

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Lada Daňková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Pracovní zátěž všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče

Diplomová práce

2025

Bc. Lada Daňková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Lada Daňková**  
Osobní číslo: **Z23317**  
Studijní program: **N0988P360003 Organizace a řízení ve zdravotnictví**  
Téma práce: **Pracovní zátěž všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče**  
Téma práce anglicky: **Workload of general nurses working in home care agencies**  
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Hana Ochtinská, Ph.D.**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2023**  
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2025**

**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.**  
děkan

L.S.

**Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2025

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Pracovní zátěž všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče, jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 25. 6. 2025

Bc. Lada Daňková v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala Mgr. Haně Ochtinské, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její trpělivost a cenné připomínky. Poděkování patří také agenturám domácí péče, které se mnou aktivně spolupracovaly při vyplňování dotazníků v rámci mé výzkumné části práce. Velké poděkování patří též mé rodině, za její podporu při mém studiu.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zabývá problematikou pracovní zátěže všeobecných sester působících v agenturách domácí péče. Cílem výzkumu bylo zjistit míru fyzické a psychické zátěže těchto sester s využitím dvou standardizovaných nástrojů – Baeckeho dotazníku fyzické aktivity a Meisterova dotazníku psychické zátěže – doplněných o vlastní dotazník zaměřený na demografické údaje respondentek. Shromážděná data byla statisticky zpracována a přehledně prezentována ve formě tabulek a grafů. Analýza výsledků jednoznačně potvrdila, že všeobecné sestry v domácí péči čelí značné fyzické i psychické zátěži, která je často dlouhodobá a vysoce náročná. Na základě zjištěných skutečností jsou v závěru práce navržena doporučení směřující ke snížení pracovní zátěže a ke zlepšení pracovních podmínek v oblasti domácí péče.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Domácí péče, pracovní fyzická a psychická zátěž, všeobecná sestra.

## **TITLE**

Workload of general nurses working in home care agencies.

## **ANNOTATION**

The thesis deals with the issue of the workload of general nurses working in home care agencies. The aim of the research was to determine the level of physical and psychological strain of these nurses using two standardized instruments – Baecke's physical activity questionnaire and Meister's psychological strain questionnaire – supplemented by a questionnaire focused on the demographic data of the respondents. The collected data were statistically processed and presented in the form of tables and graphs. The analysis of the results clearly confirmed that general nurses in home care face significant physical and psychological strain, which is often long-term and highly demanding. Based on the findings, recommendations are proposed at the end of the thesis to reduce the workload and improve working conditions in the area of home care.

## **KEYWORDS**

Home care, general nurse, physical and mental workload.

# OBSAH

ÚVOD.....	12
1 CÍLE A METODY PRÁCE.....	13
1.1 Cíl práce.....	13
1.2 Metody k dosažení cíle .....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
2 DOMÁCÍ PÉČE .....	14
2.1 Definice domácí péče.....	14
2.2 Historie domácí péče .....	14
2.2.1 Historie domácí péče ve světě .....	15
2.2.2 Historie domácí péče v českých zemích .....	15
2.3 Domácí péče v současnosti .....	15
2.4 Výkaz domácí zdravotní péče.....	16
2.5 Koncepce domácí péče .....	17
2.6 Indikace domácí péče.....	17
2.7 Organizace domácí péče .....	18
2.8 Cíl domácí péče .....	18
2.9 Výhody domácí péče .....	19
2.10 Financování domácí péče.....	19
2.11 Personální zajištění domácí péče .....	21
2.12 Základní legislativa domácí péče.....	22
3 VŠEOBECNÁ SESTRA.....	24
3.1 Všeobecná sestra v domácí péči .....	24
3.1.1 Věstník MZČR č. 12/2019.....	25
4 PRACOVNÍ ZÁTĚŽ VŠEOBECNÝCH SESTER V DP .....	26
4.1 Fyzická zátěž.....	27

4.2	Psychická zátěž .....	27
4.2.1	Stres .....	28
4.2.2	Syndrom vyhoření.....	29
4.3	Supervize jako prevence syndromu vyhoření .....	29
4.3.1	Formy supervize .....	30
4.3.2	Týmová supervize.....	30
4.4	Coping.....	31
4.5	Autogenní trénink .....	32
4.6	Peer .....	33
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	34
5	METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	34
5.1	Výzkumné otázky .....	34
5.2	Pracovní hypotézy.....	34
5.3	Výzkumný design .....	34
5.4	Popis vyhodnocení dotazníků .....	34
5.5	Etické aspekty výzkumu .....	35
5.6	Validita a reliabilita .....	35
5.7	Pilotní průzkum.....	36
5.8	Výběr vzorku respondentů.....	36
5.9	Proces sběru dat .....	36
5.10	Zpracování dat .....	37
6	INTERPRETACE DAT, VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ.....	39
6.1	Základní údaje o respondentech .....	39
6.2	Analýza dat Baeckeho dotazníku.....	40
6.2.1	Ověřování hypotéz č. 1 .....	44
6.2.2	Pracovní hypotézy.....	44
6.3	Analýza dat Meisterova dotazníku .....	47

6.3.1	Ověřování hypotéz č. 2 .....	55
6.3.2	Pracovní hypotézy.....	55
7	DISKUZE .....	59
8	ZÁVĚR .....	73
8.1	Limity práce .....	74
8.2	Doporučení pro praxi .....	74
9	POUŽITÁ LITERATURA .....	76
9.1	Primární zdroje .....	76
9.2	Sekundární zdroje .....	78
9.3	Internetové zdroje .....	79
9.4	Internetové články.....	84
10	PŘÍLOHY .....	87

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 – návratnost dotazníků.....	37
Obrázek 2 - Krabicový graf s hodnotou pracovní aktivity podle věku.....	46
Obrázek 3 - Průměrné hodnocení jednotlivých kategorií .....	49
Obrázek 4 - Průměrná psychická zátěž podle dosaženého vzdělání .....	54
Obrázek 5 - Krabicový graf s hodnotou pracovní aktivity podle délky praxe.....	57

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 - Věk respondentů .....	39
Tabulka 2 - Členění podle nejvyššího dosaženého vzdělání v oboru všeobecná sestra .....	39
Tabulka 3 - Členění podle délky praxe .....	40
Tabulka 4 - Vyhodnocení četnosti odpovědí na jednotlivé otázky Baeckeho dotazníku .....	41
Tabulka 5 - Vyhodnocení statistických charakteristik otázek Baeckeho dotazníku.....	42
Tabulka 6 - Průměrné hodnoty Baeckeho dotazníku podle délky praxe .....	43
Tabulka 7 - Průměrné hodnoty Baeckeho dotazníku podle věku .....	45
Tabulka 8 - Vyhodnocení četnosti odpovědí na jednotlivé otázky Meisterova dotazníku .....	47
Tabulka 9 - Faktory Meisterova dotazníku.....	50
Tabulka 10 - Vyhodnocení Meisterova dotazníku podle faktorů .....	52
Tabulka 11 – Hodnoty průměrné psychické zátěže podle dosaženého vzdělání.....	53
Tabulka 12 - Průměrné hodnoty Meisterova dotazníku podle délky praxe v domácí péči .....	56

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADP	Agentura domácí péče
APSS	Asociace poskytovatelů sociálních služeb
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČAS	Česká asociace sester
ČSÚ	Český statistický úřad
DP	Domácí péče
ECDC	Evropské centrum pro kontrolu nemocí
FZS	Fakulta zdravotnických studií
MPSVČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VŠB-TUO	Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava
VÚBP	Výzkumný ústav bezpečnosti práce
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZSBOZP	Znalostní systém prevence rizik v BOZP

## ÚVOD

Ve svém životě se člověk může díky svému zdravotnímu stavu dostat do situací, kdy jeho nemoc vyžaduje poskytování domácí péče. Mezinárodní zdravotnická organizace uvádí, „že lidské zdraví je stav fyzické, psychické a sociální pohody“ (NZIP, 2025).

Domácí péče zahrnuje všechny tyto složky. Člověk má schopnost přizpůsobovat se svému prostředí. S přibývajícím věkem tato schopnost klesá, a proto je u seniorů poskytování domácí péče velmi důležitou součástí léčby. Pacienti za hospitalizace mohou vykazovat příznaky, které jsou důsledkem jejich vytržení z domácího prostředí. V domácí péči pak naopak mohou reagovat velmi pozitivně na zavedenou léčbu, což může ovlivnit nejen průběh léčby samotné, ale také její délku a celkový výsledek (MZČR, 2020).

