen v produktivním věku. Vysoké procento zaměstnaných žen je nyní běžné i pro ekonomicky vyspělé země a přesahuje již 40%, např. švédsko (47,9%), Velká Británie (43,6%), Francie (41,8%), Rakousko (40,5%), Japonsko (40,4%), nejvyšší zaměstnanost žen v Evropě má Maďarsko (48,5%), u nás je 47,3%. Ženy nacházejí uplatnění nejčastěji v oblastech zdravotnictví, školství, sociální péče a službách.

Ženy mají své nezastupitelné místo ve zdravotnictví po mnoha staletí, které je dáno především některými zvláštnostmi žen, jejich schopnostmi pečovat o druhé, poskytovat pomoc fyzickou i psychickou, schopnostmi vcítit se do druhého, porozumět jeho pocitům.

Během tohoto dlouhého vývoje se zastoupení žen mezi zdravotnickými pracovníky měnilo kvantitativně, ale také kvalitativně. Od původně jen léčitelek, tradičně více či méně kvalifikovaných porodních asistentek a ošetřovatelek se dostávají v podstatě do všech kategorií zdravotnických profesí, z nichž některé se tak stávají vysloveně

feminizovanými.

Mezinárodní studie ( 29 ) uvádějí, že podíl žen ve zdravotnictví je daleko vyšší než podíl žen ekonomicky aktivních obecně. To se týká jak vyspělých zemí, tak i zemí rozvojových. Ve vyspělých zemích pracuje ve zdravotnictví dvojnásobný počet žen než je podíl žen ekonomicky aktivních, v rozvojových zemích je to dokonce ztrojnásobný počet žen ve zdravotnictví, díky menším příležitostem pracovat v ostatních oblastech (př. v Dominikánské republice je podíl žen ve zdravotnictví 5 krát vyšší než podíl pracujících žen celkem, v Iráku je tento podíl dokonce 1 krát vyšší).

Zastoupení žen mezi zdravotnickými pracovníky se liší v jednotlivých vyspělých i rozvojových zemích. Nelze jednoznačně stanovit příčiny tak značného přisunu žen do zdravotnictví. Podle řady studií svou určitou roli sehrává politické zřízení, ekonomický charakter státu, politika zaměstnanosti, válečné události, politické změny ve společnosti, méně často pak úroveň jeho socioekonomického rozvoje a vlivy náboženství. Svou roli sehrává i společenská prestiž této profese ve zdravotnictví, která se stává méně atraktivní pro muže a dostupnější pro ženy.

Projevují se poměrně výrazné rozdíly v podílu žen v plánovitých a tržních hospodářstvích, tj. podíl žen v zemích s centrálně plánovitou ekonomikou (bývalé socialistické státy) je obecně vyšší než ve vyspělých státech s tržní ekonomikou. Rozdíly nejsou tak zřetelné v celkové populaci zdravotnických pracovníků (př. Polsko - 82,3% žen ve zdravotnictví, USA - 71,7%), která je "zkreslena" počty více či méně kvalifikovaného středního zdravotnického personálu, ale nabývají značných rozdílů zejména v kategoriích lékařů, dentistů a farmaceutů. V r. 1970 byl podíl lékařů v těchto ekonomikách v poměru 10% : 66%, u dentistů 12% : 78% a farmaceutů 36% : 74%, ve prospěch centrálně plánovitých ekonomik. Je jisté, že tyto poměry se během následujících let postupně snižují i ve vyspělých zemích se blíží již 50%, údajně právě vlivem vysokého podílu žen mezi lékaři v bývalých socialistických státech (zejména v SSSR) vstupuje do medicíny i více žen - vysokoškolaček ve vyspělých zemích ( 20 ).

Jistou roli hraje i státní politika zaměstnanosti žen,

zajištění oblasti zdravotní péče tam, kde se nedostává mužů nebo zda je preferována spíše populační politika, jejímž záměrem je zvyšování počtu dětí a orientace žen na rodinnou výchovu a péči o budouc. pracovní sílu. Některé státy se snaží svými opatřeními ženám umožnit plnění obou rolí.

Úroveň socioekonomického rozvoje se neukázala jako významný faktor ovlivňující podíl žen ve zdravotnictví. Byly porovnávány země podle výše hrubého národního produktu, úrovně vzdělanosti a střední délky života obyvatel, z nichž na nejvyšší úrovni se objevuje Japonsko a švýcarsko, přesto v těchto zemích je nižší podíl žen mezi kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky, zejména lékaři.

Potenciální vliv náboženství vzhledem k nedostatku seriózních studií rovněž nebyl prokázán. Různě podíly žen-lékařek i ošetřovatelek jsou v zemích křesťanských (hl. katolických), budhistic-kých i muslimských, aniž by to zřejmě souviselo s převahou náboženského vyznání. Otázkou je, do jaké míry je realizován požadavek muslimů, aby byl pacient ošetřen vždy personálem stejného pohlaví, když podíl žen mezi lékaři se v těchto zemích pohybuje do 20% a naopak ošetřovatelky jsou v 95% ženy, při cca stejném poměru mužů a žen v populaci.

Uváděné počty zdravotnických pracovníků zahrnují jen profesionální pracovníky, kteří jsou za své služby placeni. Kromě nich pracuje ještě mnoho dobrovolných zdravotnických pracovníků, kteří poskytují zdravotní péči, byt na minimální odborné úrovni, bez jakéhokoli nároku na odměnu. Týká se to zejména rozvojových zemí, kde jejich podíl je dokonce vyšší než u profesionálních pracovníků.

Světové trendy v rozvoji zdravotnických pracovníků byly zaznamenány také u nás, kdy během posledních třiceti let se počet zdravotnických pracovníků zdvojnásobil - v r. 1960 pracovalo ve zdra-votnitcví 126.988 pracovníků, v r. 1991 to bylo 252.573 pracovníků, z nichž 78,4% tvořily ženy. Tento rozvoj se týká prakticky všech kategorií pracovníků (zejména však učitelů zdravotnických škol), kromě snížení počtu nižších zdravot. pracovníků a radikálního snížení počtu dentistů. K některým z nich podrobněji níže :

a) střední zdravotničtí pracovníci

Největší podíl mezi zdravotnickými pracovníky (45,2%) a zároveň na vysoké feminizaci mají střední zdravotničtí pracovníci, z nichž ženy tvořily 99,3%. Od r. 1990 se pozvolna snižuje celkový počet kategorií sester, s výjimkou zdravotní sestry a zvyšuje se celkový počet ostatních kategorií středních zdravotnických pracovníků, zejména rehabilitačních pracovníků a zdravotnických laborantů.

Také v zahraničí je tato kategorie pracovníků chápána jako vyslovené ženská profese. Jejich celkové počty i počty žen se neustále zvyšují, podíl žen se pohybuje ve většině zemí okolo 95%. V poslední době se však zvyšují počty mužů v této kategorii, zejména v Kanadě, Německu a USA. Otázkou je, zda důvodem je vyšší finanční ohodnocení v této kategorii nebo jen důsledek nezaměstnanosti, kdy jsou muži nuceni vstupovat i do pro ně netradičních profesí.

b) dentisté

Tato kategorie zdravot. pracovníků je nejméně srovnatelná, protože v některých zemích jde o zubní techniky, v jiných o vysokoškolsky vzdělané specialisty. Uváděné statistiky jsou proto

velmi nepřesné, neboť ne vždy je tato diferenciací prováděna, v bývalých socialistických zemích jsou jako zubní lékaři zařazováni do kategorie lékařů.

Vývoj profese dentisty u nás zaznamenal zcela opačný trend. V r. 1955 pracovalo u nás téměř 2000 dentistů, jejich početní stavy se však radikálně snižují, nyní tvoří jen několik desítek. Tato kategorie byla nahrazena absolventy LF, kteří vystudovali studijní obor stomatologie.

V zahraničních statistikách se počet dentistů neustále zvyšuje. Tato profese patřila v r. 1970 k nejméně feminizovaným, mezi všemi dentisty bylo jen 15% žen, ale v posledních letech se zvyšuje počet absolventek tohoto studia, který znamenal přírůstek o 40%. Podíly žen mezi dentisty v jednotlivých zemích v r. 1970 byly rozdílné - Polsko (81,0%), Finsko (71,2%), Rakousko (26,7%), NSR (18,8%), Japonsko (10,6%), Kanada (4,8%), USA (3,4%). Novější podíly žen nejsou k dispozici.

c) farmaceuti

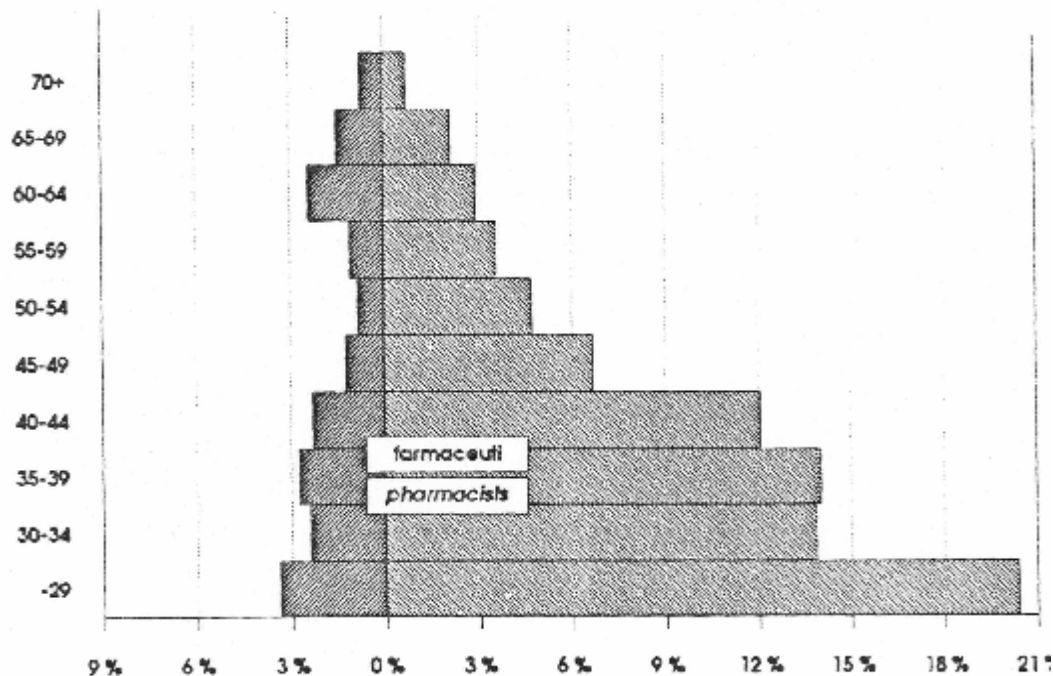
Farmaceuti rovněž zaznamenávají prudký rozvoj v posledních třiceti letech, a to jak v celkových počtech, tak také v podílu žen.

