



ZDRAVOTNÍ SESTRY JAKO HRDINKY PANDEMIE COVIDU-19? POSTAVENÍ ŽEN PRACUJÍCÍCH VE ZDRAVOTNICTVÍ A ZATÍŽENÍ „DVOJÍ PÉČÍ“ NEJEN V DOBĚ PANDEMIE

Marie Pospíšilová

listopad 2024

WWW.SYRI.CZ

Studie SYRI / výzkumná skupina TRH PRÁCE

ZDRAVOTNÍ SESTRY JAKO HRDINKY PANDEMIE COVIDU-19? POSTAVENÍ ŽEN PRACUJÍCÍCH VE ZDRAVOTNICTVÍ A ZATÍŽENÍ „DVOJÍ PÉČÍ“ NEJEN V DOBĚ PANDEMIE

Marie Pospíšilová

afiliace:

Sociologický ústav Akademie věd České republiky, v.v.i., Praha

listopad 2024

WWW.SYRI.CZ

Tato práce vznikla v rámci projektu NPO „Národní institut pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik,“ č. LX22NPO5101, financovaného Evropskou unií – Next Generation EU (MŠMT, NPO: EXCELES).

Téma výzkumu

Tématem výzkumu bylo zvládnání dvojí péče (doma i v práci) zdravotnickým personálem. Práce obsahuje kvantitativní analýzu zaměřenou na postavení pečujících, identifikaci problémů, kterým pečující čelí, a na hledání možných řešení. Výsledky z kvalitativní analýzy ukazují situaci osob v předdůchodovém věku a postavení pečujících o děti do 12 let v období pandemie covidu-19.

Shrnutí výsledků

- Zdravotnictví je silně **feminizovanou oblastí** (79 % pracovní síly tvoří ženy). Ženy dominují nejen v tradičně „ženských“ oborech, jako jsou zdravotní sestry, jejichž počet se začíná zvyšovat také mezi lékaři a lékařkami. Tento trend bude pravděpodobně pokračovat s ohledem na to, že více žen studuje zdravotnické obory a také jich více zdravotnické obory absolvuje. Muži jsou navíc zastoupeni často v nejvyšších věkových skupinách a budou tedy v nejbližších letech odcházet do důchodu. Podíl žen se tak bude ještě zvyšovat.
- **Ženy** převažují mezi těmi, kdo **vykonávají péči o příbuzné v domácnosti** – jak o malé děti, tak o další blízké osoby. Především se jich tedy týká téma kombinace péče v práci a domácnosti. Téma dvojí péče se **prolíná celou profesní kariérou** většiny žen ve zdravotnictví.
- Ženy jsou mnohdy **nuceny k vysokému pracovnímu nasazení** – vedle péče o příbuzné často pracují na celý úvazek a dokonce mívají přesčasy. Vede je k tomu finanční potřeba (například obava z nízkého důchodu) – s ohledem na to, že ženy mají **nižší platy** než muži, nebo situace nedostatku pracovních sil v profesi.
- Situace dvojí péče je **náročná psychicky a fyzicky**, jak ukazuje příklad zdravotních sester. Zdravotní sestry mnohdy zvládají dvojí péči **vlastními silami** nebo s pomocí blízkých a nespolehnají se na institucionální pomoc. Na pracovištích jim vycházejí vstříc pouze na základě **neformálních pravidel**. Náročnost dvojí péče se prohlubuje v kritických okamžicích, jakými byla pandemie covidu-19.
- Rozdílné a povětšinou ztížené podmínky mají konkrétní skupiny – zejména **samoživitelky a osoby v předdůchodovém věku**.
- Téma dvojí péče je nutné řešit především s ohledem na **mentální a fyzické zdraví žen** pracujících ve zdravotnictví. Nepříznivé dopady by mohly vést k tomu, že ženy budou tuto profesi opouštět, což povede k prohloubení nedostatku pracovních sil.

Doporučení do praxe

Pro snížení negativních dopadů na zdravotní sestry s ohledem na zatížení pečujících profesí a zároveň závazky péče o příbuzné navrhuje na základě naší analýzy následující doporučení:

- **Podporovat institucionální péči a terénní pečovatelské služby**, kdy je nutné se zaměřit nejen na dostupnost kapacitní, prostorovou, časovou a finanční, ale také na zlepšení jejich kvality. Je rovněž vhodné zmírňovat negativní stereotypy s nimi spojené.
- **Vytvářet systém péče odolný krizím**. Z analýzy vyplývá, že krizové instituce péče, jako byly krizové dětské skupiny během pandemie covidu-19, nejsou funkční, protože ve zdravotních sestřích nebudí důvěru. Podstatné je proto podporovat stávající systémy péče, vidět je jako základní pilíř fungování (nejen) zdravotnictví a snažit se je nechat otevřené minimálně pro zdravotníky a zdravotnice a pracovníky a pracovnice IZS¹ i v případě takových krizí, jako byla pandemie covidu-19. Je patrné, že zdravotní sestry mají důvěru ve stávající systémy. Zavírání institucí péče vede k nepřiměřené fyzické a psychické zátěži zdravotníků a zdravotnic. Toto doporučení podporují i zahraniční data, která poukazují na to, že zavření škol a školek v průběhu pandemie mělo dopad na snižování počtu zdravotních sester, které vykonávaly svoje povolání (Cantor et al., 2024) což vedlo ke snížení kvality zdravotní péče a zvýšení úmrtnosti během pandemie (Bayham & Fenichel, 2020).
- **Zvyšovat odměňování a snižovat rozdíly v odměňování žen a mužů**. Zdravotní péče by měla být vnímána jako klíčové odvětví ekonomiky, čehož lze dosáhnout mimo jiné jejím adekvátním finančním ohodnocením. Je rovněž vhodné zavést **transparentnost v odměňování** a provádět pravidelné audity rozdílů v odměňování žen a mužů.
- **Zlepšit komunikaci s vedením**. Je žádoucí podporovat pravidelná setkání s vedoucími a nastolovat témata fyzického a mentálního stresu pracujících. Vhodné je společné hledání řešení.
- Řešit nadměrnou zátěž v oblasti zdravotnictví **zvyšováním personálních kapacit**, například prostřednictvím specifických náborových kampaní. Atraktivitu profese podpoří i výše zmíněné finanční ohodnocení.
- **Zlepšovat pracovní podmínky pro starší pracující**, například zavedením nových a digitálních technologií v péči, které sníží její fyzickou náročnost a umožní jim zůstat v této profesi déle. Zároveň je nutné poskytovat těmto pracujícím adekvátní školení.
- **Zavést flexibilní systémy odchodu do důchodu** v souladu s náročností profese a jejím dopadem na fyzické a duševní zdraví s cílem udržet vysoce kvalifikovaný personál v předdůchodovém a důchodovém věku. Při navrhování flexibilních systémů využívat osvědčené postupy ze zahraničí.