Péče o blízké je lidskou přirozeností a je velmi důležitá, nejen pro zachování jejich soběstačnosti, ale také i kvality jejich života. Proto není domácí péče pouze v rukou profesionálů. V České republice je stále kladen velký důraz na rodinu, která je také důležitým prostředníkem mezi profesionální péčí v domácím prostředí a pacientem samotným. Odborná péče je velmi důležitá v okamžiku, kdy člen rodiny neví, jak péči správně uchopit, nebo je potřeba poskytování odborných výkonů. Profesionál mimo jiné pomáhá rodinám zvládnout náročné situace v péči o svého blízkého jak fyzicky, tak i psychicky (PharmaNews, 2015).

Na všeobecnou sestru je při poskytování domácí zdravotní a ošetrovatelské péče vyvíjen velký fyzický i psychický tlak, díky specifickému prostředí dané péče. Jak uvádějí Foralová a Jarošová, (2015, s. 22) při poskytování péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta se všeobecná sestra setkává mimo jiné i s pacienty s nevléčitelnými nemocemi a se smrtí. Péče o tyto pacienty, komunikace s rodinnými příslušníky je odlišná od péče ve zdravotnickém zařízení, jelikož je u pacienta sama, nemůže se opřít o přímou pomoc kolegyně, lékaře. Tím je práce náročnější i po stránce psychické a fyzické. Všeobecná sestra musí mít výborné odborné znalosti a nezbytné jsou i její zkušenosti, jelikož nikdy předem netuší, co jí po příchodu k pacientovi čeká. Svoji práci musí zvládat naprosto samostatně a také se vždy samostatně rozhodnout. Komunikaci s pacientem, rodinnými příslušníky, lékaři, včetně zvládnutí vzniklých konfliktů musí zvládat zcela profesionálně, mít takt, chápání, empatii, cit (MZČR, 2020). Všeobecná sestra za každého počasí dojíždí nejen za pacienty, ale také do laboratoří, ordinací lékařů většinou autem, a musí tak zvládat i silniční provoz. Práce v domácí péči je velmi pestrá a vyžaduje mnohdy řešení nepředvídatelných situací, flexibilitu a odolnost vůči stresu, což je dalším specifickým poskytování péče v domácím prostředí (Kožuchová, 2014, s. 139).

# 1 CÍLE A METODY PRÁCE

## 1.1 Cíl práce

Cílem teoretické části diplomové práce je:

- provést literární rešerši zaměřenou na pracovní zátěž všeobecných sester v domácí péči a přiblížit specifika této formy ošetrovatelské péče.

Cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit

- jaká je míra fyzické zátěže u sester pracujících v agenturách domácí péče,
- jaká je spojitost mezi délkou praxe a fyzickou zátěží,
- jaká je míra psychické zátěže u sester pracujících v agenturách domácí péče,
- zda existuje spojitost mezi vzděláním a psychickou zátěží.

Práce je zaměřena na analýzu faktorů ovlivňujících zátěž spojenou se specifickými nároky při poskytování domácí zdravotní a ošetrovatelské péče.

## 1.2 Metody k dosažení cíle

Metodou dosažení cíle teoretické části je provedení rešerše o domácí péči, koncepci poskytování péče, výhodách poskytování péče ve vlastním sociálním prostředí, základní legislativě, personálním zajištění. Dále pak o všeobecných sestrách, které pracují v agenturách domácí péče, o jejich fyzické a psychické zátěži, stresu a supervizi jako jednu z prevencí syndromu vyhoření, o které je v práci také hovořeno. Zdroje teoretické části jsou čerpány z legislativy, odborné literatury, periodik.

Výzkumná část je založena na kvantitativním výzkumu formou standardizovaného dotazníku. K získání dat byla v této práci použita kombinace dvou standardizovaných dotazníků (Baeckeho a Meisterova) a jednoho dotazníku vlastní tvorby. Veškeré odpovědi budou následně statisticky vyhodnoceny a výsledky graficky prezentovány.

# TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce se zabývá domácí zdravotní a ošetrovatelskou péčí, její historií, koncepcí, indikací, organizací, cíli, výhodami, financováním, personálním zajištěním a základní legislativou. Dále tato část práce pojednává o všeobecné sestře v domácí péči, její fyzické a psychické pracovní zátěži, stresu a syndromu vyhoření.

## 2 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče je odborná forma ambulantní zdravotní péče, vysoce kvalifikovaná, která plynule navazuje na péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních. Díky této péči se hospitalizace může zkrátit na nezbytně dlouhou dobu. Týká se pacientů všech věkových i diagnostických skupin (MZČR, 2020).

Poptávka po poskytování této péče je podle Kožuchové (2014, s. 10) ovlivněna jak demograficky, tak i sociálními faktory.

### 2.1 Definice domácí péče

*„Domácí péče představuje zdravotní péči (ošetrovatelskou péči, léčebně rehabilitační péči nebo paliativní péči), která je pacientovi poskytována v jeho vlastním sociálním prostředí, a spolu se sociální péčí, včetně péče laické, tvoří souhrnný základ péče o pacienta. Je indikována u pacientů, u kterých je nutné zajistit dlouhodobou, následnou nebo paliativní péči. Obsah péče je vymezen individuálními potřebami každého pacienta“ (MZČR, 2020).*

Od roku 1990 je domácí péče součástí zdravotní i sociální péče v České republice.

Péče je směřována jak na prevenci, tak také na vrácení zdraví a v neposlední řadě na jeho udržení a podporu. Důležité při poskytování domácí péče (DP) je rozvíjet soběstačnost a sebepéči pacienta, zmírnění obtíží spojených s nevyлéčitelným onemocněním, zajištění důstojné smrti. Péče je vysoce individuální, klade důraz na uspokojování potřeb pacienta vzhledem k jeho onemocnění (MZČR, 2020).

Posláním domácí péče je zajištění kvalitní a bezpečné péče v takovém rozsahu, aby nedocházelo ke zbytečné hospitalizaci (Hamplová, 2019, s. 55).

### 2.2 Historie domácí péče

Domácí zdravotní a ošetrovatelská péče je jednou z odnoží ošetrovatelství, jejíž rozvoj je datován od druhé poloviny 18. století. Péče byla orientována hlavně na chudé, sirotky a na nemocné, kteří byli zcela odkázáni na pomoc druhých osob. Do domácího prostředí,

kde byla péče primárně poskytována, docházeli členové řeholnických řádů, kteří vykonávali léčitelkou a zároveň ošetrovatelskou péči, která zajišťovala uspokojení základních lidských potřeb. Zakládání prvních nemocnic přišlo až s příchodem křesťanství. Tyto nemocnice se nazývaly „*hospital*“ (Kožuchová, 2014, s. 19-22).

### **2.2.1 Historie domácí péče ve světě**

Zásluhu na poskytování péče potřebným doma měl obchodník a politik William Rathbone, jehož nevléčitelně nemocná manželka byla ošetrována sestrou Mary Robinsonovou. Po její smrti v roce 1859 Rathbone požádal, aby sestra Mary pokračovala ve své práci v chudé části Liverpoolu a poskytl ji potřebné vybavení. On i sestra Mary viděli potřebnost pokračovat v poskytované péči a zajištění školených kvalifikovaných ošetrovatelek. Navázal spolupráci s Florence Nightingalovou, která v roce 1860 založila při nemocnici svatého Tomáše zdravotnickou školu a domov pro sestry. Model poskytování péče v chudých čtvrtích se postupně rozšiřoval do dalších anglických měst. V roce 1862 byl Rathbone u vzniku školy pro ošetrovatelky v domácím prostředí v Liverpoolu. William Rathbone se stal rovněž hlavním iniciátorem sdružení Central Home (Barošová, 2020).

### **2.2.2 Historie domácí péče v českých zemích**

Zdravotní stav obyvatelstva českých zemí byl neutěšený a silně ovlivněn sociálními faktory, jako byly stísněné podmínky, ve kterých většina lidí žila, nedostatek jídla, těžká práce. Zdravotní péče byla dostupná pouze pro 20 % obyvatel a lékař byl do domácnosti volán až v případě bezprostředního ohrožení života. V této době byly zakládány spolky na pomoc a ochranu potřebných. Debaty na téma domácí péče probíhaly v období národního obrození. První ošetrovatelská škola u nás byla založena v roce 1874 z iniciativy Elišky Krásnohorské a Karolíny Světlé. V této době vznikla první domácí péče, která kromě stránky charitativní zahrnovala i stránku odbornou. V období první republiky byla myšlenka ošetrovatelské odborné péče v domácím prostředí podporována Československým červeným křížem (jeho první předsedkyní byla dcera prezident Masaryka – Alice). V roce 1952 pak stát převzal odpovědnost za poskytování domácí péče (Svobodný, Hlaváčková, 2004, s. 89-107).