U nás byl tento rozvoj poznamenán změnami farmaceutického studia v 50. - 60. letech, přesto však výrazně neovlivnil početní stavy. Podíl žen mezi studenty farmaceutického studia v letech 1970 - 1990 se pohyboval mezi 71,84 - 84,54. Již na začátku sledovaného období, tj. v r. 1960 tvořily ženy mezi farmaceuty 52,54 v r. 1970 již 59,64, v r. 1980 - 67,24, v r. 1992 - 81,34. Díky velkému přílivu žen na farmaceutickou fakultu v posledních letech je ženská část této populace velmi mladá, 82,64 žen je ve věkové skupině do 45 let. Naopak, téměř 1/4 mužů je ve věku nad 60 let (viz graf č. 1).



Graf č. 1 :

Věková struktura farmaceutů v resortu zdravotnictví  
k 31.12.1992



Během sledovaného období došlo také k rozvoji specializací farmaceutů, většina z nich (804) pracuje v oboru lékárenství. Mezi muži a ženami není rozdíl v získávání specializace I. stupně, 72,84 mužů a 72,44 žen získalo tuto základní specializaci. Z celkového počtu farmaceutů získávají v 9,44 specializaci II. stupně, z nich je 55,7% žen a 44,3% mužů. Nástavbovou specializaci získává pouze 5,2% celkové populace farmaceutů, z nichž je 55,9% žen a 44,1% mužů.

K prudkému rozvoji farmaceutů došlo téměř ve všech vyspělých zemích, nejvíce však v USA, Španělsku, Japonsku a Francii. Prakticky ve většině zemí přesáhl podíl žen 50% populace již v r. 1960, kromě Norska (44,6%) a Švýcarska (31,8%). Největší podíl žen byl v r. 1970 ve Finsku (89,9%), Polsku (85,3%), Jugoslávii (72,3%), Maďarsku (65,7%), Norsku (62,2%), Rakousku (59,9%), ale i Japonsku (43,7%), naopak nejméně v USA (11,9%) a Kanadě (23,1%), i když přírůstek zde byl 50 - 75%. Tak vysoký podíl žen mezi farmaceuty je zdůvodňován preferencí žen

pracovat ve státních institucích, s pevnou pracovní dobou a platem. Navíc ve srovnání s den-tisty nemají takové finanční prostředky ani osobní předpoklady pro tržní model a systém privátních zařízení.

## 2. Vývoj populace lékařů u nás i v zahraničí

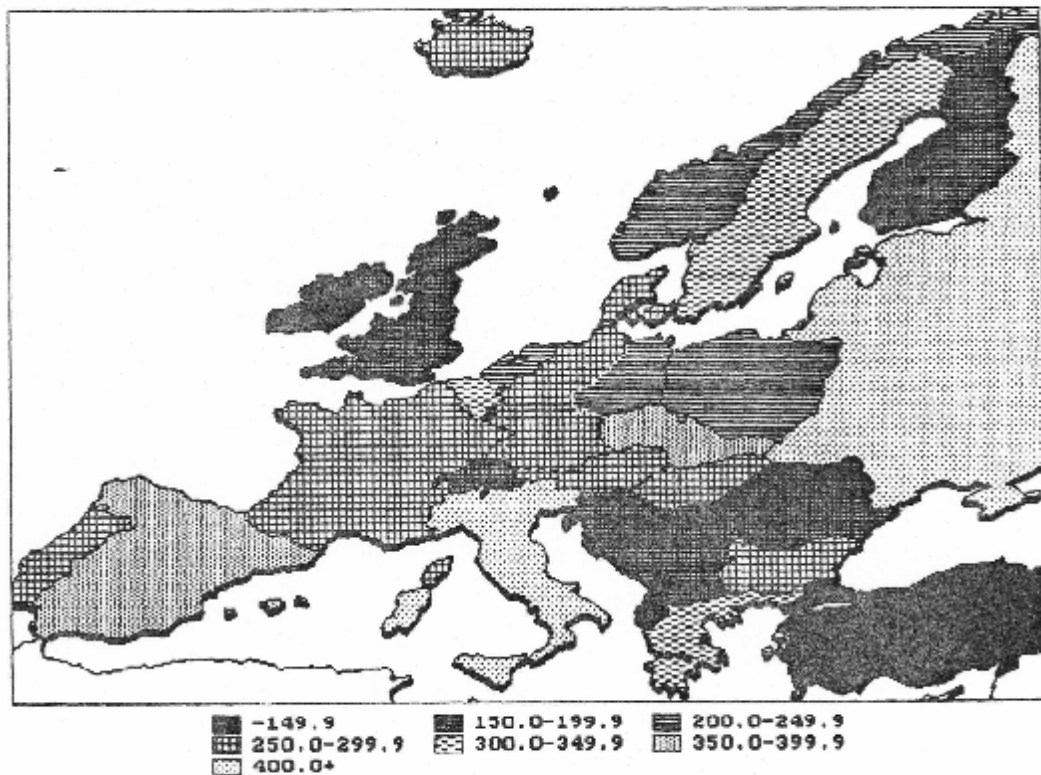
### a) trendy vývoje lékařské populace v zahraničí

Lékaři patří mezi nejstarší zdravotnické profese. První lékařské školy vznikaly již ve starověku, ale ty poskytovaly vzdělání pouze mužům. První laickou školou, kde mohly studovat také ženy, byla lékařská škola v Salernu, v 9. století. Ne ve všech zemích mohly ženy studovat medicínu, někde studovaly spolu s muži, jinde vznikaly lékařské ústavy jen pro ženy (USA, Rusko). K obratu došlo až v tomto století, v jeho 2. polovině došlo k velkému rozvoji zastoupení žen v medicíně. Tento rozvoj byl však velmi nerovnoměrný. Podle provedených studií (5;29) bylo v r. 1960 průměrně zastoupení žen ve sledovaných 24 zemích 20,1%, v r. 1974 již 24,4%, v posledních letech se odhaduje na 40%. V r. 1970 zastoupení žen ve vyspělých zemích se pohybovalo od 8-70%, v rozvojových zemích 3-30%. V socialistických státech bylo již v r. 1960 okolo 45%, zejména vysoký podíl žen byl v SSSR - v r. 1960 - 75,8%, r. 1970 - 71,8%, r. 1978 - 69%. Zde se projevuje opačný trend, v důsledku válečných období ženy nahrazovaly chybějící mužskou populaci, čímž dosáhly absolutně nejvyšší feminizace na světě po celé sledované období, i když se postupně podíl žen snižuje. V ostatních socialistických státech byl podíl žen rovněž vysoký - Maďarsko 31,5%, Polsko 50,94, ČSSR 42,24. V ostatních vyspělých státech podíl žen značně kolísal - Rakousko 20,84, NSR 25,04, Finsko 27,44, Velká Británie 20,44, Holandsko 15,74, USA 9,24, Kanada 10,14, Japonsko 9,44. K největšímu nárůstu od r. 1960 došlo v Kanadě (o 48,54), USA (o 35,34), NSR (o 39,74), Holandsku (o 48,14) a tento trend neustále pokračuje. Feminizace se stává stále větším problémem resortu zdravotnictví ve většině zemí, jak o tom svědčí řada studií, nejsou však komplexní údaje o tomto podílu žen v poslední době. V r. 1978 činil podíl žen v Belgii 144, ve Španělsku

14,84, ve Francii 21,54, v Austrálii 18,94, Kanadě 19,74, USA 184, Japonsku 11,54, v Německu v r. 1980 22,34, v r. 1990 28,24. Mezi země s nejnižším podílem žen patří vedle Japonska Irán a Jordánsko.

Pro ilustraci přikládáme grafické vyjádření density lékařů v Evropě. Graf č. 2:

Počet lékařů na 100 000 obyvatel



b) vývoj lékařské populace v České republice v letech 1960-1992

Vývoj lékařské populace ve sledovaném období byl ve znamení neustálého zvyšování počtu lékařů, teprve v posledních letech se přírůstky zpomalily, od r. 1987 dokonce dochází ke snižování počtu lékařů. Křivku tohoto rozvoje významně neovlivnily ani značné úbytky lékařů v souvislosti s vlnami emigrace v 50. letech, po r. 1968, ale i v posledním desetiletí, kdy se jedná spíše o migrační pracovní.

Tab. č. 1:

## Vývoj populace lékařů v ČR v letech 1960 - 1992

Rok	celkem	muži	ženy	podíl žen z celkového přírůstku	% žen v lékařské populaci
1960	17 838	12 295	5 543	---	31,1
1965	21 099	13 542	7 557	61,8	35,8
1970	23 429	13 600	9 829	97,5	42,0
1975	27 896	15 024	12 872	68,1	46,1
1980	33 328	16 863	16 465	60,0	49,4
1985	37 585	17 879	19 706	76,1	52,1
1990	39 242	18 074	21 168	88,2	53,9
1992	38 103	17 253	20 850	27,9	54,7

V r. 1960 ženy tvořily jen 31,1% lékařské populace a až do r. 1980 jejich podíl nepřesáhl 50%, jejich podíl za celé období se však zvýšil o 23,6%. V r. 1992 bylo zastoupení žen mezi lékaři již 54,7%, v resortu zdravotnictví dokonce již 55,7%.

Při sledování přírůstku žen během sledovaného období, pohyboval se tento přírůstek mezi 60 - 97,5%. Největší přírůstek žen v lékařské populaci byl v r. 1970. Naopak, v případě úbytku lékařů v r. 1992 se ženy na tomto úbytku podílejí 27,9%. Souvisí to zřejmě do určité míry s vlnami emigrace i zvýšené pracovní migrace v posledních letech, která se týká především mužů.

I když nejsou dostupně přesné údaje o podílu žen v lékařské populaci ve světě za poslední léta, z údajů o počtu studentů na LF se dá usuzovat, že tento trend postupuje i ve vyspělých západních zemích. Přesto lze však tvrdit, že naše země stále patří mezi státy s nejvyšším podílem žen v lékařské populaci.

### c) vývoj populace studentů LF v letech 1960-1992

Vývoj počtu studentů nebyl tak plynulý jako v případě

lékařské populace, zřejmě výrazněji odráží administrativní opatření regulující počty studentů LF.

Tab. č. 2:

Vývoj počtu studentů LF v ČR v letech 1960 - 1992  
(denní studium)

Rok	celkem	muži	ženy	podíl žen z celkového přírůstku	% žen mezi studenty
1960	6 355	3 555	2 800	---	44,1
1965	7 919	3 026	4 893	133,8	61,8
1970	8 414	3 713	4 701	38,8	55,9
1975	10 798	4 779	6 019	55,3	55,7
1980	9 304	3 814	5 490	35,4	59,0
1985	7 300	3 019	4 281	60,3	58,6
1990	10 461	4 336	6 125	58,3	58,6
1992	9 588	4 054	5 534	67,7	57,7

Nejvyšší počty studentů denního studia medicíny byly dosaženy v r. 1975 a v r. 1990, kdy přesáhly 10.000 studentů; největší pokles jejich počtu byl mezi roky 1975 a 1985, kdy byly následně jejich počty sníženy, podobně pak v r. 1990. Otázkou je, do jaké míry jde o regulaci nebo o snížení zájmu o studium medicíny.