¹ Integrovaný záchranný systém

- **Zlepšit přístup k flexibilním formám zaměstnání**, např. částečným úvazkům a možnostem úpravy směn ve zdravotnických profesích (a to i pro nelékařské profese) tam, kde to charakter profese dovolí. Pečující osoby by měly mít nárok na flexibilní pracovní režim, a to na základě oficiálních pravidel.
- Tvorbu politik je nutné zakládat na aktuálních datech. Je třeba **podpořit a rozšířit sběr kvalitativních i kvantitativních dat** se specifickým zaměřením na motivaci vstupu do profese, duševní zdraví pracujících, náročnost profese a problémy, kterým zdravotníci a zdravotnice čelí. Je třeba věnovat pozornost analýze potřeb specifických skupin pracujících ve zdravotnictví (pečující ženy a muži, rodiče, osoby v předdůchodovém věku, osoby žijící samostatně v domácnostech, samoživitele a samoživitelky apod.).
- Je vhodné **analyzovat proběhlé krize**, zjišťovat největší výzvy, kterým museli zdravotníci a zdravotnice čelit a posilovat jejich pozici, aby dopady na ně byly v příštích krizích nižší.
- K řešení výše uvedených problémů je možné **čerpat inspiraci v zahraničních dobrých praxích** (viz např. RCN, 2022; Rony et al., 2024; Timewise, 2019).

Zdravotní krize, kterou přinesla pandemie covidu-19 v letech 2020–2022, ukázala vysokou robustnost, výkonnost a odolnost českého zdravotního systému. Ta spočívala především na obětavé a vysoce profesionální práci zdravotního personálu – nejen lékařek a lékařů, ale také zdravotních sester. Pandemie ale ukázala také výzvy, které zatím nebyly příliš tematizovány. Jednou z nich je problematika „dvojí péče“, kdy zdravotníci, ale hlavně zdravotnice, musí zvládat nejen poskytování zdravotní péče ve své práci, ale také poskytování péče doma svým rodinným příslušníkům a příslušnicím. V období pandemie covidu-19 byly zavírány školy a školky a většinu péče o malé děti zajišťovaly rodiny. Od zdravotních sester se ale zároveň očekávalo, že zvládnou poskytovat péči rostoucímu počtu vážně nemocných pacientů a pacientek. Nemocnice řešily situaci zřizováním speciálních dětských skupin nebo sběrných škol; ty ale ne vždy plnily dobře svou úlohu. Kromě toho se problematika kombinování péče v práci a péče doma neomezuje jen na pandemické období.

Problematika kombinace dvojí péče se týká především žen s ohledem na to, že převažují nad muži ve většině zdravotnických oborů (viz kapitulu 1). Zároveň jsou to ženy, které častěji pečují o rodinné příslušníky, a to nejen o děti,² ale i o ostatní příbuzné – zejména partnery a rodiče.³ V ČR přetrvává preference péče poskytované rodinou a nedůvěra v institucionální péči. Zároveň je institucionální péče mnohdy nedostupná. Většina péče tak zůstává na rodině⁴ (a je to tak vnímáno jako správné), tedy jako závazek žen. Hlavní pečující v domácí oblasti mohou buď čelit vysokému vypětí, nebo si snižovat pracovní úvazky, případně nepracovat v lépe ohodnocených směnách (přesčasy, noční směny apod.), což může mít vliv na finanční ohodnocení a budoucí výši jejich důchodů. Zároveň možnosti sebepéče jsou při vyšším zatížení dvojí péčí nižší.

Nutnost kombinovat poskytování péče v práci s péčí o rodinné příslušníky může mít na zdravotnické profesionály a profesionálky dopady v oblasti fyzické i psychické. Může ovlivňovat kvalitu poskytované péče, ale i spokojenost pracujících, a v důsledku může mít vliv na to, zda pracující budou sektor zdravotnictví opouštět. Možnosti kombinace péče o rodinné příslušníky a pečující profese pak také ovlivňuje to, zda se mladí lidé (zejména ženy) rozhodnou vstupovat do těchto profesí, nebo zda v nich budou pracující zůstávat.

Tato zpráva se věnuje postavení žen v oblasti zdravotnictví a v oblasti péče o rodinné příslušníky. Shrnuje nejdůležitější statistiky s ohledem na postavení žen v této profesi a upozorňuje na největší výzvy, kterým ženy v oblasti zdravotnictví čelí. Představuje analýzu základních dat (ČSÚ, EIGE, Eurostat, ISSP, OECD, ÚZIS), která poukazují na postavení žen ve zdravotnictví s důrazem na postavení zdravotních sester. Druhá část textu (kapitola 4) je shrnutím nejdůležitějších poznatků z kvalitativního výzkumu zaměřeného na zdravotní sestry. Data ilustrují nejvýznamnější výzvy, se kterými se zdravotní sestry v souvislosti s dvojí péčí setkávají. Kvalitativní výzkum se specificky zaměřuje na příklad zdravotních sester s dětmi do 12 let v období pandemie covidu-19 a na zdravotní sestry v předdůchodovém věku.

2 Z dat je patrné, že preferovaným zajišťovatelem péče o předškolní děti je rodina (ISSP, 2012) a že tuto roli přebírají primárně ženy (vzhledem k tomu, že majoritně pobírají rodičovský příspěvek) (ČSÚ, 2021).