### **2.3 Domácí péče v současnosti**

Začátkem devadesátých let, byla zdravotní péče přesouvána na úroveň primární péče, docházelo k posílení kompetencí a individualizování primární péče. V tomto období vznikaly první agentury poskytující domácí péči. K výraznému rozvoji agentur domácí péče, objemu

a rozsahu poskytované péče, docházelo v roce 1993. V polovině roku 1993 bylo agentur poskytující domácí péči registrováno 179 (ČAS, 2018).

Mezi léty 1997–2005 již nedocházelo k výraznému nárůstu agentur DP, ale vzrostl počet pacientů, kterým byla domácí péče poskytnuta a zároveň i počet návštěv zdravotníka u pacientů v jejich vlastním sociálním prostředí (ČAS, 2018).

Dle dostupných dat z Ústavu zdravotnických informací a statistiky bylo v roce 2016 v České republice 517 agentur poskytujících domácí zdravotní péče, v roce 2017 pak 529, v roce 2018 534, v roce 2019 pak 540 a v roce 2020 taktéž 540 (ÚZIS ČR, 2025).

## 2.4 Výkaz domácí zdravotní péče

V souladu se zákonem č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů je prováděn Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), také sběr dat o činnostech domácí péče (pravidelně každým rokem, pro období 1. 1. – 31. 12).

Každoročně je vyplňován Výkaz domácí zdravotní péče (A089). Tento výkaz je součástí programu statistických zjišťování MZ v ČR. Zdravotnická zařízení, poskytující domácí péči vyplňují tento výkaz samostatně, bez ohledu na jejich zřizovatele. Údaje, které jsou tímto výkazem sledovány, hovoří mimo jiné, o počtu návštěv domácí zdravotní péče, o provedených úkonech, ale také o počtu pacientů, kteří v daný rok domácí péči využili, a v neposlední řadě i dostupnost poskytování domácí péče (ÚZIS ČR, 2023).

Přehled vývoje dle údajů z výkazu A089:

- Rok 2016 – výkaz A089 byl vyplněn celkem 489 agenturami DP. V tomto roce využilo domácí zdravotní a ošetrovatelskou péči 141 369 pacientů, což představuje 13 pacientů na 1 000 osob populace (ČSÚ, 2017).
- Rok 2017 – byl výkaz A089 vyplněn 497 agenturami a dle dostupných údajů domácí péči v tomto roce využilo 138 303 pacientů, tedy opět 13 pacientů na 1 000 osob (ÚZIS ČR, 2018).
- Rok 2018 – zapojilo se celkem 481 agentur DP. Domácí péči v tomto roce využilo 139 824 pacientů, což odpovídá 13 pacientům na 1 000 osob populace (ÚZIS ČR, 2019).
- Rok 2019 – výkaz A089 odevzdalo celkem 491 agentur DP, péči využilo 143 932 pacientů, opět 13 pacientů na 1 000 osob (ÚZIS ČR, 2020).
- Rok 2020 – do výkaznictví o činnosti DP se zapojilo celkem 500 agenturami DP, péči využilo 145 796 pacientů, což odpovídá 14 pacientům na 1 000 osob (ÚZIS ČR, 2021).

Na základě těchto získaných dat lze konstatovat, že počet pacientů využívajících DP v České republice je relativně stabilní. Dle statistických údajů je v průměru každým rokem poskytnuta domácí péče 141 943 pacientům, přičemž 61 % tvoří ženy a 39 % muži (ÚZIS ČR, 2021).

## **2.5 Koncepce domácí péče**

Vznik této koncepce reaguje na potřeby celkového přístupu k domácí péči, která je součástí poskytování péče o pacienta multidisciplinárním týmem, garantovaného lékařem, v jeho vlastním sociálním prostředí. Základem poskytování péče je spolupráce lékaře s poskytovateli domácí péče. V odbornosti 925, což je odbornost domácí péče, je v čele poskytování péče všeobecná sestra (MZČR, 2020).

Koncepce DP reaguje na „*Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 – zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje*“ (MZČR, 2020).

Stárnutí obyvatelstva České republiky patří mezi základní rysy demografického vývoje. Jak uvádí Marek Rojíček, předseda českého statistického úřadu „*Trvalým rysem populačního vývoje v příštích třiceti pěti letech bude nárůst počtu obyvatel ve věku 65 a více let*“ (ČSÚ, 2023).

Cílem koncepce je poskytovat zdravotní péči ve vysoké kvalitě, co nejširšímu spektru pacientům, a zároveň s důrazem na její snadnou dostupnost. Důležitým faktorem koncepce je posílení kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků, které tak umožňují praktickým lékařům zvýšení nejen časové, ale i výkonnostní dotace, ale také zajištěním vysoké kvality poskytované péče umožní pacientovi jeho setrvání co nejdéle ve svém přirozeném sociálním prostředí, což je strategickým cílem koncepce domácí péče (MZČR, 2020).

## **2.6 Indikace domácí péče**

Domácí zdravotní a ošetrovatelská péče (DZOP) zajišťuje následnou a dlouhodobou péči u pacientů s akutním, chronickým onemocněním, ale také pacientům v terminálním stadiu. Zároveň DZOP poskytuje podporu v oblasti duševního zdraví, a to především u pacientů v procesu resocializace. Důležitým aspektem v poskytování péče je podpora soběstačnosti pacienta, zejména v oblasti sebeobsluhy a sebepečce (MZČR, 2020). DZOP není omezena věkovými ani diagnostickými skupinami. Jejím obsahem jsou individuálními potřeby pacienta (somatické i duševní zdraví), se snahou, aby se mohl co nejdříve vrátit do svého běžného způsobu života a nebýt tak odkázán na pomoc druhé osoby (MZČR, 2020). Domácí péči indikuje na dobu omezenou ošetřující lékař při propuštění z hospitalizace, ambulantní specialisté, lékaři na urgentním příjmu, lékaři poskytující pohotovostní službu (na dobu trvání

14 dní), pokud pacientův stav vyžaduje paliativní péči, tak se časový limit poskytované péče rozšiřuje na dobu 3 měsíců. Na dobu neomezenou indikuje péči praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost (MZČR, 2022). Pokud je domácí péče předepsána lékařem, je plně hrazena zdravotními pojišťovkami. Pacienti si sami mohou vybrat poskytovatele zdravotních služeb dle vlastních preferencí (MZČR, 2023).

## **2.7 Organizace domácí péče**

Domácí zdravotní péče zajišťuje svoji poskytovanou péči multidisciplinárním týmem. Kompetence tohoto týmu stanovují, jak postup, tak doporučení pro intervence ošetrovatelského procesu, ale také sestavení ošetrovatelských plánů (MZČR, 2020).

Zdravotní a ošetrovatelské péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta je dána odlišnými podmínkami, oproti péči poskytované v nemocnici, proto musí být plánována individuálně. Jak hovoří Messser ve své knize *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. (2016, s. 13) „*Ve vlastním sociálním prostředí je všední den pacienta utvářen, zatímco v nemocničním zařízení je o něj postaráno*“.

Důležitou roli v celkovém plánování ošetrovatelské péče má všeobecná sestra. Samostatně (ve spolupráci s indikujícím lékařem, kterého pravidelně informuje o celkovém stavu pacienta) navrhuje ošetrovatelský plán, který je individuální, prospěšný pro každého daného pacienta. Všeobecná sestra také zároveň zodpovídá za kvalitu a bezpečí poskytované péče. Zajištění kvalitní péče o pacienty je podmíněno efektivním vedením agentury (MZČR, 2020).

## **2.8 Cíl domácí péče**

Cílem poskytované péče o pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí není pouze dosažení uzdravení, zajištění celkové kvality života a udržování soběstačnosti, ale také zajištění důstojného umírání v případě nevléčitelného onemocnění.

Poskytování kvalitní a bezpečné péče je tak základním cílem všech zařízení poskytujících domácí péči.

Významným aspektem při poskytování domácí péče je podpora individuality pacienta a snaha o zachování co možná nejvyšší kvality života (Malíková, 2020, s. 29). Velmi důležité je respektování jeho přání, neustálé monitorování aktuálních potřeb, které vznikají v průběhu léčení a spolupráce s ostatními osobami, blízkými pacientovi (MZČR, 2020).

## 2.9 Výhody domácí péče

Velkou výhodou poskytování péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta je eliminace rizika vzniku nozokomiálních nákaz, což jsou infekce vzniklé při léčbě a poskytování zdravotnických procedur ve zdravotnickém zařízení (NZIP, 2025).