Neméně zajímavě je, jak se vyvíjelo zastoupení žen mezi mediky, které se pohybuje v jakýchsi vlnách. Celkově se podíl žen pohybuje nad 50%, kromě r. 1960; nejvyšší podíl žen mezi mediky . byl v r. 1965 (61,8%) a v r. 1980 (59,0%).

K největšímu přírůstku žen dochází v r. 1965, ten je však následován střídavými úbytky a přírůstky. Na úbytku mediků v letech 1980 - 1985 mají ženy svůj podíl 60,0%. Snad je to důsledek opatření ke snížení feminizace mezi studenty. K opětovnému úbytku dochází také v posledních letech, kdy ženy opět tvoří většinu úbytku mediků na LF (67,7%), v r. 1992 dochází také ke snížení podílu žen mezi studenty LF (57,7%).

Tento trend je v souladu s trendem světovým a potvrzuje, že ženy projevují větší zájem o studium medicíny již od 70. let. V řadě zemí je podíl žen mezi studenty medicíny ještě vyšší než u nás - př. Finsko 62,0%, Španělsko 59,0%, Polsko 55,0%, Rakousko 53,0%. Ke zvýšenému počtu studentek medicíny dochází i tam, kde dosud jejich podíl byl malý. V Anglii byl podíl studentek na LF 26% v r. 1969, v r. 1977 již 34%, nyní se odhaduje okolo 50%. V USA byl podíl žen mezi studenty medicíny 9% v r. 1969, v r. 1977 již 26,5%, v r. 1987 - 34,0% a v r. 1990 již 37,3%, na některých lékařských školách se podíl studentek pohybuje i nad 50%. V Austrálii se podíl žen mezi studenty medicíny rovněž zvyšuje, v r. 1969 činil jejich podíl 19,9%, v r. 1970 to bylo 27,0% a nyní se odhaduje okolo 40% žen. Nejméně studentek přijímají na lékařské školy v Japonsku (24,0%), Islandu (32,0%) a Turecku (34,0%).

Studium medicíny se stává pro ženy dostupnějším než dříve, díky zvýšenému finančnímu ohodnocení lékařů také atraktivnějším, ačkoliv pro muže se zřejmě stává méně atraktivním povoláním, ne ve všech oborech dostatečně finančně ohodnoceným.

Mezi studenty lékařských škol, zejména v USA, byla provedena řada zajímavých studií, které odhalují některé rozdíly mezi muži a ženami ve studiu. Ženy údajně vstupují na lékařskou školu s daleko idealističtější, humánnějším postojem, na rozdíl od mužů, kteří přihlížejí spíše k technické, společenské či finanční stránce této profese. Během studia ženy prokazují lepší studijní výsledky než muži, méně často opakují zkoušky, avšak přiznávají, že studium je stojí větší úsilí než muže. Ženy mají lepší výsledky v preklinických a základních klinických oborech a předmětech, kde mohou uplatnit lepší schopnosti navazovat kontakt s pacienty.

Podobně výsledky byly zjištěny i u nás ( 22 ), kde bylo potvrzeno, že ženy jsou rovnocennými partnery při studiu na LF, dokonce jejich studijní výsledky, zejména v preklinické části, jsou lepší, méně často opakují zkoušky a přerušují studium z důvodu neprospěchu. Studie o absolventech LF, kteří ukončili studium s vyznamenáním v letech 1960 - 1980 ( 23 ) uvádí, že podíl žen mezi těmito úspěšnými absolventy činil 51,9%, což svědčí nejen o studijních schopnostech žen, ale také o jejich dalších osobních předpokladech.

U studentek medicíny, zejména v USA, je nyní tak silná motivace získat lékařské vzdělání a věnovat se této profesi, že dokonce řada z nich vůbec nepřerušuje studium z důvodů těhotenství a mateřství.

V některých zemích představitelé lékařského vzdělávání argumentují vysokým procentem studentek, které po promoci nenastupují do své profese. Skutečně existují určité diskrepance mezi počtem studentek, absolventek a lékařek, které nastoupily do medicínské praxe. Příčinou je jednak plnění mateřských povinností, jednak nedostatečná příležitost dostat se do jakéhokoli oboru specializace v některých státech. Bohužel není možné provést srovnání počtů absolventů s počty těch, kteří nastoupili do praxe v posledních letech u nás. Zdá se však, že vzhledem k omezeným možnostem nástupu do zaměstnání a zařazení do specializační přípravy, řada absolventů LF odchází pracovat mimo zdravotnictví, o čemž svědčí snižování celkového počtu lékařů, zejména mužů, i přesto, že ročně vychází z LF asi 1.200 nových absolventů. Odhady o absolventech LF pro příští léta hovoří o roční "produkci" asi 1.600 absolventů během dalších 4 let, poté se jejich počet bude snižovat, okolo r. 1999 by měl činit asi 1.100 absolventů ročně.

d) složení populace učitelů v lékařském vzdělávání u nás i v zahraničí

V některých zahraničních studiích je uváděno, že příčinou nízkého podílu žen mezi studenty LF i v lékařské populaci je nedostatečný počet vzorů, příkladů úspěšných lékařek, které působí na lékařských školách i ve vedoucích funkcích ve zdravotnických institucích. To je také údajně příčinou toho, že ženy v medicíně se cítí osamělejší, více stresovanější než muži, protože jim chybí podpora učitelů - žen v oblasti řešení emocionálních i personálních problémů (57).

I když se počet žen mezi učiteli lékařských škol v USA postupně zvyšuje př. v letech 1978 - 1989 se zvýšil o 76%, ženy představují pouze 20% veškerého personálu (v r. 1978 to bylo 15%).

Tab. č. 3 :

Zastoupení žen mezi učiteli LF v USA podle specializace (%) 1978 - 1989

obor	1978	1989
anatomie	17	20
biochemie	12	16
mikrobiologie	18	21
patologie	19	23
farmakologie	12	16
fyziologie	12	14
anesteziologie	19	23
dermatologie	11	21
rodin. lékařství	15	24
interní lékařství	9	16
neurologie	12	16
gynekolog.-porod.	15	25
oftalmologie	8	14
ortopedie	4	8
ORL	13	18
pediatrie	35	33
rehabilitace	30	34
psychiatrie	20	25
veřejné zdravot.	23	32
radiologie	11	16
chirurgie	4	9

Tab. č. 3 ukazuje zastoupení žen na jednotlivých katedrách, odděleních lékařských škol, tedy podle oborů specializace. Za u-vedné" období došlo k přírůstku žen prakticky ve všech oborech, kromě pediatrie, která patří k absolutně nejfeminizovanějším oborům. Mezi pracoviště s relativně vysokým podílem patří také rehabilitace, veřejné zdravotnictví, psychiatrie, gynekologie -porodnictví, rodinné lékařství, anesteziologie, ale také patologie, mikrobiologie a anatomie. Nejméně se objevují ženy na katedrách ortopedie a chirurgie, i když se jejich počet rovněž zdvojnásobil.

Neméně zajímavé je sledování zastoupení žen mezi učiteli podle získaných pedagogických titulů. Podíl žen mezi profesory lékařských škol se během let 1978 - 1989 zvýšil ze 7,0% jen na 9,0%, titul associate professor získalo 20,0% žen (oproti 16,0% v r. 1978) a assistant professor 49,0% žen (v r. 1978 - 36,0%).

Minimálně mají ženy příležitost zastávat vedoucí funkce na klinikách, stát se děkany nebo proděkany lékařských škol či



členy lékařských výborů, které provádějí zásadní rozhodování v oblasti pregraduálního či postgraduálního, specializačního studia.

Pokusili jsme se provést analýzu učitelského sboru na našich LF, i když naše LF si nemohou stěžovat na nedostatek studentek medicíny. V nejstarší historii LF UK v Praze ( 2 ) se až do r. 1883 neobjevuje mezi učiteli LF žádná žena. V letech 1883 -1939 pracovalo na české LF v Praze 160 žen, z nichž 12 jich dosáhlo pedagogického titulu docent nebo profesor.

Podle statistické ročenky (60,61), která uvádí jen celkové počty učitelů, bez rozlišení pohlaví, se počet učitelů všech LF v České republice v letech 1960 - 1992 pohyboval mezi 1554 učiteli v r. 1960 a 2.008 učiteli v r. 1992. Podíl učitelů, kteří získali pedagogický titul profesor nebo docent byl v r. 1960 18,1%, v r. 1990 - 64,0% a v r. 1992 52,0%, opět bohužel bez rozlišení pohlaví.

Při detailnější analýze učitelů - lékařů všech LF v rámci UK v Praze ( 41 ) bylo zjištěno, že v r. 1967 pracovalo 254 žen -lékařek na těchto LF UK, což je 22,2% (nejvíce na FVL UK - 25,4%, nejméně na LF UK v Hradci Králové - 10,0%). Pedagogický titul profesor nebo docent získalo 31 žen (tj. 12,2% žen) a vědeckou hodnost DrSc., CSc. mělo v r. 1967 84 žen (tj. 33,14 žen). Ve funkci vedoucí katedry, přednosty kliniky pracovalo 6 žen, 2 ženy byly dokonce ve funkci proděkana LF. 6,2% žen bylo členy vědecké rady lékařských fakult.

Podobná analýza byla provedena i mezi učiteli LF UK v Praze v r. 1993 ( 42 ). V tomto roce bylo na všech LF UK 375 žen, tj. 30,24 všech učitelů - lékařů (nejvíce na 3.LF UK - 40,74, nejméně na LF UK v Hradci Králové - 22,44 a na 1.LF UK - 27,04). Pedagogický titul profesora, docenta získalo celkem 88 žen, tj. 23,54 žen a vědeckou hodnost CSc., OrSc. vlastnilo 182 žen, tj. 48,54 žen. V celé populaci učitelů - lékařů LF UK jsou ženy s tituly profesor zastoupeny v 6,34, docenty 23,84, vědecké hodnosti DrSc. má 10,94, CSc. 29,14 žen v učitelském sboru těchto fakult. Ve funkci vedoucí katedry, přednosty kliniky či jeho zástupce bylo 31 žen. V r. 1993 byla 1 žena ve funkci proděkana LF, 8,44 členů vědeckých rad LF byly ženy.

Tab. č. 4 : Zastoupení žen mezi učiteli LF UK na

Tent	kožní	9	6	13	slům, je majetkem IPVZ
	hygiéna	1	18	31	
	teoret. obory	13	26	57	
	ostatní	27	63	117	
celkem					1993
		160	254	375	

Tab. č. 4 znázorňuje zařazení žen mezi učiteli příslušných kateder, klinik v letech 1939, 1967 a 1993. Jejich specializace byly roztržiděny do 10 velkých oborů, velkou skupinu tvoří teoretické katedry, úzké specializace a menší obory byly zařazeny do kategorie ostatní.