3 Zajištění každodenní péče a výchovy dětí, vnoučat, starších osob nebo osob se zdravotním postižením je v Česku také spíše povinností žen - 33% žen a pouze 20% mužů tuto činnost dělá každodenně (EIGE, 2022).

4 Jako důsledek rodina poskytuje 52-72% neformální dlouhodobé péče (Malý, 2018).

1 Feminizace zdravotnictví, vertikální a horizontální segregace

Téma kombinace péče v rámci profese a péče o příbuzné péče v oblasti zdravotnictví má genderový rozměr s ohledem na to, že zdravotnictví je silně feminizovanou oblastí. V ČR zde v roce 2022 pracovalo 79 % žen (ČSÚ, 2023). Mezi zdravotnickými profesemi jsou ale rozdíly. Nejvíce feminizovanou profesí jsou porodní asistentky, kde v roce 2022 nebyli prakticky žádní muži (v celé ČR jich bylo 13) a všeobecné zdravotní sestry, kde je podíl žen 98 %. Výjimkou jsou pak záchranáři, mezi nimiž bylo v roce 2022 pouze 45 % žen (ČSÚ, 2023). Rozdíly mezi profesemi a vývoj podílu žen ukazuje podrobněji následující tabulka:

Tabulka 1 Podíl žen ve zdravotnictví

	2022		2005		2005–2022
	počet osob	podíl žen	počet osob	podíl žen	změna podílu žen
Celkem	328 800	79%	256 413	79%	0%
Lékaři	55 605	54%	40 689	50%	4%
Zubní lékaři	7 886	62%	7 081	66%	-4%
Farmaceuti	7 665	83%	5 917	81%	2%
Všeobecné sestry	93 501	98%	82 835	98%	0%
Porodní asistentky	4 349	100%	4 319	100%	0%
Sanitáři	22 050	74%	15 870	70%	4%
Fyzioterapeuti	10 377	87%	6 943	93%	-6%
Zdravotničtí záchranáři	4 303	45%	1 365	58%	-13%
Ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví⁵	62 739	81%	40 904	79%	2%
Ostatní pracovníci ve zdravotnictví⁶	60 325	73%	50 490	71%	2%

Zdroj: ČSÚ (2023)

Jak je patrné z tabulky 1, celkový podíl žen ve zdravotnictví se mezi lety 2005 a 2022 nezměnil. Dochází ale k zvyšování podílu žen mezi lékaři a lékařkami. Jedná se o celosvětový trend (OECD, 2023), který provází debaty o proměně profese a vzrůstání významu řešení potřeb péče o příbuzné. Tradičně je totiž lékařská profese spojovaná

5 Zahrnuje všechny odborné nelékařské pracovníky jinde nezařazené (např.: radiologický asistent, zdravotní laborant, farmaceutický asistent).

6 Zahrnuje ostatní pracovníky ve zdravotnictví (např. dělníky, provozní pracovníky).

s muži (na rozdíl od profese sester, která je vnímaná jako „ženská“) a s maskulinními atributy jako je vědecká odbornost, autonomie a autorita (Zelek & Phillips, 2003). Jak se nadpoloviční a zvyšující trend podílu žen projeví v chápání a prestiži profese, je zatím otázkou.

V budoucnu můžeme očekávat růst podílu žen mezi zdravotnickým personálem. Mezi studujícími v oblasti zdravotní a sociální péče, péče o příznivé životní podmínky⁷ bylo v roce 2001 68 % žen a v roce 2021 73 % žen. Podobně se zvyšoval i podíl absolventek žen – těch bylo v těchto oborech v roce 2001 69,5 % a v roce 2022 78 % (ČSÚ, 2022b).⁸ Zároveň budou do důchodu odcházet ročníky s vyšším podílem mužů – lékařů.

Podíl žen se různí nejen mezi zdravotnickými profesemi, ženy jsou také nestejně zastoupeny v rámci rozhodování. V ČR neexistují specifická data mapující podíl žen ve zdravotnictví ve vedoucích pozicích. Celosvětově se odhaduje, že přestože se podíl žen ve zdravotnictví pohybuje okolo 70 %, na vedoucích pozicích je jich pouze 25 % (WGH, 2023).

Vysoký počet žen v této profesi s sebou nese otázky systémového řešení dvojího zatížení péčí. S ohledem na malé zastoupení na vedoucích pozicích ovšem bude pravděpodobně obtížnější prosazovat potřeby pečujících.

2 Mzdová problematika a principy odměňování

Nastavení financování a jeho výše ovlivňuje zdravotnické profesionály a profesionálky v oblastech kombinace péče v několika aspektech. Výše výdělků na jedné straně umožňuje platit si za zajištění péče třetí strany (chůvy, soukromé školky, pečovatelky apod.), což umožňuje pracujícím například nastoupit dříve po rodičovské do pracovního procesu a umožňuje jim snadněji zvládat náročný pracovní rozvrh, který často není v souladu s možnostmi státních institucí (otevírací doba škol a školek mnohdy neodpovídá pracovnímu rozvrhu). Zároveň nastavení mzdového ohodnocení (například specifika kariérního platového řádu a finančních příplatků) ovlivňuje to, jaký pracovní rozvrh zdravotníci a zdravotnice volí – zda pracují ve směnném provozu, o víkendech, přesčas apod., což opět ovlivňuje jejich možnosti kombinace rodiny a práce a výši finančního ohodnocení. Roli hraje také dostupnost zkrácených úvazků, které umožňují zapojovat se i těm, kteří mají vyšší závazky péče. Rozdíl v odměňování mužů a žen pak hraje roli nejen v tom, jak jsou pracující muži či ženy v rámci rodiny vnímáni (kdo je chápán jako živitel nebo živitelka či pečovatel nebo pečovatelka), ale také v tom, jaké mají finanční zdroje na péči a také to, že jsou mnohdy nuceni pracovat více, aby dosáhli stejného výdělku.