V roce 2023 se Česká republika zapojila do prevalenční evropské studie koordinované Evropským centrem pro kontrolu nemocí (ECDC), mapující výskyt těchto infekcí. Studie se zúčastnilo celkem 39 českých nemocnic a jejich 12 296 pacientů. V průběhu 1-3 týdnů byly v těchto nemocnicích u každého hospitalizovaného pacienta mapovány a vyhodnocovány příznaky infekce. Studií byl zjištěn výskyt 907 případů nozokomiálních (nemocničních) infekcí u 828 pacientů (6,7 % všech hospitalizovaných pacientů), což se neliší od celoevropských dat. Nejčastější infekcí dle zjištění byla infekce močových cest (30 %), dále pak infekce dýchacího systému (20 %). 20 % infekcí bylo také zjištěno v místě chirurgického zákroku. Infekce krevního řečiště (9 %), trávicího systému (6 %), kůže a měkkých tkání (5 %). Infekce, které nebyly zařazené do uvedených skupin, tvořily 10 %. Dle výsledků studie dlouhodobým problémem v České republice je nedostatek odborného personálu, který by se zabýval kontrolou a prevencí těchto infekcí a nedostatek jednolůžkových pokojů, pro eliminaci přenosu infekcí (SZÚ, 2024).

Náklady, které vznikají při hospitalizaci pacienta ve zdravotnickém zařízení, jsou několikanásobně vyšší nežli náklady na péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta, což patří také mezi významné výhody poskytování domácí péče. Dle zveřejněných dat ČSÚ (ČSÚ, 2023), byly v roce 2021 ze státního rozpočtu výdaje na zdravotní péči lůžkovou 42 miliard Kč, zatímco na domácí péči 6,4 miliard Kč.

Pobyt pacienta v domácím prostředí zároveň přispívá ke zlepšování psychické pohody, jelikož přináší pocit bezpečí a jistoty (Kožuchová, 2014, s. 28). Další výhodou domácí péče je možnost neustálého kontaktu s rodinnými příslušníky, a jejich zapojování do péče, ale také to, že pacient nemusí dojíždět do zdravotnického zařízení k poskytnutí péče (MZČR, 2020).

## 2.10 Financování domácí péče

Poskytování domácí zdravotní péče je financováno z veřejného zdravotního pojištění, podle vyhlášky MZČR č. 331/2007 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Touto vyhláškou je vydán seznam zdravotních výkonů, poskytovaných v domácí péči s jejich bodovými hodnotami. (Zákony pro lidi, 2007).

Hodnota bodu jednotlivých kódů (výkonů) je stanovena úhradou vyhláškou, která je každoročně zveřejňována Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Úhradovou vyhláškou je také určena celková výše úhrady za poskytnuté služby a regulační omezení pro daný rok (MZČR, 2025).

Domácí zdravotní péče s odborností 925, disponuje čtyřmi základními typy návštěv, které udávají časový rozsah návštěvy. Každá tato ošetrovatelská návštěva se skládá ze zhodnocení stavu pacienta, jeho aktuální situace. Maximální frekvence rozsahu poskytnuté péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, jsou denně maximálně 3 návštěvy jednoho typu návštěv.

Základní typy návštěv jsou určeny časovými kódy:

- 06318 – ošetrovatelská návštěva domácí péče, typ IV, časový rozsah 15 minut
- 06313 – ošetrovatelská návštěva domácí péče, typ I, časový rozsah 30 minut
- 06315 – ošetrovatelská návštěva domácí péče, typ II, časový rozsah 45 minut
- 06317 – ošetrovatelská návštěva domácí péče, typ III, časový rozsah 60 minut

Kód 06311 – je možné použít pouze 2x na konkrétního pacienta za uzavřený cyklus soustavně poskytované zdravotní péče. Jeho obsahem je zavedení dokumentace pacienta do péče dané organizace a poté ukončení péče o pacienta. Součástí tohoto kódu je zároveň navázání a poté také ukončení smlouvy s ošetřujícím lékařem indikující péči (MZČR, 2025).

V případě poskytování paliativní péče o pacienta v terminálním stadiu v jeho sociálním prostředí je možné použití kódu 06349 – ošetrovatelská návštěva o pacienta v terminálním stadiu. Tento kód nemá bodovou ani časovou hodnotu a frekvence návštěv není omezena.

Pokud je intervence domácí zdravotní péče potřebná v nočních hodinách nebo o víkendech, indikující lékař uvede na *Poukazu na vyšetření, ošetření DP*, svůj požadavek. Do této skupiny indikace patří kód 06135 (*výkon sestry v době od 22 do 6 hodin*) a kód 06137 (*výkon sestry v den pracovního klidu, pracovního volna, státní svátky*). Jedná-li se o pacienta, který potřebuje současně dopomoc druhé všeobecné sestry, je možno využít kód 06319, který znamená *fyzická asistence sestry při poskytování domácí péče* (MZČR, 2020).

Kromě časových kódů, které jsou vykazovány vždy, jsou s pojišťovnami nasmlouvány kódy konkrétních výkonů, které byly pacientovi poskytnuty. Mezi tyto výkony patří *odběr biologického materiálu* (06323), *převaz PICC* (06324), *aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčbě bolesti – periferní* (06325) *i centrální* (06326) *vstupy, ošetření všech typů stomií* (06327, 06328), *lokální ošetření* (06329, 06330), *cévkování, laváže a ošetření permanentních katetrů* (06331), *klyzma* (06332), *aplikace*

*inhalační a léčebné terapie (06333, 06334), nácvik a zaučení aplikace inzulínu (06335), zavádění a výměna nasogastrické sondy (06337), 06321 - vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí (MZČR, 2025).*

V domácí péči je žádoucí vzhledem k indikačním skupinám pacientů nepřetržitá dostupnost domácí zdravotní péče, což znamená 24 hodin, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce (MZČR, 2020).

## **2.11 Personální zajištění domácí péče**

Tým pracovníků, kteří se podílejí na poskytování domácí péče, je složen z všeobecných sester, porodních asistentek, psychiatrických sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a dalších zdravotnických odborníků. V oblasti personální obsazenosti patří zařízení poskytující domácí péči mezi zařízení, kde jsou na zdravotnické pracovníky kladeny vysoké psychické i fyzické nároky (ČAS, 2023).

Vedoucí pracovníci musí kromě odborných ošetrovatelských znalostí také disponovat vědomostmi v oblasti personální politiky, sociální péče, ale také v právní oblasti (MZČR, 2023).

Pracovníci při péči o chronicky nemocné a umírající pacienty mnohdy čelí velmi náročným situacím. Dlouhodobá zátěž může vést až k syndromu vyhoření, a tudíž k odchodu ze zaměstnání (VÚPSV, 2022).

Umět si zachovat a udržet profesionální nadhled, asertivitu, efektivní komunikaci je velmi důležité, ale zároveň vyčerpávající, proto v agenturách poskytujících domácí péči bývá vysoká fluktuace. Jedním z dalších důvodů fluktuace je také nízké společenské uznání této profese, jak laickou, tak i odbornou veřejností. Nedostatek stávajícího personálu, jeho zvyšující se věk společně s nezájmem mladších zdravotníků o tuto práci, vede nejen ke zvýšení pracovní zátěže zbylých zaměstnanců, ale také k nepoměru mezi požadavky na poskytování péče a možnostmi agentur domácí péče. V konečném důsledku se toto pak odráží ve zhoršené dostupnosti, efektivnosti a v neposlední řadě i kvalitě poskytovaných služeb (APSS ČR, 2021). Dle dostupných údajů Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV, 2023) je dalším významným faktorem odchodu pracovníků také nízké mzdové ohodnocení, které je v tomto segmentu péče pod celostátním průměrem.

Podle dotazníkového šetření Asociace poskytovatelů sociálních služeb (APSS, 2025), které proběhlo v lednu 2025, se nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu

oproti roku 2023, kdy proběhlo stejné dotazníkové šetření, prohloubil. Zatímco v roce 2023 chybělo 708 těchto pracovníků, v lednu 2025 jich bylo již 721.

## **2.12 Základní legislativa domácí péče**

Poskytování domácí péče v České republice je upraveno a regulováno několika základními zákony a vyhláškami. Tyto právní předpisy stanovují podmínky pro poskytování domácí zdravotní a ošetrovatelské péče v České republice.

Poskytovatelé domácí péče se musí seznámit se všemi těmito právními předpisy, jejich novelami, pravidelně sledovat veškeré legislativní změny, aby mohli zajistit poskytování kvalitní a bezpečné domácí péče v souladu s platnou legislativou.

Obecně platí pro domácí péči tyto základní předpisy:

*Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*

Tento zákon upravuje poskytování domácí péče, definuje nejen práva, ale i povinnosti pacientů a poskytovatelů domácí péče, ale také zdravotnických pracovníků.