Z této tabulky je jasné, v jakých oborech se ženy na LF objevovaly nejčastěji. Ve všech sledovaných obdobích pracovaly na klinikách pediatrie, stomatologie a interního lékařství, opačnou tendenci zde zaznamenává zastoupení žen ve stomatologii a interním lékařství. Ve všech obdobích byly ženy početně zastoupeny na teoretických katedrách, v posledních letech často také v hygienických oborech. Zajímavé je, že při relativně nízkém zastoupení žen v chirurgii, 2 ženy jsou dokonce přednosta chirurgických klinik.

Při opakovaném provádění analýzy pedagogických pracovníků ILF byl zjištěn podíl žen v r. 1983 - 39,6%, v r. 1988 - 40,6% a v r. 1993 - 35,2%. Mezi pedagogickými pracovníky byly v r. 1993 3 ženy profesory (9,7%), 56 žen docenty (28,6%), 10 žen získalo vědeckou hodnost OrSc. (24,2%) a 37 žen bylo CSc. (27,0%). Ve funkci vedoucí katedry nebo zástupce pracovalo v r. 1983 15 žen (17,0%), v r. 1988 16 žen (12,6%) a v r. 1993 11 žen (15,5%). Ve vedoucí funkci zastupovaly typické "ženské" obory jako je dorostově lékařství, oční lékařství, mikrobiologie, dětská psychiatrie, ale i všeobecné lékařství, dětská chirurgie a popáleniny.

#### e) analýza věkové struktury lékařek v České republice v letech 1960-1992

Tab. č. 5 vypovídá o vývoji věkové struktury lékařek v letech 1960 - 1992 a ukazuje na skutečnost, jak tato relativně mladá populace lékařek postupně "stárne". Průměrný věk lékařek v r. 1970 byl 36,4 roků, v r. 1991 již 41,3 roků. Průměrný věk celé populace v r. 1991 byl 42,6 roků.

V r. 1960 ženy ve věkové skupině do 40 let tvořily 72,3% a až do r. 1980 byly tyto nejmladší věkové skupiny nejsilněji

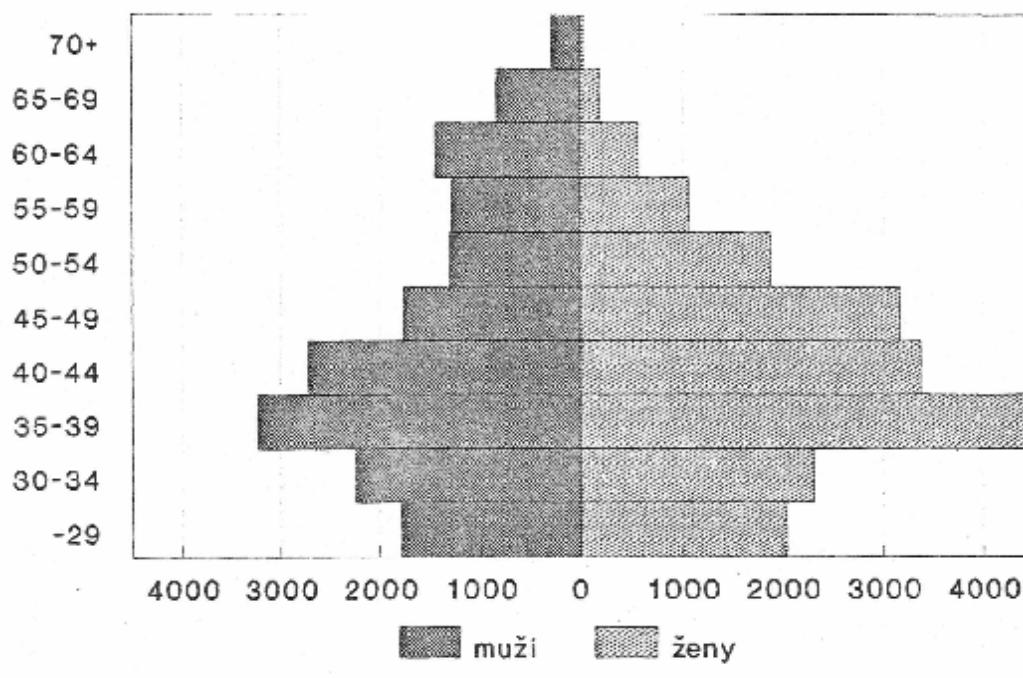
zastoupeny. Od r. 1985 je absolutně nejsilnější věková skupina lékařek 30 - 39 let a spolu s věkovou skupinou 40 - 49 let tvoří téměř 70% všech lékařek. Od r. 1980 se postupně snižuje podíl nejmladší věkové skupiny, který v r. 1992 činil jen 13,3%, ačkoli pravidelně vychází okolo 700 absolventek LF ročně.

Tab. č. 5 : Vývoj populace lékařek v ČR v letech 1960 - 1992 podle věkových skupin

rok	věkové skupiny						celkem
	do 29let	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	
1960	1768	2237	922	484	131	1	5543
1965	2289	2932	1404	794	131	7	7557
1970	3353	3229	2164	784	271	28	9829
1975	3693	4614	2810	1280	435	40	12872
1980	4479	6417	3186	1964	376	43	16465
1985	3764	8241	4482	2573	584	62	19706
1990	2499	8319	5780	2547	791	57	19993
1992	2602	7491	6149	2656	678	44	19620

Rozdíly ve věkových skupinách mužů a žen v r. 1992 znázorňuje graf č. 3, z něhož vyplývá, že ženy převažují ve všech věkových skupinách, s výjimkou věkové skupiny nad 55 let, kde převahu mají muži. Muži ve věkových skupinách nad 60 let (tedy v důchodovém věku) tvoří 13,7%, u žen je to jen 3,7%. Tento graf rovněž naznačuje, jak bude vypadat populace lékařů za 10 - 15 let, pokud se bude radikálně snižovat počet studentů LF a absolventi tohoto studia nebudou nastupovat do praxe (viz následující strana).

Graf č. 3 : Věkové složení lékařů v r. 1992



f) analýza struktury lékařek podle zařazení do oborů specializace

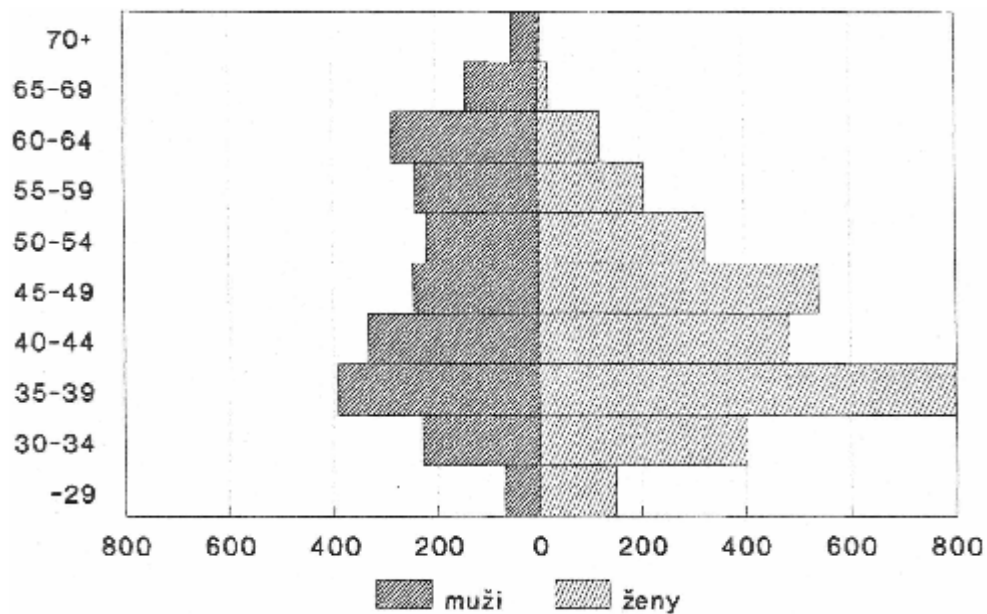
Lékaři nejčastěji nastupují do specializačních oborů, které souvisí s poskytováním primární zdravotní péče, tj. všeobecného lékařství, stomatology, pediatrie, gynekologie a porodnictví, kde pracovalo 47,9% všech lékařů v r. 1992. Tyto obory spolu s interním lékařstvím a chirurgií patří mezi nejpočetnější lékařské obory. O struktuře lékařů v těchto oborech vypovídají grafy 4 - 9.

Tabulka č. 6 popisuje vývoj zastoupení žen v největších oborech specializace během let 1960 - 1992. Podobně jako v zahraničí jsou i u nás obory tzv. "mužské", k nimž patří chirurgie a další chirurgické obory, urologie, ortopedie, gynekologie-porodnictví a ORL, které jsou doménou mužů. Naproti tomu téměř ve všech zemích

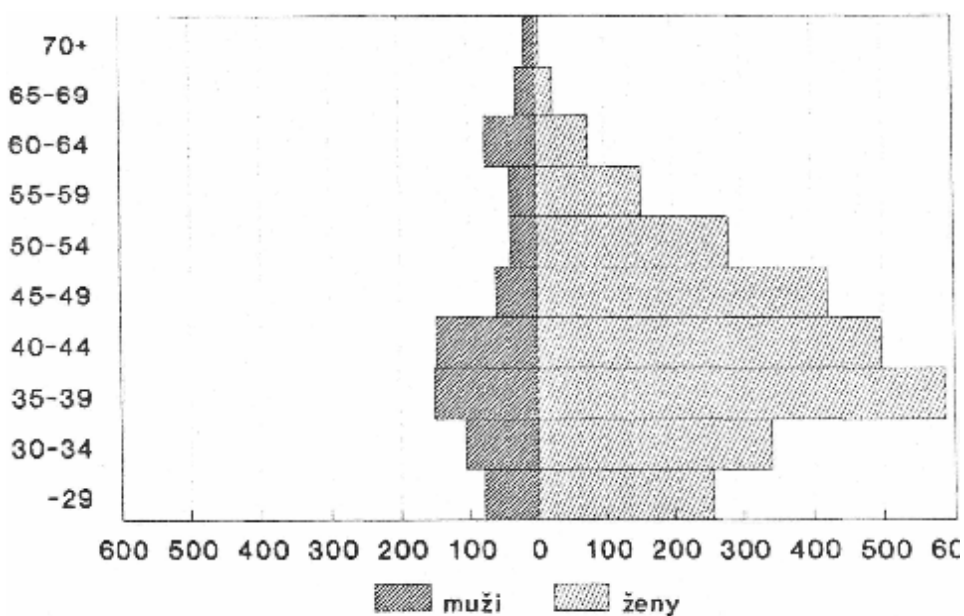
se v oborech pediatrie, interního lékařství a psychiatrie objevuje největší podíl žen.