⁷ Zahrnuje obory: stomatologie, humánní medicína, ošetřovatelství a porodní asistentství, lékařská diagnostika a léčebné techniky, terapie a rehabilitace, farmacie, tradiční a alternativní medicína a terapie, péče o seniory a zdravotně postižené dospělé osoby, péče o děti a mládež, sociální práce a poradenství, interdisciplinární programy zahrnující zdravotní a sociální péči, péči o příznivé životní podmínky.

⁸ Podíl studentek i absolventek měl mezi lety 2001 a 2022 stoupající tendenci, i když docházelo k výkyvům (stoupání podílu není lineární).

Následující tabulka č. 2 ukazuje průměrné a mediánové mzdy a placený čas ve vybraných zdravotnických profesích.

Tabulka 2 Vybrané zdravotnické profese – placený čas a trendy v odměňování

	Placený čas v hod/měs.	Rozdíl v placeném čase M a Ž – hod/měs. ⁹	Průměrná mzda v Kč	Ž/M (%) ¹⁰	Ž/M (%), přepočítáno na stejný placený čas ¹¹	Medián mezd v Kč	Ž/M (%) ¹²
Praktičtí lékaři	181,1	1,6	59 516	84,1%	84,8%	51 390	89,4%
Lékaři specialisté	186,5	4,6	91 085	81,8%	83,8%	85 290	82,0%
Všeobecné sestry se specializací	174,2	2,5	59 523	85,7%	86,9%	58 800	88,3%
Všeobecné sestry bez specializace	172,6	1,8	46 432	80,1%	81,0%	46 661	80,9%
Porodní asistentky se specializací	172,3		58 584			57 385	
Porodní asistentky bez specializace	171,1		50 348			51 382	
Praktické sestry	174,2	1,7	44 530	93,4%	94,4%	44 296	92,8%
Všichni pracující (i mimo zdravotní oblast)	173,4	1,3	43 413	82,3%	82,9%	37 418	86,4%

Zdroj: ČSÚ (2022a)

Z tabulky 2 je patrné, že zdravotní sestry pracují přibližně průměrný placený čas, lékaři a lékařky odpracují nadprůměrný počet hodin. Je třeba brát v potaz fakt, že pracující ve směnách mají kratší pracovní týden než běžní zaměstnaní.¹³ Znamená to tedy, že i zdravotní sestry i lékaři a lékařky mnohdy pracují přesčas či v tzv. nesociální časy (o víkendu, v noci). S ohledem na odměňování práce je nutné si uvědomit, že zdravotní sestry mají sice nadprůměrné mzdy, ale mnohdy právě jen díky vysokému pracovnímu nasazení. Výše mezd lékařů a lékařek je sice nadprůměrná, ale stejně jako výše mezd sester v mezinárodním srovnání nízká. V roce 2021 byly příjmy českých zdravotních sester pod průměrem zemí OECD, v Německu byly skoro dvojnásobné (OECD, 2023). Čeští lékaři či lékařky specialisté měli 2,6násobek průměrné mzdy v ČR, v Německu to

9 O kolik hodin za měsíc pracují muži více než ženy.

10 Kolik % mzdy dosahují ženy v průměru oproti mužům (bez ohledu na odpracovanou dobu).

11 Kolik % mzdy dosahují ženy v průměru oproti mužům (přepočítáno na to, kdyby pracovaly stejnou dobu jako muži).

12 Kolik % dosahuje mediánová mzda žen oproti mužům.

13 U zaměstnaných s třísměnným a nepřetržitým pracovním režimem 37,5 hodiny týdně, s dvousměnným pracovním režimem 38,75 hodiny týdně.

bylo 3,4násobek (OECD, 2023). Nízké finanční ohodnocení v mezinárodním srovnání vede k odchodu části absolventů a absolventek do zahraničí.

Tabulka 2 zachycuje také rozdíly ve mzdách mezi muži a ženami, nebere však v potaz rozdíly dané koncentrací žen a mužů na určitých odděleních. V oblasti zdravotnictví byly v roce 2016 rozdíly v odměňování pro stejnou práci na stejném pracovišti 9 %, což je skoro dvojnásobek průměru rozdílů ve veřejné sféře jako celku (Křížková et al., 2018). Rozdíly v odměňování mají nejen aktuální dopady na pracovní vytížení a možnosti péče žen, ale také například na situaci pracujících v důchodu a na rozhodnutí zda pracovat i po dosažení důchodového věku. V ČR panují značné rozdíly v důchodech mužů a žen. V roce 2022 byl průměrný důchod 19 000 Kč. Ženy měly průměrný důchod nižší o více než 3 000 Kč než muži (ČSÚ, 2022c). Ženy navíc v důchodu stráví více času než muži.¹⁴ Právě i pečující závazky mohou mít dopady na to, v jaké míře budou ženy zdravotnice čelit chudobě a sociálnímu vyloučení ve starším věku (Křížková et al., 2019). Ženy častěji pečují o starší příbuzné a vnoučata, bude to pro ně tedy znamenat větší dilemata v důchodovém věku, zda dále pracovat, nebo se věnovat péči.

Možnosti kombinovat péči o příbuzné se zdravotnickou profesí ovlivňuje také dostupnost flexibilních forem práce, konkrétně dostupnost částečných úvazků. Nedostupnost částečných úvazků odráží statistiky: V roce 2023 činil podíl zkrácených úvazků v České republice 6,7 %, kdežto evropský průměr byl 19,9 % (Eurostat, 2023). Zatímco 17,5 % z částečných úvazků v ČR je nedobrovolných, průměr za země OECD zemí činil v roce 2022 14,4 % (OECD, 2022).

Celkově je tedy patrné, že pracující v oblasti zdravotnictví musejí mnohdy pracovat ve vysokém pracovním nasazení, aby dosáhli adekvátního finančního ohodnocení své práce. Ženy zde navíc dosahují nižších příjmů než muži. Vysoké pracovní nasazení je dané i nedostupností flexibilních pracovních úvazků. Většina zdravotnic je tak nucena zvládat péči o své rodinné příslušníky při plném pracovním nasazení.