*„Tento zákon definuje domácí péči jako ošetrovatelskou, léčebně rehabilitační nebo paliativní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta“.*

*Zákon č. 96/2004 sb. zákona, o nelékařských povoláních a podmínkách získávání a uznání odborné způsobilosti a její novela, zákon č. 201/2017 Sb., která nabyla účinnosti 1. 9. 2017, a která upravuje oprávněnost k výkonu zdravotníka bez získání osvědčení.*

*Zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění*

Tento zákon upravuje veřejné zdravotní pojištění, určuje rozsah a podmínky hrazení poskytovaných zdravotních služeb, způsob úhrad prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

*Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a její novela, vyhláška 158/2022 Sb., která vstoupila v účinnost 1. 7. 2022, a která přináší sestřím nejen vyšší odpovědnost, ale významným způsobem posiluje jejich kompetence.*

*Vyhláška č. 314/2024 Sb., o úhradách zdravotních služeb pro rok 2025*

Touto vyhláškou je stanovena hodnota bodu poskytovaných výkonů a celková výše úhrad poskytované domácí péče.

*Vyhláška č. 357/2024 Sb., novela vyhlášky č. 92/2012 Sb.*

Od 1. 1. 2025 vstoupila v platnost tato novela vyhlášky, která upřesňuje požadavky na minimální vybavení důležitého pro poskytování domácí zdravotní a ošetrovatelské péče,

jejímž cílem je zajištění kvality péče napříč poskytovateli domácí péče a efektivnější koordinaci mezi službami zdravotními a sociálními.

*Zákon č. 262/2006 Sb. zákon – zákoník práce*

Zákoník práce upravuje pracovněprávní vztahy. Jeho cílem je ochraňovat jak práva zaměstnanců, tak také povinnosti zaměstnavatelů. Pravidelně probíhá jeho aktualizace.

Mezi hlavní oblasti zákoníku patří „*vznik, změna a ukončení pracovního poměru, pracovní doba a doba odpočinku, mzda, plat a náhrady mzdy, bezpečnost a ochrana zdraví při práci, překážky v práci, kolektivní vyjednávání a odbory*“ (Zákony pro lidi, 2025).

### 3 VŠEOBECNÁ SESTRA

Činnosti pracovníků ve zdravotnictví v České republice upravuje *vyhláška č. 55/2011 Sb.* a její novela (*vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*). Dle této vyhlášky poskytuje všeobecná sestra, pracující bez odborného dohledu zdravotní péči, která je v souladu se standardy a všemi platnými právními předpisy. Provádí pravidelné zápisy do zdravotnické dokumentace, podle své odborné způsobilosti podává informace pacientovi, kterého také edukuje ke zdravému stylu života. Nedílnou součástí její práce je spoluúčast při tvorbě standardů, adaptačním procesu nových zaměstnanců, praktické výuce studentů, řešení mimořádných událostí a krizových situací (Zákony pro lidi, 2025).

Sestra je lidská bytost, která společně se specializovanými vlastnostmi má také vlastnosti obecné. Všechny tyto své vlastnosti pak využívá při poskytování zdravotní péče, v oblasti předcházení nemocem a snaze udržení zdraví pacienta. Nelze jednoznačně vymezit profesi všeobecné sestry, jelikož její práce je velmi různorodá. Jak říká Špirudová (2015, s. 8)

*„V současné době k hlavním rolím všeobecné sestry patří role ošetrovatelky, edukátorky, komunikátorky, poradkyně, nositelky změn, manažerky, advokátky, týmové hráčky, výzkumnice“.*

Sestra nese právní odpovědnost za poskytování péče. Nejde ale pouze jen o povinnosti sestry, ale také o její práva a kompetence (Stasková, Tóthová, Kořa, 2019, s. 61-62).

Jak upozorňuje Žaludek (2020, s. 21) prostředí ve zdravotnictví je náchylné k pochybení, selhání lidského faktoru, a to jak na straně zdravotníků poskytujících péči, tak i na straně pacientů, kteří nesou odpovědnost za svoji osobu a léčbu.

#### 3.1 Všeobecná sestra v domácí péči

Všeobecná sestra, poskytující odbornou zdravotní péči o pacienty v jejich vlastním sociálním prostředí, má nezastupitelné místo. Tento druh péče je velmi zásadní pro pacienty, kteří jsou propuštěni do domácího léčení, ale vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, potřebují i nadále zdravotní péči nebo dohled. Náplní práce všeobecné sestry není pouze poskytování odborných úkonů dle ordinace indikujícího lékaře, monitoring celkového stavu pacienta, ale také spolupráce s ostatními členy multidisciplinárního týmu (MZČR, 2020).

Nedílnou součástí poskytované péče je podpora, edukace a komunikace s pacientem a jeho blízkými osobami. Způsob vedení komunikace ovlivňuje kvalitu poskytované péče.

Pokud je nedostatečná, nevhodná, může být špatně pochopena a vést tak k nespokojenosti pacienta (Ptáček, Bartůněk, 2014, s. 242).

Všeobecná sestra, nejen v domácí péči, by měla být empatická, schopná porozumět pacientovi, všímavá, otevřená a přístupná. Jak říká Plevová (Plevová a kol., 2018, s. 90-91) neexistuje ideální osobnost sestry, ale je naprosto nezbytná vnitřní stabilita, osobní zralost a vyšší frustrační tolerance. Dle Mellanové (Mellanová, 2017, s. 57) sestra bude sociálně zralým člověkem, který ve své profesi dosáhne vysoko, pokud se ztotožní se svojí rolí. Ke ztotožnění se s touto rolí jsou potřebné osobní předpoklady sestry pro výkon své profese. Mezi tyto předpoklady patří tvůrčí přístup, schopnost vnímat a realizovat všechny podněty. Trpělivost, klidné vystupování, sebekritičnost a kontrola vlastního chování jsou naprosto nezbytné v profesi zdravotníka. Neméně důležitý je smysl pro humor, umět se zasmát s pacientem. Hodnotová orientace, jako je smysl pro odpovědnost a povinnost, pozitivní vztah k pacientovi, motivace pomáhat, jsou známkou zralosti a vyrovnanosti osobnosti zdravotníka (Zacharová, 2017, s. 75).

### **3.1.1 Věstník MZČR č. 12/2019**

Vzhledem ke specifické činnosti, jakou poskytování péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta je, se všeobecným sestrám doporučuje absolvování specializačního vzdělání v oboru domácí péče. Ve *vestníku MZ ČR č. 12/2019* Ministerstvo zdravotnictví uvádí vzdělávací programy v této odbornosti (MZČR, 2019). Cílem tohoto vzdělávání je získání *specializované odborné způsobilosti v odbornosti Sestra pro domácí péči*. Podmínkou, kterou musí všeobecná sestra splnit, aby byla zařazena do tohoto vzdělávání, je *odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry podle zákona č. 96/2004 Sb.* Druhou podmínkou je alespoň jeden rok výkonu povolání všeobecné sestry ve vlastním sociálním prostředí pacienta, nebo dva roky výkonu povolání všeobecné sestry v lůžkové péči, ambulantní péči či zařízeních sociálních služeb.

Vzdělávání uskutečňuje akreditované pracoviště a program se skládá z 520 hodin vzdělávání, kdy odborná praxe tvoří 50 % z celkového počtu hodin. Optimální doba tohoto vzdělávání je 18 až 24 měsíců a je ukončeno atestační zkouškou (Věstník MZČR, 2019).

## 4 PRACOVNÍ ZÁTĚŽ VŠEOBECNÝCH SESTER V DP

Vzhledem ke specifickému prostředí, ve kterém je péče poskytována, je na sestru vyvíjen velký tlak, který může vyvolávat nejen zvýšenou fyzickou únavu, ale také psychickou nepohodu a stres. Sestra při cestách automobilem za pacientem, což může samo o sobě vyvolávat stres (dopravní zácpa, riziko nehody), netuší, co jí po příjezdu čeká (zhoršení stavu, úmrtí pacienta, agresivní pes a mnohé další stresové situace). Sestra neustále udržuje svoji pozornost, musí se umět rozhodovat zcela samostatně, jelikož má pouze omezený prostor pro konzultaci s lékařem, vždy musí být profesionálem při komunikaci s pacientem, rodinnými příslušníky i ostatními týmovými spolupracovníky (MZČR, 2020).