Zastoupení žen se v posledních letech zvyšuje prakticky ve všech oborech, kromě již uvedené chirurgie, dále ortopedie a urologie,

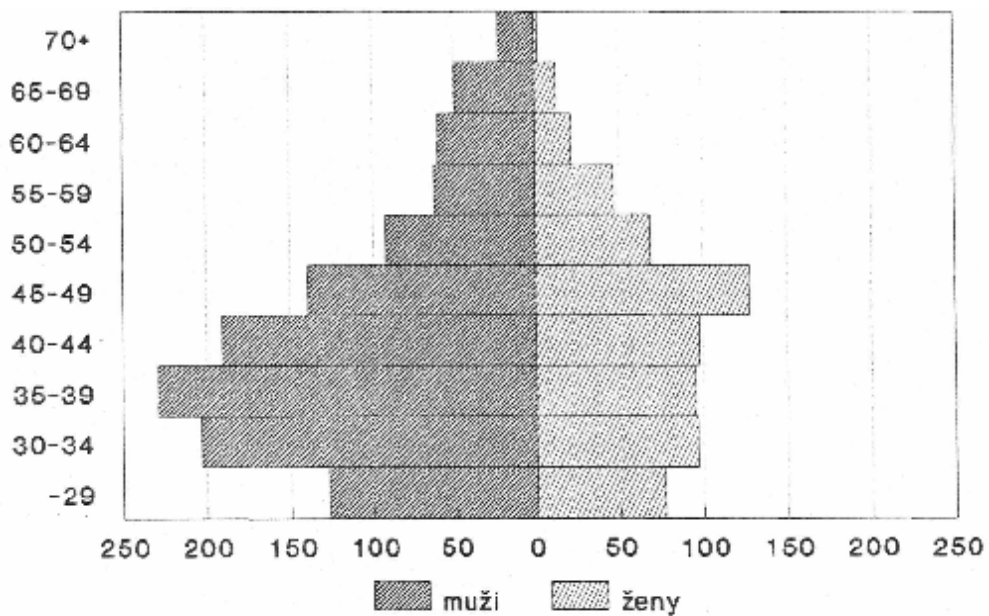
Graf č. 4 : Věkové složení lékařů ve všeobecném lékařství ( k 31. 12. 1992 )



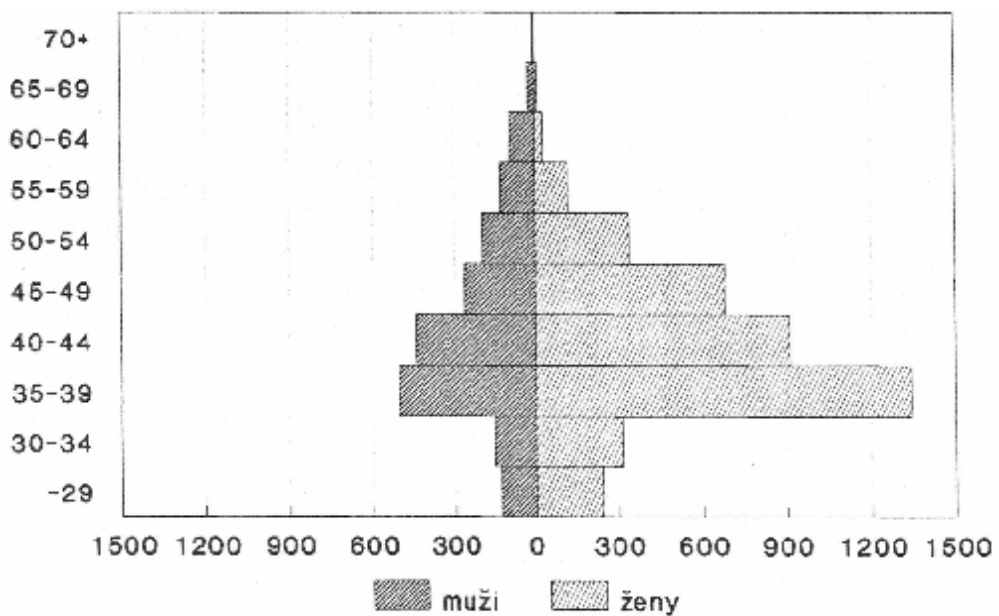
Graf č. 5 : Věkové složení lékařů v pediatrii ( k 31. 12. 1992 )



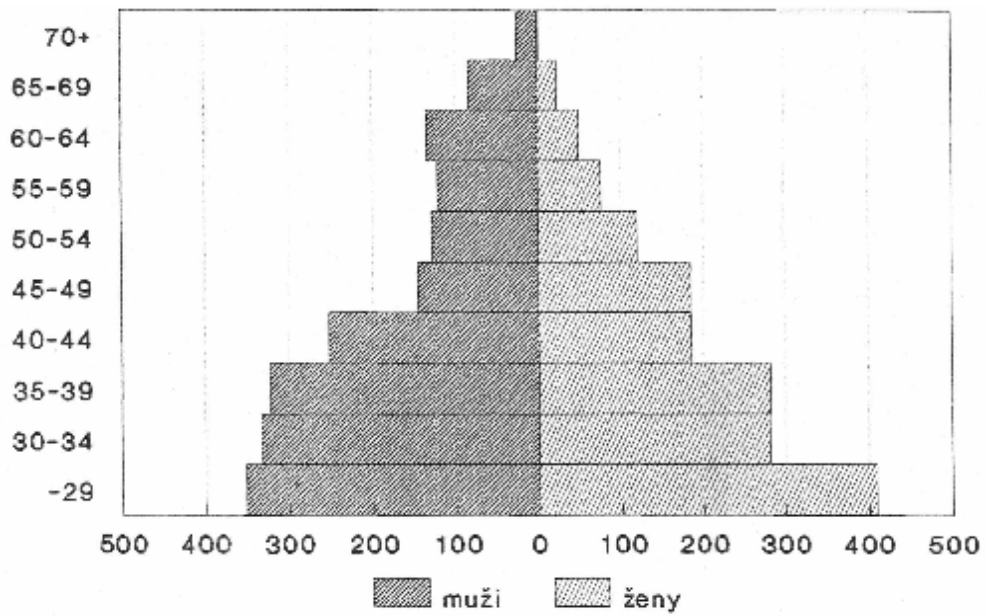
Graf č. 6 : Věkové složení lékařů v gynekologii -  
porodnictví ( k 31. 12. 1992 )



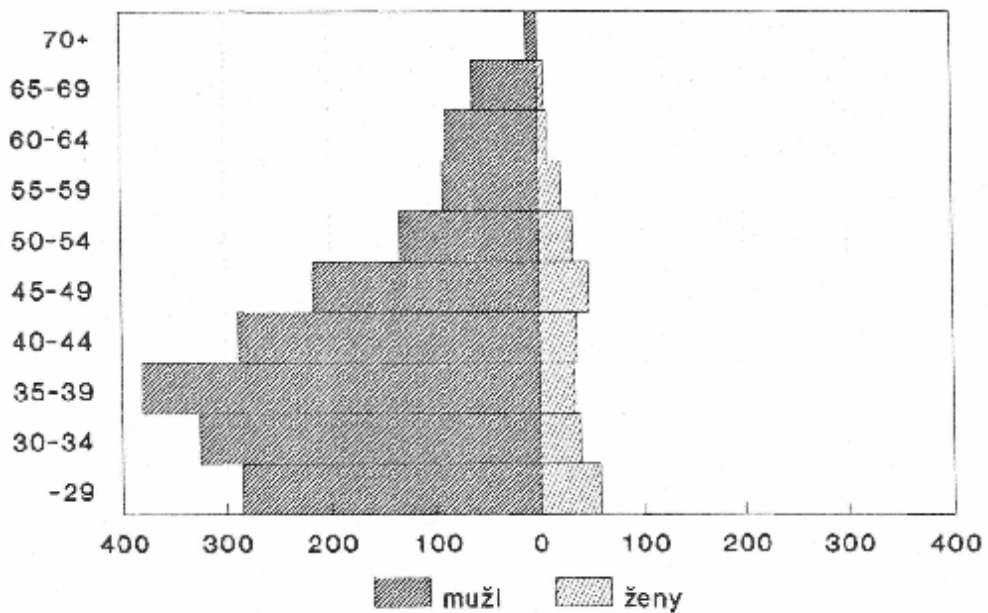
Graf č. 7 : Věkové složení lékařů ve  
stomatologii ( k 31. 12. 1992 )



Graf č. 8 : Věkové složení lékařů v interním lékařství ( k 31. 12. 1992 )



Graf č. 9 : Věkové složení lékařů v chirurgii ( k 31. 12. 1992 )



kde podíl žen nepřesahuje 15%. I když je podíl žen v chirurgii jen 14,3%, je jejich zastoupení relativně vysoké ve srovnání se zahraničními statistikami.

Tab. č. 6 : Vývoj zastoupení žen ve specializačních oborech v letech 1960 - 1992

obory special.	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1992
dorost. lék.	48,3	52,2	57,5	61,5	65,2	69,4	78,0	81,6
pediatrie	64,0	67,0	70,9	74,9	75,1	76,6	78,8	79,0
kožní lék.	38,0	44,9	56,0	61,3	64,5	72,4	74,0	77,0
oční lék.	49,3	52,2	58,4	64,6	67,5	69,9	74,2	75,0
transfúz. služba	55,4	53,8	54,5	57,7	59,6	65,6	68,6	71,2
mikrobiologie	-	-	-	-	63,0	66,7	66,3	69,0
stomatologie	47,5	47,5	57,2	60,3	63,4	65,4	67,3	68,2
hygiena-epid.	29,4	35,7	40,8	51,0	55,2	63,0	66,1	67,5
neurologie	31,5	61,4	45,3	48,9	49,8	53,9	59,7	59,9
všeobec. lék.	18,4	22,4	29,3	37,4	43,2	49,4	56,4	57,2
psychiatrie	35,0	40,8	45,0	48,1	49,7	51,7	55,5	56,6
interní lék.	33,3	36,7	42,6	44,2	42,6	44,3	45,2	47,6
anestez.-resus.	40,0	28,7	49,8	49,0	46,5	44,7	43,4	43,4
gynekol.-porod.	16,3	25,2	27,8	31,4	31,8	32,4	34,4	35,6
organizace zdrav.	11,8	12,2	12,6	13,5	16,7	20,2	23,9	25,3
chirurgie	16,3	18,8	20,6	18,1	21,1	15,3	13,7	14,3

Mezi obory s největší feminizací patří pediatrie a dorostové lékařství, tradičně "ženským" oborem bylo oční lékařství a trans-fúzní služba, kde podíl lékařek již v r. 1960 přesahoval 50%, spolu s pediatrií. K největším přírůstkům žen došlo v oborech kožního lékařství (39,0%), všeobecného lékařství (38,8%), hygieně a epidemiologii (38,1%), dorostovém lékařství (33,3%) a neurologii (28,4%). Podíl lékařek se však zdvojnásobil i v oborech, které u nás nebyly typicky "ženské" - gynekologii a porodnictví a organizaci zdravotnictví. Organizace zdravotnictví je u nás oborem řídicích pracovníků, tedy zejména mužů, avšak v USA je to naopak jeden z oborů s největší feminizací (viz Tab. č. 7).