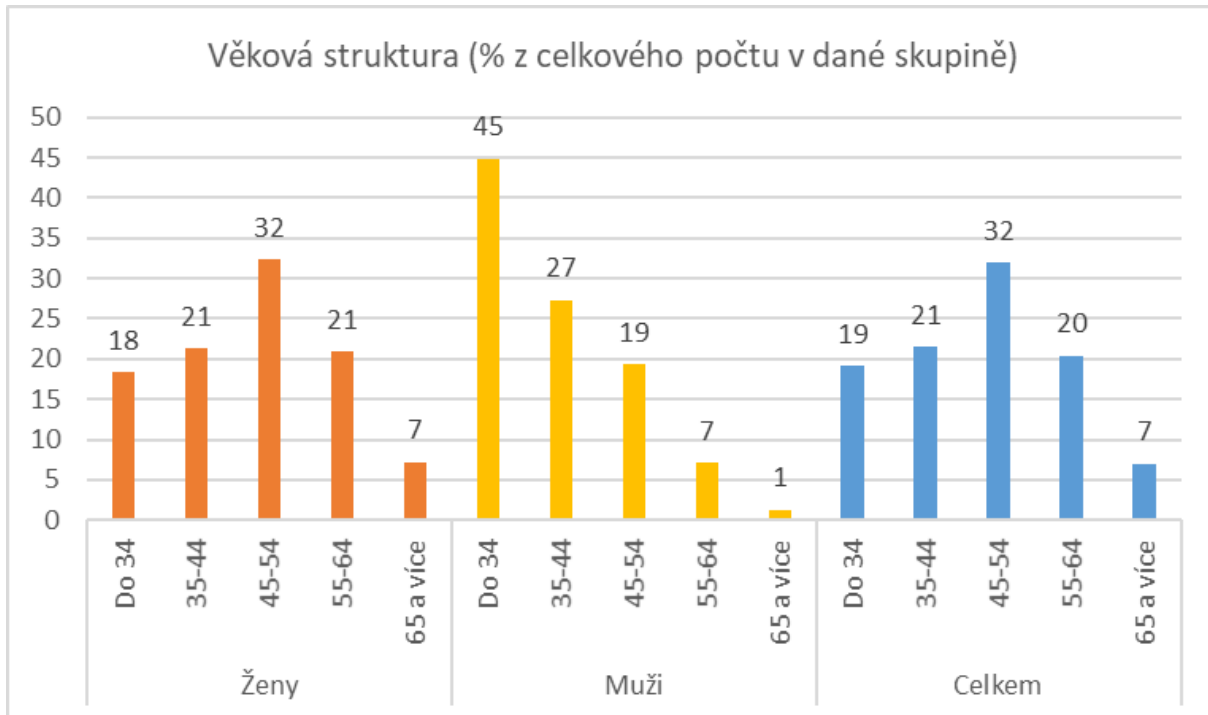
3 Nedostatek zdravotnického personálu a jeho stárnutí

České zdravotnictví se dlouhodobě potýká s nedostatkem zdravotnického personálu, což znamená pro pracující v těchto profesích často tlak na větší výkon, přesčasy a menší pracovní flexibilitu (například nečekané zastupování směn druhých). Česká republika se v rámci zemí OECD pohybuje přibližně okolo průměru 9,2 zdravotních sester na 1 000 obyvatel v roce 2022 (OECD, 2023). Většina západních států je na tom lépe; nejlépe je na tom Finsko s 19 zdravotními sestrami na 1 000 obyvatel (OECD, 2023). Obdobně je to s lékaři či lékařkami, těch je v ČR průměrně 4,2 na 1 000 obyvatel. ČR je opět mírně nad průměrem OECD (3,7), většina západních zemí je na tom ovšem lépe (OECD, 2023).

¹⁴ V ČR je průměrná doba pobírání důchodu 24,6 roku – 19,3 let pro muže a 28,6 let pro ženy (ČSSZ, 2022). Ženy tedy stráví v důchodu průměrně o 9,3 let více než muži.

Zvyšující se průměrný věk zdravotnického personálu je spojen s otázkou budoucího vývoje, zejména možného personálního nedostatku v budoucnu. Průměrný věk zdravotních sester je 46,6 let a lékařů a lékařek dokonce 54,8 let. Průměrný věk navíc roste. Sester starších 60 let bylo 16,4 %, lékařů dokonce 33,2 % (ÚZIS, 2023).

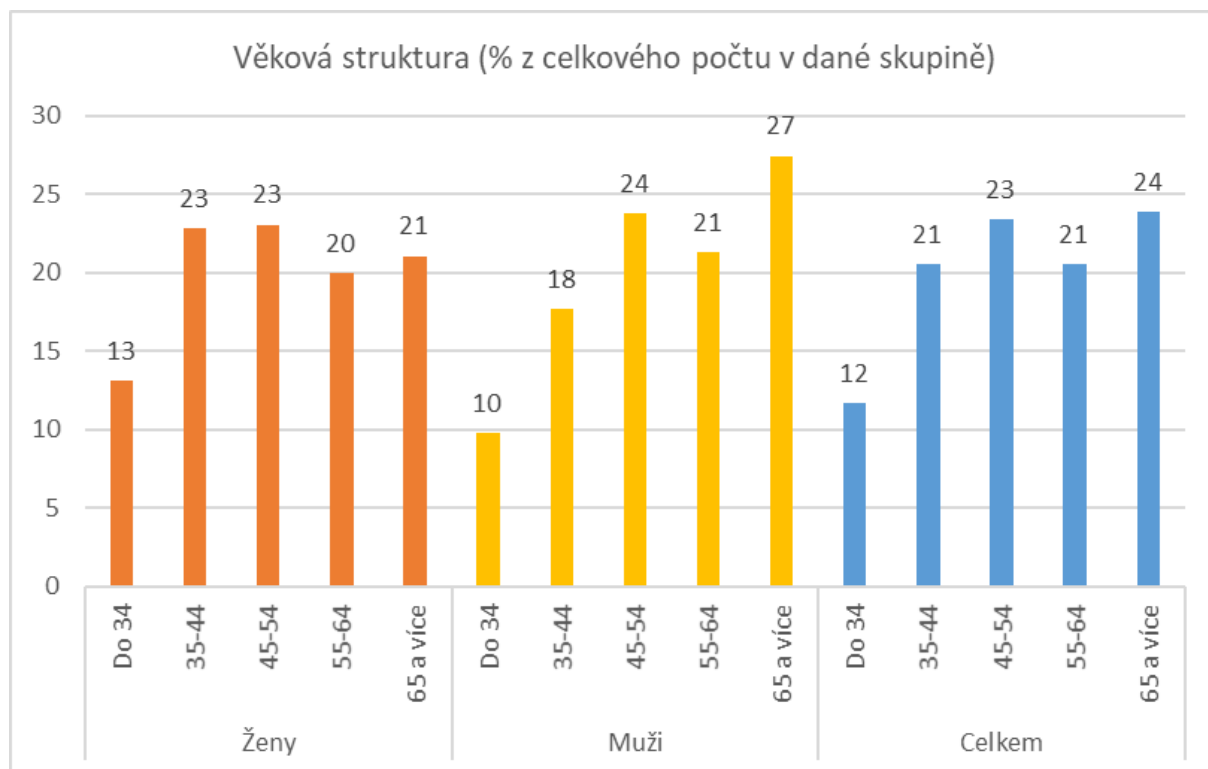
Graf 1 Věková struktura zdravotních sester (%)