Jak uvádí ve svém průzkumu Znalostní systém prevence rizik v BOZP (ZSBOZP, 2025), s tímto tak velmi úzce souvisí rizika specifická pro sestry v domácí péči. V prostředí, ve kterém je péče poskytována, často není dobrá kvalita ovzduší, mohou zde působit chemické látky, jako jsou například žíraviny, toxické látky, alergeny. Častým problémem poskytování péče v domácím prostředí pacientů jsou nehygienické podmínky, nedostupnost pitné vody. Sestry jsou tak vystavovány nejen infekčním onemocněním (chřipka, hepatitida, tuberkulóza a další), ale také výskytem hlodavců, vši či svrabu, které jim mohou narušit či poškodit jejich zdraví. Dalším významným rizikem jsou možná zranění způsobená zakopnutím nebo pádem, ať už ve vlastním sociálním prostředí pacienta (koberec, stísněné podmínky, nedostatečné osvětlení), nebo při cestě za ním (autonehoda, mokré schody, led na chodníku a další). Domácí péče může být poskytována i v oblastech, které nejsou zcela bezpečné. Sestra je v terénu sama, a to i ve večerních hodinách, může se proto při poskytování péče setkat s napadením agresivním pacientem, jiným člověkem, ale také například nebezpečným psem.

Dalším důležitým aspektem v pracovní zátěži sester domácí péče jsou personální a organizační problémy, jako je nedostatek personálu, což v praxi vede k přetížení zdravotníka, stejně tak pracovní doba, která vyžaduje flexibilitu. Nelze opomíjet také administrativní zátěž, v podobě vykazování poskytnutých výkonů pojišťovně, vedení dokumentace, změn v legislativě, ale také díky velkému počtu návštěv denně, nedostatek času na pacienty (Imramovská, Machová, 2015).

Přetěžování, které je dlouhodobého charakteru ovlivňuje nejen výkonnost sestry a zvýšení únavy, ale také může vést k narušení zdraví (Cabanová, Rapčíková, 2016, s. 207). *Narizení vlády č. 361/2007 Sb.* stanovuje podmínky, jak chránit zdraví při práci (Zákony pro lidi, 2025).

## 4.1 Fyzická zátěž

Fyzickou zátěží se rozumí pracovní zátěž, která má vliv na pohybový aparát, dýchací a cévní systém, a celkově se odráží na termoregulaci a látkové výměně organismu. Vysoká fyzická zátěž je velkým problémem v průběhu pracovního procesu, jelikož má za následek časté onemocnění pohybového aparátu. Pro zaměstnance to znamená bolestivé problémy a pro zaměstnavatele díky častým pracovním neschopnostem zaměstnanců, ekonomické důsledky. Jedním z hlavních rizikových faktorů fyzické zátěže je jednostranné přetěžování určitých pohybových struktur, proto u hodnocení fyzické zátěže je vždy důležité mít na zřeteli různé okolnosti, jako je například správná pracovní poloha, způsob manipulace s břemenem, frekvence pohybů s daným břemenem, ale také věk a pohlaví (ZSBOZP, 2025).

Pokud dojde k nerovnováze fyzické zátěže s možnostmi pracovníka, jedná se o zátěž nazývanou nadlimitní, která se může projevit větším počtem úrazů (ČAS, 2015).

*Narižení vlády č. 361/2007 Sb., které stanovuje podmínky ochrany zdraví při práci* dělí fyzickou zátěž na celkovou fyzickou zátěž, za kterou je považována práce, vykonávaná velkými svalovými skupinami a je zatěžováno 50% celkové svalové hmoty a lokální svalovou zátěž, což je práce vykonávaná malými svalovými skupinami končetin (Zákony pro lidi, 2025).

U sester pracujících v domácí péči patří mezi hlavní faktory fyzické zátěže přesuny mezi pacienty, časté nošení brašen se zdravotnickým materiálem k pacientovi, manipulace s imobilními pacienty. Velkým problémem při poskytování péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta je častá absence kompenzačních pomůcek a velký počet pacientů, kteří jsou denně ošetřováni (Imramovská, Machová, 2015).

## 4.2 Psychická zátěž

Každý zaměstnanec vnímá požadavky, které mu vyplývají z jeho práce individuálně. Má vlastní předpoklady pro dosažení požadovaného výkonu, jako je například zkušenost nebo zdravotní stav, ale také vlastní strategie, které mu pomáhají při zvládnutí psychické zátěže. V praxi to znamená, že při stejných pracovních podmínkách vnímá každý zaměstnanec zátěž rozdílně. Psychickou zátěží je chápán souhrn všech vlivů, které na člověka doléhají a působí na jeho psychickou stránku (VÚBS, 2022). Častým následkem psychické zátěže je zvýšená únava a častá bolest hlavy (Imramovská, Machová, 2015).

Mezi hlavní faktory psychické zátěže v práci sestry patří její neustálá pozornost, flexibilita, velké požadavky na paměť, samostatnost a rychlost v rozhodování, vysoká odpovědnost, potřeba improvizace, péče o pacienty v závažných stavech, úmrtí pacienta, komunikace

s pacienty a řešení konfliktů, bezmoc, neadekvátní ohodnocení své práce (Dimunová a kol., 2018, s. 21-23).

Dimundová a kol. (2018, s. 23-24) dělí psychickou zátěž celkem na čtyři úrovně. Pokud jde o úkol, který není pro člověka neznámý, již ho v minulosti úspěšně řešil, jedná se o běžnou zátěž. Za zvýšenou zátěž považuje situace, ve kterých nelze používat předem naučené stanovené postupy. Pro jedince jsou tyto situace nové, a je potřeba, aby vynaložil větší úsilí k úspěšnému splnění úkolu. Tento typ zátěže může být přínosný, protože nejen, že člověka motivuje k jejich zvládnutí, ale zároveň také rozšiřuje celkový obzor jeho odborných znalostí, praktických zkušeností a významně ovlivňuje jeho osobní růst. Hraniční zátěží je zátěž, která není v souladu mezi připraveností člověka, jeho vybaveností, zvládat náročné situace a požadavky okolního prostředí. V takových situacích již dochází k nutnosti velkého vynaložení sil ke splnění úkolu a jedinec si může sáhnout až na samé dno svých psychických sil. Pokud se jedná o úkol, který je v rozporu s možnostmi a dispozicemi jedince, pak je hovořeno o extrémní zátěži, která může být spouštěčem stresových situací, stresu a následně při dlouhém neřešeném působení stresorů až k syndromu vyhoření.

#### **4.2.1 Stres**

Tento pojem je velmi používaným výrazem, přesto ho nelze jednoznačně definovat, jelikož si každý autor definici stresu vysvětluje po svém (Ayers a De Visser, 2015, s. 50). Nároky, které jsou na člověka kladeny, jsou jistou zátěží. Jestliže jsou tyto požadavky větší, než je adaptační kapacita daného jedince, jedná se o stav, označovaný jako stres. Požadavky se nazývají stresory (Paulík, 2017, s. 68–69). Stresor akutní, který je intenzivnější než chronický, je časově omezen. Projevuje se psychosomaticky, například pocitem úzkosti, strachu, hněvem, útokem (Kliment, 2014, s. 10). Stresor chronický, projevující se slabší intenzitou, ale působící dlouhodobě může způsobit zdravotní problémy, například kardiovaskulární (Greenberg, 2019, s. 22).

Stres, který je vnímán pozitivně, se označuje jako eustres a může jedince motivovat k lepším výsledkům. Oproti tomu distres, který je ohrožující, nepříjemný, může vyvolat stresovou reakci. Každý jedinec pak zapojuje na zvládnutí stresu své individuální adaptační mechanismy. Pokud ale stres trvá dlouhou dobu, narůstá riziko nejen syndromu vyhoření (Paulík, 2017, s. 193–198), ale také riziko poškození zdraví (Adam a kol., 2019, s. 98).

Naplánování si volného času, relaxace ať aktivní či pasivní jako prevence stresu je proto velmi důležitou strategií při plnění si svých pracovních povinností (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 58-59). Podpora zaměstnavatelů implementací programů, které jsou zaměřené na duševní

hygienu, vytvoření adekvátních pracovních podmínek pro zaměstnance, promyšlené plánování tras mezi pacienty, zjednodušení administrativy, možnost supervize, jsou proto nezbytné pro spokojenost sester v domácí péči a snížení fluktuace (Imramovská, Machová, 2015).