Anesteziologie a resuscitace nepáří mezi obory, kde ženy tvoří většinu, na rozdíl od zahraničních statistik, zejména v Anglii, Austrálii a Německu. Zvláštní je obor mikrobiologie, který figuruje ve statistikách až od r. 1980, avšak okamžitě se stává oborem s vysokým podílem žen. Pozornost si zaslouží také obor stomatologie, který v zahraničí není uváděn mezi lékařskými specializacemi. Stomatologie u nás se vyvíjí od r. 1960 jako obor s vysokým podílem žen (47,5%), který se postupně zvyšoval, v r. 1992 dosáhly ženy 68,2% populace stomatologů.

Ženy - lékařky nastupují prakticky do všech oborů specializací, i když do některých více, jiných méně. Jejich přístup i, do tzv. "mužských" oborů byl dosud u nás volnější než je tomu v zahraničí, kde je záležitostí kompetice a pro zvláštní psychické i fyzické požadavky jsou některé obory ženám prakticky nepřístupné. Nejde tedy o preferenci určitých oborů ženami, ale spíše o skutečnost, že výcvik v těchto oborech je dostupnější, ženy jej mohou absolvovat i při svých mateřských a rodinných povinnostech, následná praxe umožňuje zkrácenou a relativně stabilní pracovní dobu, která nevyžaduje přílišné služby a návštěvy. Na druhé straně si ale také ženy vybírají obory, v nichž mohou uplatnit své specificky ženské schopnosti, citlivý přístup k pacientům (zejména dětem a starým lidem) a lepší dovednosti navazovat kontakt s pacienty. Podle Sui-Dang-Ha Doana pracovalo v r. 1973 v pediatrii v USA 21,9% žen, v rodinném lékařství 4,5%, interním lékařství 6,5%, kožním lékařství 7,6%, gynekologii-porodnictví 7,5% a chirurgii 1,4% žen americké populace. Jak pokračoval vývoj mezi residenty v letech 1980 - 1990 ukazuje Tab. č. 7, rovněž zde jsou silné tendence nástupu žen do všech medicínských oborů, zejména pak do veřejného zdravotnictví, pediatrie a kožního lékařství. Tab. č. 7 viz další strana.

Neukazuje se tedy, že ženy po absolvování LF nenastupují do praxe a věnují se spíše rodině. Naopak, zejména v USA je silná motivace žen uplatnit se v medicíně, ženy oddalují nebo přerušují svůj specializační výcvik jen na nezbytně nutnou dobu a

**Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

dokazují tak, že jsou schopny úspěšně se vyrovnat se svou profesionální kariérou a současně zvládnout role mateřství.

Tab. č. 7 : Zastoupení žen ve specializační přípravě podle lékařských oborů v USA

obor	1980	1985	1990
pediatrie	47,0	49,3	54,3
rodinné lék.	19,5	26,0	35,4
interní lék.	20,9	25,8	29,3
veřejné zdravot.	35,5	38,5	57,9
anesteziologie	24,1	19,0	21,8
patologie	31,6	35,9	38,6
kožní lék.	26,8	39,9	47,8
urologie	22,3	4,6	5,3
chirurgie	9,7	-	20,3
gynek.-porod.	30,3	41,6	46,9
psychiatrie	36,2	38,3	42,9

g) analýza struktury populace lékařek podle získané kvalifikace

Opakovaně prováděné analýzy demografické a kvalifikační struktury lékařů v ČR (21;52) prokázaly, že ženy se statisticky významně neliší od mužů, pokud šlo o získávání specializace I. stupně. Podle Zdravotnické ročenky získalo 88,9% žen a 89,7% mužů specializaci I. stupně k 31.12.1992. Určité rozdíly byly zjištěny v délce přípravy na specializaci I. stupně, kdy ženy skládají specializační zkoušky za kratší časové období (3 roky) než muži (4-5 let) (22). Je však třeba mít v úvahu, že do délky je započítávána základní vojenská služba mužů.

Při získávání specializace vyššího stupně se již projevují rozdíly mezi muži a ženami. Specializaci II. stupně získalo jen 13,2% žen (muži - 36,6%) a nástavbovou specializaci získaly ženy v 11,3% (muži 15,7%).

Při analýze oborů specializace (21) bylo zjištěno, že ve většině oborů ženy zaostávají za muži při získávání specializace II. stupně, kromě radioterapie, ortopedie, mikrobiologie, klinické biochemie a všeobecného lékařství. V oborech nástavbových specializací nejsou rozdíly tak významné, významně častěji než muži získávají ženy nástavbové specializace v chirurgii, ORL (muži dávají přednost specializaci II. stupně), částečně i v posudkovém lékařství a organizaci zdravotnictví, ve stejném poměru pak v oborech dorostového a tělovýchovného lékařství. Naopak, méně často je nástavbových specializací v pediatrii a hygieně, kde pracuje většina žen, které pro svou praxi nepotřebují vyšší specializace.

Délka specializační přípravy před získáním specializace vyššího stupně se liší. Muži se připravují na vyšší specializaci kratší dobu (v průměru 5,1 roků) než ženy (6,5 roků). Zde nepochybně hraje velkou roli mateřská dovolená a péče o děti. Výše zmíněná studie (22) prokázala, že lékaři, kteří měli výborné studijní výsledky během studia na LF i u atestační zkoušky, přistupovali k atestační zkoušce po delší, zodpovědnější přípravě než ti, jejichž prospěch byl průměrný či slabý.

Během sledovaného období byl zjišťován podíl lékařů, kteří získali specializaci ve svém oboru. Tab. č. 8 ukazuje na tento vývoj se zřetelem na získávání specializací žen. Od r. 1960 se podíl kvalifikovaných lékařů stále zvyšuje, jak mužů (o 14,0%), tak žen (o 21,9%), jednak však došlo k vyrovnání rozdílu mezi muži a ženami při získávání příslušné specializace.

Tab. č. 8 : Podíl lékařů se specializací v oboru  
činnosti (v %)

rok	muži	ženy
1960	69,4	58,2
1965	72,5	61,4
1970	77,8	65,2
1975	75,8	66,1
1980	75,4	66,6
1985	81,0	72,9
1990	82,4	81,4
1992	83,4	82,1

V současné době je často diskutována otázka počtu specialistů a údajný jejich nedostatek u nás. Vezmeme-li v úvahu, že za specialisty jsou považováni lékaři s vyšší specializací (i když diplom specialisty má vlastně všech 88,8% lékařů se specializací I. stupně), pak celkový podíl specialistů u nás je 38,3%, tedy polovina mužů v lékařské populaci a čtvrtina žen získala specializaci vyššího stupně. Při srovnání s členskými státy Evropské unie - př. Francie má 48,5% specialistů, Belgie - 44,3%, Holandsko - 43,5%, španělsko - 41,9%, Velká Británie - 14,8%, se tento podíl (38,3%) nezdá jako nedostatečný, zejména s ohledem na budoucí orientaci především k primární zdravotní péči.

h) uplatnění žen ve zdravotnictví a jejich zastoupení ve vedoucích funkcích

V předchozí analýze bylo zjištěno, že ženy tak příliš nezaostávají za muži při získávání specializací. Ač tedy vlastně často splňují kvalifikační předpoklady, příliš často se ve vedoucích funkcích neobjevují. Při prováděné analýze v r. 1985 (52) bylo zjištěno, že ženy se

dostávají do vedoucích funkcí ve zdravotnictví (hl. primářů) jen z jedné třetiny, a to ještě jen v určitých oborech - zejména v hematologii (55,5%), mikrobiologii (63,1%), dorostovém lékařství (51,7%), pediatrii (51,1%) a očním lékařství (50,5%), kde dokonce převažují nad muži. Ve většině oborů se podílejí na vedoucích funkcích jen ve 20 - 30%. Nejméně žen je ve vedoucích funkcích v oborech urologie (6,3%), chirurgie (10,3%), organizace zdravotnictví (11,9%), ortopedie (12,4%), soudním lékařství (16,7%) a gynekologii-porodnictví (17,7%).

Při podobném šetření v r. 1988 bylo z registru lékařů zjištěno, že ve funkcích primářů NSP pracovalo 20,6% žen, a to nejčastěji v oborech pediatrie, psychiatrie, rehabilitace, transfúzní služby, kožním a očním lékařství, hematologie a nemocí z povolání. Nejméně často v již výše uvedených chirurgických oborech a ORL.

Podobně je tomu i ve zdravotnickém školství, kde ve funkcích vedoucích kateder, přednostů klinik na jednotlivých fakultách se počet žen pohyboval v r. 1993 maximálně mezi 5 - 15 ženami ve funkcích vedoucích či zástupců těchto pracovišť. Většinou šlo o teoretické ústavy, ale ženy byly také přednostkami klinik pediatrie, očních, kožních i chirurgických. Podobně tomu bylo také v ILF, kde bylo v r. 1993 11 žen vedoucími kateder (tj. cca 16,0%).

Detailní údaje o zastoupení žen ve vedoucích funkcích ve zdravotnictví ze zahraničí nejsou k dispozici, ale v řadě studií je konstatováno, že ženy se v těchto funkcích objevují jen zřídka. Větší preference mužů ve funkcích je zdůvodňována vysokou náročností funkcí, časovou i psychickou, potřebou vysoké kvalifikace a jejího neustálého obnovování, potřebou sounáležitosti s pracovištěm, institucí, spolehlivostí. Tyto požadavky mohou ženy splňovat jen výjimečně, neboť péče o děti a domácnost je natolik zaměstnává, že se nemohou plně věnovat své profesi,

kontinuálně vzdělávat a navíc musí často ze zaměstnání absentovat. Eventuální výkon funkce není prý možno sladit s dalšími požadavky na ženu, takže lze očekávat konflikt těchto rolí a následné selhání lékařky ve funkci. Na druhé straně, zejména v USA vlivem feministického hnutí se projevují silné tendence za zrovnoprávnění žen, co do odměňování a zastávání postů, které požadují, aby byl vyčleněn určitý podíl vedoucích funkcí také pro ženy, které se nechtějí smířit s tím, že by měly cokoliv slevit ze své profesionální kariéry, ani se vzdát péče o rodinu.