Zdroj: ÚZIS (2023)

Jak ukazuje graf 1, zdravotnictví se potýká s nižším podílem zdravotních sester v nižších věkových kategoriích. Predikce jsou takové, že do 10 let by mělo odejít 30% všech všeobecných sester do důchodu. Přitom se očekává větší potřeba zdravotní péče s ohledem na to, že bude růst počet osob ve starším věku. Zároveň jsou zde patrné rozdíly mezi muži a ženami – muži ve vyšších věkových kategoriích prakticky chybí (celkově ale muži představují mezi zdravotními sestrami jen velmi malý podíl).

Graf 2 Věková struktura lékařů a lékařek (%)



Zdroj: ÚZIS (2023)

Situace lékařů a lékařek je podobná v tom, že většina pracujících je ve vyšších věkových kategoriích. V kategorii starších 65 let, tedy v důchodovém věku, je skoro celá čtvrtina lékařů a lékařek. V nejvyšších věkových kategoriích se koncentruje větší podíl mužů, což potvrzuje trend feminizace této profese.

4 Dvojitá péče a zdravotní sestry – poznatky z výzkumu

V rámci projektu SYRI jsme provedli analýzu kvalitativních dat týkajících se zdravotních sester a hlouběji zkoumali aktuální problémy týkající se dvojitá péče. Konkrétně ukážeme nejdůležitější témata, která řešily zdravotní sestry v souvislosti s péčí o děti do 12 let v době pandemie covidu-19 (popis metodologie a podrobnosti o výzkumu viz Pospíšilová (2023)) a problémy, které řešily zdravotní sestry starší 50 let v souvislosti s péčí o jiné osoby (popis metodologie a podrobnosti o výzkumu viz Pospíšilová (2024)).

Výsledky výzkumu ukázaly i na dlouhodobější problémy, které řeší zdravotní sestry v souvislosti s dvojitá péčí. Výzkum se týkal zdravotních sester, ale může s určitými odlišnostmi poukazovat i na trendy v jiných zdravotnických profesích.

Zdravotní sestry a péče o děti do 12 let v období covidu-19

Oblast péče byla zasažena pandemií covidu-19 hned několikrát. Zdravotnický personál byl „v první linii“ v boji s pandemií, zdravotníci a zdravotnice (a zejména zdravotní sestry) byli vystaveni riziku nákazy a mnohdy čelili vysokému pracovnímu nasazení, které bylo fyzicky a psychicky náročné. Dále také docházelo k zavírání institucí péče o děti,¹⁵ rodiny tak musely navíc řešit hlídání, péči a mnohdy i výuku dětí.

Výzkum poukázal na následující nejvýznamnější problémy, které v souvislosti s dvojitou péčí zdravotní sestry řešily:

- **Vnímání vlastní zodpovědnosti za péči o děti, vzorce z minulosti.** Zdravotní sestry vnímaly zvládání péče jako svůj úkol, nebo úkol svojí rodiny. Mnohé navazovaly na předchozí zkušenosti se zvládáním péče bez využití institucí, ke kterým nepociťovaly důvěru (např. když byly děti mladší tří let). Kvůli tomu docházelo i k nevyužívání „sběrných“ institucí pro zdravotníky a zdravotnice v době zavřených škol a školek, které vnímaly jako pro děti méně prospěšné než vlastní osobní péči. Naopak otevření stávajících škol a školek pro zdravotníky vnímaly pozitivně. Zvládání dvojí péče bylo extrémně psychicky i fyzicky náročné. To, že zdravotní sestry vnímaly zvládání péče o děti jako výhradně svůj úkol, vedlo také k tomu, že mnohdy nearticulovaly veřejně nespokojenost s tímto nastavením.
- **Nedostupnost hlídání prarodičů.** S ohledem na protipandemická opatření (např. zákaz cestování mezi okresy) a s obavami na šíření nemoci byla méně dostupná pomoc prarodičů. Zvládání dvojí péče tak bylo většinou pouze na zdravotní sestře a jejím partnerovi. Obtížnější tak byla situace pro samoživitelky.
- **Domácí práce.** Kromě závazků péče o druhé se během pandemie covidu-19 zvyšovaly také potřeby péče o domácnost. Přítomnost dětí doma znamenala mnohdy nutnost častěji vařit, uklízet apod. Většinou tyto úkoly vykonávaly ženy ještě nad rámec náročné práce a péče o blízké. Ztížení podmínek jim přinášela také pandemická opatření. Obtížné bylo například osobně nakupovat s ohledem na zkrácenou otevírací dobu obchodů a striktní pracovní rámec.
- **Málo času na sebeběči.** Během pandemie covidu-19 docházelo k tomu, že zdravotní sestry s malými dětmi upřednostňovaly péči o druhé před péčí o sebe. To znamená, že chtěly primárně zajistit pacienty a pacientky a vlastní děti a až v poslední řadě myslely na svoje psychické anebo fyzické zdraví. Potýkaly se také s obtížnou dostupností zdravotní péče během pandemie. To může mít dlouhodobé negativní důsledky na jejich fyzické i duševní zdraví.
- **Přítomnost blízkých v domácnosti.** Zdravotní sestry většinou mezi směnami využívají domov k odpočinku a načerpání sil pro další práci. V období pandemie covidu-19 byly v domácnosti často přítomné děti a mnohdy také partneři. Zdravotní sestry tak měly omezené možnosti spánku mezi směnami (neměly například volný pokoj), nebo byly v době odpočinku vyrušované. Odpočinek tak mnohdy byl kratší a ne tak kvalitní.