#### **4.2.2 Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření je psychický stav, kdy vlivem působení dlouhodobého, chronického stresu dochází ke snížení pracovního výkonu a celkovému vyčerpání organismu (Pešek a kol., 2016, s. 16). Za syndromem vyhoření (burnout syndrome) se skrývá emoční vyčerpanost, oslabení kognitivních funkcí jako je například paměť, vyjadřování, schopnost usuzování, pozornost, ale také celková únava. To vše vede k poklesu sebedůvěry, nástupu depresivních stavů, poruch spánku, zdravotních problémů a rezignaci na život. V této fázi, se pak životní radostí může stát alkohol, drogy, gamblerství. Tímto syndromem trpí stále více lidí. Podle výsledků studie (VZP, 2021) se jedná o 34 % všech respondentů. Více ohroženy jsou ženy, mladší lidé a profese, které jsou spojené s velkou mírou odpovědnosti (38% respondentů). Pokud má jedinec nevybalancovaný svůj soukromý život společně s pracovním nasazením, má potřebu stále dokazovat, že odvádí tu nejkvalitnější práci, vykazuje známky perfekcionismu, patří mezi ty osobnosti, které mají zvýšenou probabilitu k syndromu vyhoření (Hekelová, 2018, s. 2-3). Dlouhodobá zátěž, která je nadlimitní, čas na regeneraci a obnovu sil nedostačující, chybějící podpora ze strany kolegů, ale i rodiny a přátel, nízká sebedůvěra, to vše velmi pomalu a nenápadně z fáze nadšení, která je definována motivací a chutí do práce, vede do fáze stagnace, ve které se ono původní nadšení a energie vytrácí. Ve fázi frustrace jedinec cítí pocity neschopnosti, beznaděje a postupně tak přichází fáze apatie, ve které si člověk uvědomuje své psychické i fyzické vyčerpání. To vše může mít dopad na pracovní, ale i rodinné a přátelské vztahy, jelikož může docházet k hádkám, nebo naopak izolování se od okolního světa. Dalším problémem se pak stává oslabení imunity a narušení zdraví (Hrabovská, 2024).

#### **4.3 Supervize jako prevence syndromu vyhoření**

Ve zdravotnictví není supervize nijak upravená zákonem ani žádnou vyhláškou. Supervize je proces zaměřený na reflektování své profesní role a všech aktivit, které jsou spojené s danou pracovní pozicí. Její největší využití je v pomáhajících profesích. Častou náplní supervizí jsou kazuistiky náročných případů, problémy s vedením týmů, kolegiálníta mezi zdravotníky. Supervizor nemá pravomoc vydávat nařízení ani provádět kontrolu. Zodpovědnost stále zůstává na zdravotníkovi. Úkolem supervizora není problém vyřešit, ale nabídnout pohled na celou situaci zvenčí. Nabídnout nejen podporu, inspiraci, společně hovořit o dalším možném postupu,

případných nápadech, vedoucích k řešení problémů, ale také porozumět danému problému, svým pocitům a nabídnout zpětnou vazbu. Velmi důležitým aspektem supervize je vytvoření důvěry supervizovaného a supervizora, a zajištění klidného bezpečného místa průběhu supervize, motivace pracovníků vůbec supervizi uskutečnit. Smyslem supervize, hlavním cílem je zajištění psychické pohody pracovníka, jeho odborného růstu, zlepšení poskytování kvalitní a bezpečné péče pacientům, prevence syndromu vyhoření, nabídka a řešení problémů (Venglářová, 2013, s. 11-15). Dle Klevetové (2017, s. 73) supervize poskytuje možnost rozpoznat míru vlastních dovedností, prohlubovat je, včas zachytit plíživé příznaky syndromu vyhoření a poskytnout tak podporu, motivaci.

#### **4.3.1 Formy supervize**

- individuální supervize, což je setkání supervizora pouze s jedním zaměstnancem
- skupinová supervize, kdy se pod vedením supervizora setkává více profesionálů
- týmová supervize, která se zaměřuje na konkrétní tým
- manažerská supervize, což je komunikace nadřízeného s podřízeným

#### **4.3.2 Týmová supervize**

Týmové supervize se účastní zaměstnanci, kteří vzájemně spolupracují, mezi kterými jsou vytvořeny pracovní, někdy i přátelské vztahy, ale zároveň také jistá hierarchie, za kterou se může považovat například délka praxe, dosažené vzdělání, nebo oblíbenost v týmu. V tomto případě je zapotřebí spolupráce celého týmu a vymezení cílů supervize. Ideální počet účastníků je 12–15, aby měl každý dostatečný prostor k vyjádření.

Účast nadřízených pracovníků je potřeba předem domluvit. Cílem této supervize je zlepšení vzájemné komunikace mezi členy týmu, a tím zlepšení efektivity poskytované péče. Supervizor musí vždy zůstat nestranný. Velkou výhodou tohoto typu supervize je vzájemné setkání členů týmu, při kterém mohou všichni členové daného týmu prezentovat své názory, postoje, ale také zkušenosti (Venglářová, 2013, s. 51–53).

##### **4.3.2.1 Manažerská supervize**

Na rozdíl od předchozích forem supervize, které nabízejí pohled zvenčí, se zde jedná o supervizi, kterou poskytuje vedoucí pracovník (manažer) podřízenému zaměstnanci. Jedná se tak o interní formu supervize, která se týká především komunikace mezi nadřízeným a podřízeným pracovníkem. Poskytuje mu tak nejen podporu a motivaci zvládat své pracovní povinnosti, ale zároveň také vytvořit příležitost pro osobní růst a rozšiřování kompetencí,

včetně posílení pocitu vlastní důležitosti v rámci týmu. Je zaměřena na péči o zaměstnance, zlepšení celkového klimatu v organizaci a zvýšení kvality poskytované péče. Cílem této supervize je, aby podřízený porozuměl svým povinnostem a rolím. Nadřízený pracovník, který supervizi poskytuje, tak předchází syndromu vyhoření, zároveň poskytuje pomoc v korekci chyb, hodnotí kvalitu a bezpečí poskytované péče, ale také naplňuje vize organizace a vylepšuje firemní kulturu (Venglářová, 2013, s. 57-59).

#### **4.4 Coping**

Jak říká Křivohlavý (2019, s. 45), každý jedinec má různou predispoziční schopnost přizpůsobovat se stálým změnám, zvládání úkolů, stresovým situacím. Působení negativních stresorů je možné zvládat zdravým způsobem života, udržováním optimálního zdraví, prevencí vzniku onemocnění, zdravou adaptací.

Coping je reakce na zátěžové situace. Znamená zvládání působení stresorů, vynaložením všech sil, potřebných ke zvládnutí zátěže, která je neadekvátní k adaptačním schopnostem jedince. Malcoping označuje nevhodné způsoby zvládání stresu, které mohou být zdraví škodlivé (alkohol, drogy). Mezi důležité aspekty při zvládání stresových situací patří péče o duševní zdraví, optimismus, využívání relaxační hudby, pohybových aktivit, umění relaxovat a další individuální techniky. Takzvané copingové strategie je možno využít u různých stresových situací, možnost variability strategií. Záleží na jedinci samotném, jaký typ strategie využije, v souvislosti s typem stresové situace. Tento výběr je také ovlivněn věkem, dosaženým vzděláním, odbornými znalostmi, délkou praxe ve zdravotnictví a praktickými zkušenostmi. Tyto strategie znamenají racionální, vědomý způsob přehodnocení stresových situací, vyrovnávání se se zdrojem úzkosti, snahou o eliminaci problému, všech negativních emocí a jejich zvládnutí. Postupem strategie, který je zaměřen na eliminaci daného problému, je zjistit důvod obavy, strachu, pokud možno co nejvíce pozitivně ovlivnit podněty vyvolávající a zhoršující stres. Do tohoto postupu lze zařadit hledání informací o stresu, jeho působení, možné eliminaci. Dále pak snahu o akci, což je aktivita, která je zaměřena na odstranění stresorů. Účelné vyhýbání se nepříjemným činnostem se nazývá inhibicí. Dalším postupem při řešení situací vyvolávajících stres je vlastní individuální dialog člověka, využití jeho chování jako je například sebekritičnost, schopnost kompromisu, empatie, vstřícnost otevřené komunikaci, hledání alternativ, takzvané intrapsychické procesy. V neposlední řadě mezi postupy strategií řešení stresových situací patří možnost obrátit se na druhé, podpora okolí. Mezi postupy, které jsou zaměřené na zvládání emocí, patří umění najít pozitivum aktuální situace, vhodné naplánování řešení problému s možností konfrontace, uklidnění situace

(obrana, defenziva), udržení si odstupů (sebeovládání), hledání sociální opory, změna svého životního stylu (pohyb, relaxace, meditace, úprava jídelníčku, spánek), vyzdvižení významu životních hodnot. Omezení příjmu návykových látek (alkohol, cigarety, káva), stejně tak jako uzavření se do sebe a izolování se od společenského života, patří mezi nezdravé copingové strategie (Seniorzone, 2019). Martínez et al. (2019, s. 11) ve své studii, která je zaměřena na hledání rozdílů v užívání různých strategií mezi ženami a muži, nachází rozdíl ve využívání sociální opory. Dle Martíneze sociální oporu častěji používají ženy, oproti mužům, kde převažuje „*meaning-focused*“ strategie, což znamená upravení významu dané situace v rámci vlastních hodnot a postojů. Haque, Aston a Kozlovski (2018, s. 166), kteří se také zabývali studií o využívání sociální opory na pracovišti, hovoří o využívání této opory jak u žen, tak i mužů. Dle získaných výsledků jim je tento typ strategie nápomocen nejen k překonání vniklých zátěžových situací, ale také významně ovlivňuje pracovní výkon a spokojenost na pracovišti. Fluharty a Fancourt (2021), se ve své studii zabývali využíváním různých typů copingových strategií v souvislosti s typem osobnosti. Dle těchto autorů typ osobnosti má vliv jak nepřímý, v podobě vyhodnocení závažnosti působícího stresoru, tak i přímý, který se projevuje chováním člověka při zvládnutí stresu, ať už v podobě zapojení se a hledání opory ve svém okolí u extrovertů, a naopak odpoutávání se u introvertních jedinců.