O tom, že existuje možnost sladit obě tyto hlavní role lékařek-žen, hovoří zahraniční studie. Stále větší počet žen po absolvování nastupuje do zdravotnictví, aby si získaly specializaci a mohly samostatně pracovat. Akreditovaná zdravotnická zařízení jim většinou umožňují, aby absolvovaly specializační výcvik formou částečných pracovních úvazků, aby se mohly také věnovat rodině. Hovoří se o tom, že většina zaměstnaných lékařek pracuje na částečný úvazek po dobu péče o malé děti, zejména je tomu tak v Anglii, USA a skandinávských zemích.

Podobné studie o pracovním zařazení žen u nás nejsou v současné době k dispozici. Statistická ročenka uvádí počty lékařů, kteří pracují na zkrácený pracovní úvazek, z čehož se dá usuzovat, že jde pravděpodobně výlučně o ženy. Podíl lékařů se zkráceným úvazkem v r. 1960 činil 5%, postupně se však zvyšoval, v r. 1985 dosáhl téměř 12%. Současné informace nejsou k dispozici, ale uvádí se, že asi 16-18.000 žen ve zdravotnictví je ročně na mateřských dovolených a odhaduje se, že asi 15-20% lékařek je denně nepřítomno z důvodů péče o rodinu nebo své vlastní zdraví.

I přes všechny problémy, které s sebou feminizace zdravotnictví přináší, ženy mají zde své oprávněné místo. Některé zahraniční studie (55) uvádějí hodnocení spokojenosti pacientů, poukazují na lepší hodnocení lékařek - žen. Za jejich přednost je

označována orientace na pacienta, plné pochopení jeho osobních, emocionálních a sociálních problémů, empatický přístup. Lékařky snadněji navazují kontakt s pacienty, jsou přátelštější, jejich vztah k pacientovi nemá tak často komerční základ jako u lékařů - mužů. Jsou trpělivější, více vysvětlují, méně předepisují léky, spíše plní očekávání pacientů. Lékařky jsou častěji vyhledávány pacientkami, které tvoří 75% jejich klientely. Pro svůj citlivý přístup nacházejí uplatnění především v oborech, kde mohou využít svých pečovatelských sklonů, citlivého přístupu k malým a starým pacientům, ale i k nevléčitelným a umírajícím pacientům a jejich rodinám.

### III. SHRNUTÍ

Ve 2. polovině 20.století dochází k prudkému rozvoji všech kategorií zdravotnických pracovníků ve většině zemí světa. Tento rozvoj je způsoben prudkým nástupem žen do zdravotnických profesí, který se týkal zejména zemí s plánovitou ekonomikou, ale v posledních letech k rozvoji feminizace dochází také ve vyspělých západních zemích.

Podíly žen mezi zdravotnickými pracovníky se pohybují mezi 70-80%, (v ČR - 78,4%) v jednotlivých kategoriích se liší. Nejvyšší feminizací ve všech zemích prokazují kategorie středního zdravotnického personálu (okolo 95%), v ČR je to 99,3%. Farmaceuti patří také mezi feminizované profese, v řadě zemí podíl žen přesahuje 50%, u nás je to 81,3%. Dentisté patří mezi profese s nižším zastoupením žen, v průměru zde pracuje asi 15% žen. U nás tato profese byla nahrazena vysokoškolsky vzdělanými stomatology.

Prudký rozvoj populace lékařů od 60.let přináší s sebou i vyšší podíly žen mezi lékaři. Největší zastoupení žen se již ve 2. pól. 20. století objevuje v bývalých socialistických státech, kde dosahovaly



50%, tyto trendy však pokračovaly v těchto zemích, ale i ve vyspělých západních zemích, kde zastoupení žen se nyní pohybuje mezi 20 - 50%. Podíl žen v lékařské populaci v ČR se od r. 1960 zvýšil z 31,1% na 54,7% v roce 1992.

Studium na LF se stává atraktivním nejen pro muže, ale v posledních 20 letech zejména pro ženy, zvláště tam, kde dříve nebylo zcela dostupné. Podíly žen mezi studenty medicíny jsou vesměs vyšší než podíly žen v lékařské populaci a pohybuje se mezi 30 - 60% ve vyspělých západních zemích. VČR se vývoj studentské populace a také feminizace během uplynulých 30 let pohyboval v jakýchsi vlnách, podíl žen mezi studenty LF v r. 1960 byl 44,1%, v r. 1992 již 57,7%. Dá se předpokládat, že studium medicíny, zejména v některých oborech bude stále více atraktivnější pro ženy než pro muže, a tudíž počty žen mezi studenty se zřejmě stále budou zvyšovat.

Vysokému podílu žen mezi studentskou a lékařskou populací však neodpovídá zastoupení žen mezi učiteli na LF, které v USA tvoří jen 20% učitelského personálu, na všech LF UK v Praze je to 30% žen. Značné disproporce se však objevují mezi muži a ženami pokud jde o zastávání vedoucích funkcí nebo získávání pedagogických titulů a vědeckých hodností. Relativně vyšší podíl žen byl zjištěn v postgraduálním vzdělávání, kde ženy tvořily 35% učitelů v ILF.

Při detailnější analýze populace lékařů v ČR v letech 1960-1992 byla sledována jejich věková a kvalifikační struktura, zejména pokud šlo o ženskou část této populace. Průměrný věk lékařek v r. 1991 byl 41,3 roků, celé populace lékařů 42,6 roků. Ženy mají převahu ve všech nejmladších věkových skupinách, ženy ve věku mezi 30-49 lety tvoří 70% ženské populace.

Ženy nejčastěji nastupují do oborů specializace,

které souvisejí s poskytováním primární zdravotní péče, zejména pediatrie, dorostového lékařství, všeobecného lékařství, stomatologie, ale také tradičně již "ženských" oborů - kožního lékařství, očního lékařství, transfúzní služby, mikrobiologie. Podíl žen se však zvyšuje prakticky ve všech specializačních oborech. V zahraničí patří mezi nejvíce feminizované obory kromě pediatrie také psychiatrie, anesteziologie-resuscitace, patologie, veřejné zdravotnictví, interní lékařství a rodinné / praktické lékařství.

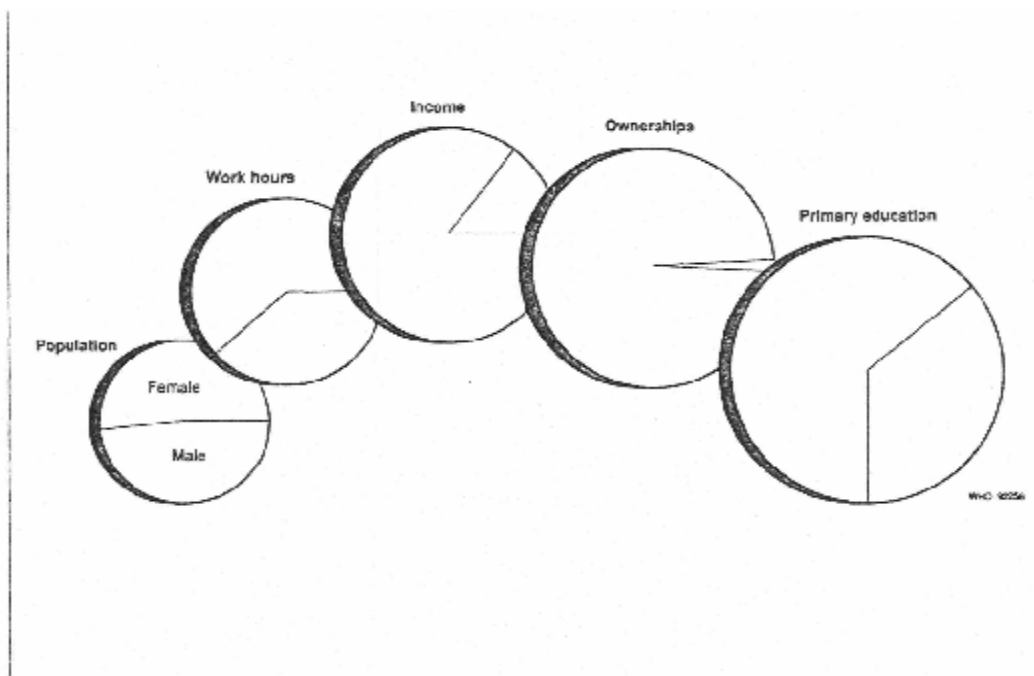
Při získání specializace I. stupně ženy nezaostávají za muži, rozdíly se projevují až u vyšších specializací, zejména II. stupně. Během uplynulého vývoje se postupně zvyšoval podíl lékařů, mužů i žen, kteří získali specializaci ve svém oboru. Podíl lékařů se specializací I. stupně činí 88,8%, s vyšší specializací je to 38,3%, tj. 24,5% lékařek získalo tuto vyšší specializaci ve srovnání s 52,3% u mužů.

Ženy nezaostávají tak mnoho za muži při získávání kvalifikace, splňují tedy často předpoklady pro zastávání vedoucích funkcí ve zdravotnictví, ale toho se jim dostává zhruba jen z jedné pětiny, i když v některých, zvláště feminizovaných oborech, se častěji objevují i na vedoucích postech. Z uvedeného přehledu lze usoudit, že jsou schopny zastávat vedoucí funkce pracovišť teoretických i klinických oborů, dokonce se stát i přednosty chirurgických klinik.

Při vysoké feminizaci ve zdravotnictví, zejména mezi lékaři, se jeví jako prevence konfliktů rolí profesionální kariéry lékařky, jejího zodpovědného zvyšování kvalifikace a výkonu praxe na jedné straně a mateřských rolí těchto žen na straně druhé, určitá opatření v organizaci práce, zejména zkrácené pracovní úvazky, ev. možné přerušování zaměstnání. Ženám by se mělo dostat stejné příležitosti jako

mužům , zejména pokud jde o vzdělání, zaměstnání a odměňování. O tom, že existují značné disproporce v těchto kritériích ve světě, svědčí graf č. 10 (58).

Graf č. 10 : Postavení žen



## IV. ZÁVĚR

Předkládaná analýza ukazuje na prudký rozvoj všech kategorií zdravotnických pracovníků u nás i v zahraničí v posledních třiceti letech. Spolu zejména s kvantitativním růstem všech zdravotnických profesí došlo také zejména od 70. let k prudkému nástupu žen do medicíny, nejprve v zemích střední a východní Evropy, nyní prakticky ve většině vyspělých i rozvojových zemích. Vzhledem k podílu žen mezi studenty medicíny, větší dostupnosti a atraktivnosti této profese pro ženy a snižování zájmu a atraktivnosti výkonu této profese (zejména z finančního hlediska) pro muže, bude žen v medicíně zřejmě přibývat.