15 ČR měla navíc jednu z nejdelších uzávěr škol v Evropě, a to 38 týdnů (Statista.com, 2021).

- Nadřízení ve většině případů **vycházeli zdravotním sestřím vstříc s ohledem na plánování směn**. Vedení pracovišť většinou bralo v potaz to, že pečující mají větší potřeby si rozvržení směn upravovat. Nicméně toto plánování fungovalo na základě neformálních pravidel a bylo závislé na vstřícnosti nadřízených.
- **Přítomnost dětí na pracovišti**. V případech, kdy zdravotní sestry nemohly delegovat péči o děti na někoho jiného, braly děti s sebou na pracoviště. Situace pandemie byla vnímaná jako výjimečná a děti byly na pracovišti tolerovány. V některých případech docházelo „jen“ k telefonní kontrole dětí v rámci pracovní doby. Obojí narušovalo soustředění zdravotních sester na práci a zvyšovalo míru stresu, například když to musely vysvětlovat nadřízeným.
- **Snaha nepřestat pracovat**. Mnohé ze zdravotních sester nepřestávaly vykonávat svoji profesi i přes ztížené podmínky doma (vyšší zatížení péčí). Převážně to bylo z etických důvodů – cítily, že jsou v pracovním prostředí potřebné, zároveň nechtěly příliš zatěžovat svoje kolegyně a kolegy, kteří by museli pracovat za ně. Některé ale nepřestávaly pracovat (nebo přerušily pracovní činnost jen na krátkou dobu) z finančních důvodů. Vyplácené ošetřovné pro ně znamenalo snížení příjmu pro domácnost, což bylo problematické zejména pro matky samoživitelky.

Zdravotní sestry tedy během pandemie čelily obrovskému zatížení v oblasti pracovní i domácí, ve většině případů však situaci zvládaly samy, nebo s pomocí nejbližší rodiny. Zároveň zvládání dvojí péče vnímaly jako svůj vlastní úkol a nenapadlo je žádat o nějakou externí pomoc. Situace byla zvláště náročná pro matky samoživitelky.

Zdravotní sestry a stárnutí – nejvýznamnější témata v průběhu pracovní kariéry a dopady na odchod do důchodu

Zdravotní sestry starší 50 let se potýkaly s dvojnásobným znevýhodněním daným zároveň genderem a věkem. Ve výzkumných rozhovorech hodnotily dvojí péči v průběhu své pracovní kariéry a bilancovaly budoucí pracovní dráhu a případný odchod do důchodu právě s ohledem na svoje zkušenosti s péčí v průběhu životní dráhy.

Výzkum poukázal na následující nejvýznamnější momenty, které zdravotní sestry zmiňovaly v souvislosti s dvojí péčí:

- **Péče významně ovlivňovala pracovní dráhu žen**. Především mateřství a následující dlouhá mateřská a rodičovská ovlivňovaly zásadně pracovní dráhu zdravotních sester. Zdravotní sestry s malými dětmi v drtivé většině případů měnily oddělení a hledaly prostředí vstřícné jejich potřebě o ně pečovat. Jednalo se zejména o hledání vhodného nastavení pracovních směn. Často byla vstřícnost k péči hlavním kritériem – prestiž práce, uplatnění znalostí a zkušeností, finanční ohodnocení a další pro ně nebyly tak důležité. Mnohdy vnímaly také to, že se obor změnil (například kvůli technologickému posunu) během jejich dlouhé mateřské a rodičovské. Nejčastěji flexibilitu vyhledávaly matky samoživitelky. Děti mnohdy představovaly překážku v dalším kariérním postupu – matky nemohly dále studovat apod. Oproti tomu v pracovních kariérách mužů se rodičovství projevovalo pouze v podobě zvýšených finančních výdajů. Dlouhé pauzy v pracovní kariéře měly vliv i na pozice,

ve kterých pracovaly ve věku 50+, a na jejich finanční ohodnocení. To pak mělo dopad i na výši jejich důchodů či možnost odejít do předčasného důchodu.

- Na pracovištích fungovala **neformální pravidla** při vycházení vstříc zdravotním sestřám se závazky péče. Záviselo to na vstřícnosti vedení daného oddělení či zaměstnavatele. V tom, jak se vycházelo vstříc, existovala určitá hierarchie – nejvíce se vycházelo vstříc matkám samoživitelkám, dále ostatním rodičům. Jiné druhy péče (například o nemocné partnery či rodiče) nebyly tak evidentní a dotazované více vnímaly, že by tuto péči měly zvládnout tak, aby to nenarušovalo jejich pracovní povinnosti.
- **Péči o blízké mnohdy musely zdravotní sestry zvládat v kombinaci s plným pracovním úvazkem**, a to z několika důvodů. V první řadě to byl nedostatek personálu na některých odděleních, kdy v některých případech byly dokonce nuceny pracovat často přesčas. Dále to byly také finanční důvody, kdy se zdravotní sestry obávaly finančních propadů zejména s ohledem na blížící se odchod do důchodu. Rády by pracovaly méně, nebo odešly do předčasného důchodu, ale jejich finanční situace jim to neumožňovala. Náročnost situace doprovázely pocity viny – zdravotní sestry se obávaly, že selhávají v některé ze svých rolí – dcer, matek, babiček, pracujících apod.
- **Psychické a fyzické vyčerpání** z dvojí péče vedlo k obavám, že péče, kterou poskytují pacientům a pacientkám, není dostatečně kvalitní, obávaly se možných chyb.
- Zdravotní sestry vnímaly **nerovnou situaci žen a mužů v předdůchodovém věku**. Chápaly svoji situaci jako obtížnější s ohledem na to, že to byly častěji ony, které pečovaly o děti, nebo jiné rodinné příslušníky. Hovořily o psychické i fyzické náročnosti dvojí péče, ale i o dopadech období péče na výši důchodů.
- Zdravotní sestry chápaly svůj věk jako **vyžadující větší sebepéči**. S ohledem na pracovní a domácí vytížení ale většinou neměly na sebepéči čas. Na období důchodu nahlížely jako na dobu, kdy budou mít více prostoru na sebe, ale také na péči o druhé. Většinou hovořily o absenci programů, které by se zaměřovaly na pracující (a pečující) v předdůchodovém věku.