Zeny jsou neodmyslitelnou součástí systému zdravotní péče, ale plnění jejich mateřských a rodičovských povinností je často odvádí od výkonu povolání, a tak ženy, které se musí věnovat svým dětem, citelně chybí na pracovištích. S touto skutečností musí být počítáno při plánování potřeb zdravotnických pracovníků, je třeba vzít v úvahu podíl žen a jejich věkovou strukturu, zejména v těch kategoriích, kde tvoří většinu. Je třeba připravit taková opatření, která by ženám usnadňovala plnění obou rolí - lékařky a matky. K těm nejpodstatnějším patří úprava pracovních podmínek, pracovní doby, která je běžná ve všech vyspělých zemích. Je výhodnější pro ženy a jejich rodiny, ale také pro zdravotnické zařízení, aby alespoň po dobu péče o malé děti měly možnost pracovat na zkrácený úvazek. Zajištění sociální péče a celého komplexu služeb, včetně zařízení pro děti zaměstnaných matek by mělo být samozřejmostí každé vyspělé společnosti.

Současný systém zdravotní péče, který prochází obdobím transformace se soustřeďuje především na ekonomické otázky. Řešení ekonomických problémů zdravotnictví se však dotýká téměř 80% žen, z toho 55% lékařek. Snižování výdajů na zdravotní péči cestou větší efektivity povede zákonitě také k redukci počtu zdravotnických pracovníků v daném zdravotnickém zařízení a v některých oborech specializace. Úkolem zdravotní politiky by mělo být

vytvoření plánů racionálního rozmístění zdravotnických pracovníků do všech potřebných oblastí tak, aby byly využity jejich schopnosti a kvalifikace a aby nemuseli odcházet do jiných profesí nebo do zahraničí, kde jsou podstatně výše finančně i společensky oceněni.

Při plánování potřeby zdravotnických pracovníků je třeba vycházet z aktuálních potřeb zdravotní péče, z rozvoje demografické struktury obyvatel, úrovně jejich zdravotního stavu a ekonomických možností se aktivně podílet na jeho zlepšení. Neměně důležitě je, aby se vycházelo z dané struktury zdravotnických pracovníků, jejich složení podle pohlaví, věku a dosažené kvalifikace ve specializačních oborech. Právě zvláštní pozornost by měla být věnována ženské populaci zdravotnických pracovníků, zejména lékařek, které ač se snaží získávat kvalifikaci a nezaostávat za muži, své vzdělávání realizují za cenu značné psychické a fyzické zátěže.

Při plánování vzdělávacích programů je třeba vzít v úvahu, že ženy získávají základní specializaci, ale je nutné, aby dostaly také větší příležitost při získávání vyšších specializací tak, aby splňovaly předpoklady pro zastávání vedoucích funkcí ve větším rozměru, než je tomu dosud. Zejména je však třeba ženám v medicínské praxi nabízet širokou paletu vzdělávacích programů pro kontinuální vzdělávání, v nichž by dostaly příležitost si neustále doplňovat a zvyšovat svou odbornou kompetenci. Tyto programy však musí být flexibilní, měly by se alespoň z části stát součástí profesionální praxe tak, aby umožnily účast žen, aniž by omezovaly péči o jejich rodiny. Tato analýza jednoznačně napovídá, v kterých oborech a pro koho by měly takové programy být zaměřeny. Ženy budou sehrávat ve zdravotnictví stále velmi významnou úlohu. Je proto třeba jim vycházet vstříc, aby plnění jejich rolí přinášelo uspokojení nejen jim samotným, ale také jejich rodinám. Spokojenost v osobním životě a vysoká úroveň odborné kompetence jsou cennou devizou, které se odrážejí i v jejich práci a přinášejí profit zdravotnickým zařízením, ale zejména pacientům.

## V. POUŽITÁ LITERATURA

1. Bickel, J. : Women in Medical Education  
New Engl. J. Med., 319, 1988, 15, 1579-1584
2. Biografický slovník Pražské lékařské fakulty, 1348 - 1939  
Díl I., UK, Praha  
1988 Díl II., UK, Praha
3. Bouloux, P. : "Common trunk" in medicine in the European Community  
Postgrad. Med. J., 1993, 69, Suppl. 2, 21-24
4. Bretos, C.T. : Women in the Medical Profession  
University of New South Wales, Kensington, 1980
5. Bui-Dang-Ha Doan : Women in the Health Professions  
World health statistics, 1979, Vol. 32, No 2
6. Calman, K.C. : Medical Education - a look into the future  
Postgrad. Med. J., 1993, 69, Suppl. 2, 3-5
7. Collaboration within the United Nations System : women, health and development WHO, Geneve, 1984
8. Crisp, A. H. : Medical Training in the European Community  
Postgrad. Med. J., 1990, 66, 627-638
9. Evans, P.R. : Monospecialty initiatives in General Practice  
Postgrad. Med. J., 1993, 69, Suppl. 2, 46-48
10. Fulup, T. : Health personnel for "Health for all" : progress  
oř stagnation ? WHO

Chronicle, 40, 1986, 5, 194-  
199

11. Ginzberg, E. : Women in Medicine : What is really happening

J. Med. Educ., 53, 1978, 10, 843-844

12. Graham, J.R. : Physicians organized Medicine and our Future

Transitions towards 2001, USA, 1990

13. Gray, J. : The effect of the doctors sex on the doctor - patient relationship

Journal of the Royal College of General Practitioners, 1982

14. Gruneberg, A.L. : Women in Medicine

Lancet, 1, 1976, 1417

15. Gutt, H., Silverstone, R. : Career problems of women doctors Brit. Med. J., 1976, 2, 574-577

16. Health manpower out of balance

CIOMS, Mexico, 1986

17. Herget, J. a kol. : Možnosti evaluace LF UK

UK, Praha 1993

18. Hoferek, M., J., Sarnowski, A. : Feelings of Loneliness in Women

Medical Students J. Med. Educ.,  
Vol.56, 1981, 5, 397-403

19. Howard, G. : Women in Medicine

Lancet, II, 1978, 208

20. Huxham, G.J., Lipton, A., Hamilton, D., Chant, D. :  
What "makes" a good

doctor ? Med. educ.,  
1989, 23, 3-13

21. Kolektiv autorů : Analýza demografické a kvalifikační struktury

ILF, Praha 1991

22. Krejčíková, J. : Longitudinální studie o absolventech LF

ILF, Praha 1980

23. Krejčíková, J. : Absolventi LF, kteří ukončili

studium s vyznamenáním v letech 1960  
- 1980 ILF, Praha 1985

24. Krejčíková, 3. a kol. : Vědeckopedagogičtí  
pracovníci ILF

ILF, Praha 1983, 1988

25. Krejčíková, J. : Výchova a vzdělávání lékařů  
ILF, Praha 1993

26. Kruijthof, C.J., Van Leewen, C., D. : Career  
perspectives of

women and men medical  
students Med. Educ.,  
1992, 26, 21-26

27. Medical Education in the Federal Republic of  
Germany

AMEE Annual Conference, Paris, 1991

28. Medical specialization in relation to health needs  
WHO, Copenhagen, 1984

29. Mejia, A. : World trends in health manpower  
development :

A review  
World Health Statistics Quarterly, 33,  
1980, 2, 112-136

30. Možný, I. : Rodiny pracovně exponovaných partnerů jako  
sociální a sociologický problém Sociológia,  
10, 1978, 1, 316-332

31. Neittaanmäki, L., Luhtala, R. : More women enter  
Medicine :

Young doctors family origin and career  
choice Med. Educ., 1993, 27, 440-445

32. Parkhouse, J., Ellin, D.J. : Postgraduate  
qualification of

British doctors Med.  
Educ., 1989, 23, 348-363

33. Paton, A. : Women in Medicine

Postgrad. Med. J., 1988, 64, 829-831

34. Physicians for the twenty - first century

AMA, Washington 1984



35. Pickles, M. : Medical Womenpower  
Lancet, 1, 1976, 1417
36. Rhodes, P.J. : The career aspirations of women doctors who  
qualified in 1974 and 1977 from a United Kingdom medical schools  
Med. educ., 1989, 23, 125-135
37. Rousseau, S.A. : Go North young women - a look at Finnish  
specialist training Postgrad.  
Med. J., 1990, 66, 943-946
38. Rowley, B.D., Baldwin, D.C., McGuire, M.B. : Selected Charac-  
teristics of Graduate Medical Education in the United States Jáma, 21, 1991,  
Vol. 266, 7
39. Rubin - Rabson, G. : Selection for Medical Schools  
Lancet, 1, 1973, 673-674
40. Second evaluation of the strategy for "health for all by  
the year 2000" WHO,  
Copenhagen, 1991
41. Seznam osob University Karlovy  
UK, Praha 1967
42. Seznam osob University Karlovy  
UK, Praha 1993
43. Shreve, A., Lone, P. : Working Women  
Mosby company, Toronto, 1986
44. Stephen, P.J. : career patterns of women medical graduates  
1974 - 1984 Med. Educ.,  
1987, 21, 255-259
45. Sutherland, J.K. : Women in medicine  
Brit. Med. J., 1, 1976, 457
46. Svatošová, J., Conová, M., Mandys, F. : Prognóza lékařů a farmaceutů do r. 2000 Čsl. zdrav., 32, 1984,  
12, 497-503

47. Šálková, M. : Rizika diskriminace  
Sociální politika, 1993, 5
48. Tsuda, T., Aoyama, M., Froom, J. : Primary Health  
Care in Japan  
and the United States Soč. Sci.  
Med., 1994, Vol.38, 4, 489-495
49. Uplatění absolventů LF v ČSR v praxi, MS, Praha 1973
50. Vodáková, A. : K otázce ženské práce  
Sociolog, časopis, 27, 1991, 4, 440-454
51. Vyšohlíd, J., Kalvachová, B., Krejčíková, J. :  
Problémy popro-  
moční přípravy lékařů první linie  
nadále v popředí zájmu Čsl. zdrav., 31,  
1983, 8-9, 350-359 •
52. Vyšohlíd, J. a kol. : Studium kvalifikační a  
demografické  
struktury lékařů a tvorby kádrových  
rezerv ILF, Praha, 1985
53. Vyšohlíd, J. a kol. : Popromoční vzdělávání lékařů  
v Evropě  
ILF, Praha 1990
54. Walton, H. : Medical Education Worldwide  
Med. Educ., 1993, 27, 394-398
55. Weisman, C.S., Levine, D.M., Steinwachs, O.M., Chose,  
G.A. :  
Male and Female Physicians Career  
Patterns : Specialty Choices and Graduate  
Training 3. Med. educ., 55, 1980, 10
56. White, K.L. : The General Physician : Past and Future  
Philadelphie, 1990
57. Whiting, B.E., Bickel, J. : Women on Faculties of  
U.S. Medical  
Schools 1978-1989 Acad. Med.,  
65, 1990, 4, 277-278
58. Womens health across age and frontier  
WHO, Geneva 1992
59. World Health Statistics Annual

WHO, Geneva 1988

60. Zdravotnictví ČSSR, 1960-1990

ÚZIS, Praha 1960-1990

61. Zdravotnická ročenka ČR, 1991, 1992

ÚZIS, Praha 1991, 1992