5 Závěry

Výsledky výzkumu poukazují na to, že téma dvojí péče bude v současné době stále aktuálnější. Usnadňování kombinace práce a péče by mělo být prioritou pro zaměstnavatele, ale i pro společnost, a to zejména proto, že ženy ve zdravotnictví převažují a jejich počet v některých oborech roste. Pokud mají zdravotnice zůstat v oboru a neodcházet do zahraničí (zejména s ohledem na nedostatek personálu), bude nutné brát jejich potřeby v potaz. Zatím jsou možnosti kombinace práce a péče závislé spíše na neformálních pravidlech. Na téma by měl být kladen zvláštní důraz i proto, že v rozhodovacích pozicích převažují muži. Téma by mělo být řešeno i s ohledem na budoucí možné krize – jak ukázala pandemie covidu-19, péče o příbuzné je vnímána jako individuální zodpovědnost (jak pracujícími, tak společností) a zdravotnice se tak dostávají do extrémního vypětí.

6 Použitá literatura a zdroje

Bayham, J., & Fenichel, E. P. (2020). Impact of school closures for COVID-19 on the US health-care workforce and net mortality: A modelling study. *The Lancet Public Health*, 5(5), e271–e278. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30082-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30082-7)

Cantor, J. et al. (2024). COVID-19 School Closures Were Associated With A Decline In Employment For Female Nurses With Young Children: Article examines impact of COVID-19 school closures on female nurses with young children. *Health Affairs*, 43(9), 1329–1337.

ČSSZ. (2022). *Průměrná délka pobírání starobního důchodu* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://data.cssz.cz/web/otevrena-data/graf-prumerna-delka-pobirani-starobniho-duchodu>

ČSÚ. (2021). *Zaostřeno na ženy a muže - 2021* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zaostreno-na-zeny-a-muze-s9uoo5djz>

ČSÚ. (2022a). *Struktura mezd zaměstnanců - 2022* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/struktura-mezd-zamestnancu-2022>

ČSÚ. (2022b). *Studenti a absolventi vysokých škol v České republice - 2001–2022* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/studenti-a-absolventi-vysokych-skol-v-ceske-republice-gr402tsw19>

ČSÚ. (2022c). *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení - 2022* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrane-udaje-o-socialnim-zabezpeceni>

ČSÚ. (2023). *Zaostřeno na ženy a muže - 2023* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zaostreno-na-zeny-a-muze-2023>

EIGE. (2022). *Gender Equality Index* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2022/CZ>

Eurostat. (2023). *EMPLOYMENT AND UNEMPLOYMENT (LFS)* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/lfs/database>

ISSP. (2012). *ZA5900: Family and Changing Gender Roles IV (Version 4.0.0)*. Cologne: GESIS Data Archive. <https://doi.org/10.4232/1.10079>

Křížková, A. et al. (2019). *Country report: Czech Republic* (LIVES Working Papers) [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://dynamicsofinequality.org/publication/country-report-czech-republic/>

Křížková, A. et al. (2018). *Rozdíly v odměňování žen a mužů v ČR. Pracoviště, zaměstnání, stejná práce a rozklad faktorů*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Malý, I. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Czech Republic*. Brussels: European Commission.

- OECD. (2022). *Labour Force Statistics* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://stats.oecd.org/>
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7a7afb35-en/index.html?itemId=/content/publication/7a7afb35-en>
- Pospíšilová, M. (2023). Zdravotní sestry a jejich prožívání dvojí péče v době pandemie covidu-19. *Gender a výzkum*, 24(1), 36–61. <https://doi.org/10.13060/gav.2023.001>
- Pospíšilová, M., & Křížková, A. (2024). Gendered impact of caregiving on older nonmedical healthcare workers. *Kontakt*, 26(1): 89-95. <https://doi.org/10.32725/kont.2024.016>
- RCN. (2022). *Working Flexibly to Support a Healthy Work-life Balance: A guide for RCN representatives*. London: Royal College of Nursing [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/working-flexibly-to-support-a-healthy-work-life-balance-uk-pub-010-031>
- Rony, M. K. K. et al. (2024). The role of artificial intelligence in enhancing nurses' work-life balance. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 3, 100135. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100135>
- Statista.com. (2021). *Duration of school lockdown caused by coronavirus (COVID-19) pandemic outbreak in Central Eastern European (CEE) countries in 2021* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://www.statista.com/statistics/1233186/cee-school-lockdown-duration>
- Timewise. (2019). Improving nurses' work-life balance. Insights from a team-based rostering pilot [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://timewise.co.uk/article/improving-nurses-work-life-balance/>
- ÚZIS. (2023). *Sumární počty aktivních zdravotnických pracovníků* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://github.com/DataRozhlas/reexport-leku-pokr/tree/master>
- WGH. (2023). *The State of Women and Leadership in Global Health* [cit. 2024-10-31]. Dostupné z: <https://womeningh.org/sheshapes/>
- Zelek, B., & Phillips, S. P. (2003). Gender and power: Nurses and doctors in Canada. *International Journal for Equity in Health*, 2(1).