## 4.5 Autogenní trénink

Autogenní trénink je relaxační metodou nejčastěji používanou jako prevence stresu a k jeho zvládnutí. Pokud je prováděna pravidelně, velmi výrazně ovlivňuje příznaky nervozity, neklidu, napětí a obnovuje síly. Správně používaný trénink může také přispět k odstranění škodlivých návyků. Zakladatelem této metody je profesor Johann Heinrich Schultz, který na základě poznatků z jógy a hypnózy sestavil cvičení zaměřené na relaxaci (svalové uvolnění) a koncentraci (soustředění na určitou představu). Cílem této techniky je také možnost tlumení bolesti a zároveň sebepoznání. Využívána je především u jedinců s poruchou soustředění, nadměrným stresem, úzkostnými stavy, zvýšenou podrážděností, nebo při poruchách spánku.

Aby bylo možno dosáhnout pozitivních výsledků této metody, je žádoucí při jejím využívání dodržet stanovené požadavky. Mezi ně patří především zaujmutí vhodné polohy, nejlépe vsedě, vleže, dále pak zajištění klidného, tichého, ničím nerušeného prostředí, úplné uvolnění a zavření očí. Důležité je, aby tento trénink byl používán 5-10 minut, nejlépe dvakrát až třikrát

denně, po dobu 3 měsíců. Základem cvičení je nácvik pocitu tíhy a tepla v končetinách a bříše, pocitu chladu na čele, vnímání svého klidného dechu, srdeční akce (Kratochvíl, 2017, s. 181).

Jak říká Veronika Víchová (Víchová, 2024, s. 15) s autogenním tréninkem je dobré na počátku pracovat nejprve pod dobrým vedením, a až po zvládnutí všech technik převzít do svého vlastního každodenního užívání. Vždy je velmi žádoucí dodržet instrukce a daný postup, jelikož dle psycholožky Víchové, při využívání vlastní fantazie, bez znalostí o fungování našeho těla bychom si mohli tímto tréninkem ublížit.

## **4.6 Peer**

Peer podpora je určena zdravotnickým profesím, je dobrovolná, anonymní a zcela bezpečná. Jejím cílem je reagovat na stresové situace a pomoci jedinci navrátit se k běžnému fungování. Je zaměřena nejen na pochopení své reakce na extrémní zátěž, ale i na nalezení vlastního potenciálu ke zvládnutí stresu. Výhodou této intervence je snížení rizika jak syndromu vyhoření a profesního selhání, tak i vzniku různých typů závislostí. Výsledkem je nejen spokojený zaměstnanec, ale také pacient a poskytovatel zdravotní péče. Zásadou při poskytování intervenční opory je zachování mlčenlivosti a respektování etických i morálních principů. Peer je odborností zdravotnický pracovník, který je po absolvování kurzu a praktickém výcviku, způsobilý k poskytování psychické opory pro své kolegy, a zároveň je zařazen do SPIS, což je systém psychosociální intervenční služby v přímé působnosti Ministerstva zdravotnictví (Humpl, Kolářová, 2023, s. 102, 103).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Cílem diplomové práce je zjistit míru psychické a fyzické zátěže sester pracujících v agenturách domácí péče.

### 5.1 Výzkumné otázky

- Jaká je míra fyzické zátěže u sester pracujících v agenturách domácí péče?
- Jaká je spojitost mezi délkou praxe a fyzickou zátěží?
- Jaká je míra psychické zátěže u sester pracujících v agenturách domácí péče?
- Existuje spojitost mezi vzděláním a psychickou zátěží?

### 5.2 Pracovní hypotézy

- $H_0$ : Mezi mírou fyzické zátěže a věkem respondentů v agenturách domácí péče není statisticky významný vztah.
- $H_A$ : Mezi mírou fyzické zátěže a věkem respondentů v agenturách domácí péče existuje vztah.
- $H_0$ : Mezi mírou psychické zátěže a délkou praxe respondentů v agenturách domácí péče není statisticky významný vztah.
- $H_A$ : Mezi mírou psychické zátěže a délkou praxe respondentů v agenturách domácí péče existuje vztah.

### 5.3 Výzkumný design

Výzkumné šetření bylo realizováno formou kvantitativního sběru dat. Tento způsob byl zvolen s ohledem na potřebu objektivního měření fyzické a psychické zátěže všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče.

### 5.4 Popis vyhodnocení dotazníků

Pro sběr dat byly použity dva standardizované dotazníky a jeden dotazník vlastní tvorby.

Pro měření fyzické (pracovní) aktivity respondentů byla použita část (7 otázek) Baeckeho dotazníku (Baecke et al., 1982, Jeřábková, 2019). Tento standardizovaný dotazník byl vyvinut autory J. A. H. Baeckem, J. Buremem a J. E. R. Frijtersem v roce 1982 a je používán ve studiích zaměřených na fyzickou aktivitu a její vliv na zdraví.

K hodnocení subjektivně vnímané psychické zátěže respondentů byl použit Meisterův standardizovaný dotazník, který slouží ke zjištění míry psychické zátěže při práci. Dotazník byl vyvinut W. Meisterem v Zentralinstitut für Arbeitsmedizin v Berlíně (bývalé NDR). V českém prostředí je dostupný např. ve studijních materiálech Vysoké školy báňské – Technické univerzity Ostrava (VŠB-TUO, 2025).

Dotazník vlastní tvorby obsahoval celkem tři otázky k doplnění informací týkajících se věku respondentů, nejvyššího dosaženého vzdělání a délky praxe v agentuře domácí péče. Tento dotazník byl vytvořen na základě metodických doporučení Hendla (Hendl, 2016, s. 158), který zdůrazňuje důležitost jazykové srozumitelnosti a relevance otázek.

## **5.5 Etické aspekty výzkumu**

Výzkumné šetření bylo realizováno v souladu s etickými zásadami pro výzkum, jak stanovuje například Etický kodex České asociace sester (ČAS, 2017). Respondenti byli na začátku dotazníkového šetření seznámeni s průběhem šetření, jeho účelem, způsobem zpracování, vyhodnocování a uchovávání dat, zachováním anonymity a dobrovolnou účastí respondentů v daném výzkumu. Při sběru dat byla anonymita všech respondentů zajištěna vložením vyplněných dotazníků do neoznačených obálek a uzavřené schránky. Veškeré získané údaje byly zpracovány anonymně a použity výhradně pro účely diplomové práce. Data nebyla poskytována třetím stranám. Výzkumné šetření nebylo invazivní, nezasahovalo do osobních práv respondentek a nevystavovalo je žádnému riziku. Vzhledem k tomu, že sběr dat nezasahoval do zdraví ani léčby pacientů, nebylo třeba schvalování etickou komisí.

## **5.6 Validita a reliabilita**

Při návrhu výzkumného šetření byla věnována pozornost také zajištění validity a reliability použitých nástrojů.

Validita, tedy míra pravdivosti, vyjadřuje, do jaké míry použité nástroje skutečně měří zamýšlené proměnné – například míru fyzické a psychické zátěže všeobecných sester v agenturách domácí péče. Jak doporučuje Bryman (2016, s. 160–165), využití standardizovaných a odborně ověřených dotazníků přispívá k validitě výzkumu. V tomto výzkumném šetření byly použity dva mezinárodně uznávané standardizované dotazníky (Baeckeheho dotazník fyzické aktivity a Meisterův dotazník psychické zátěže). O jejich validitě a reliabilitě (spolehlivosti) hovoří například Creswell & Creswell (2018, s. 200–205). V českém výzkumném prostředí byly v minulosti také úspěšně využity (Hozová, Vrublová, 2023;

Jeřábková, 2019; Imramovská, Machová 2015), což podporuje jejich relevanci pro toto výzkumné šetření.

## **5.7 Pilotní průzkum**

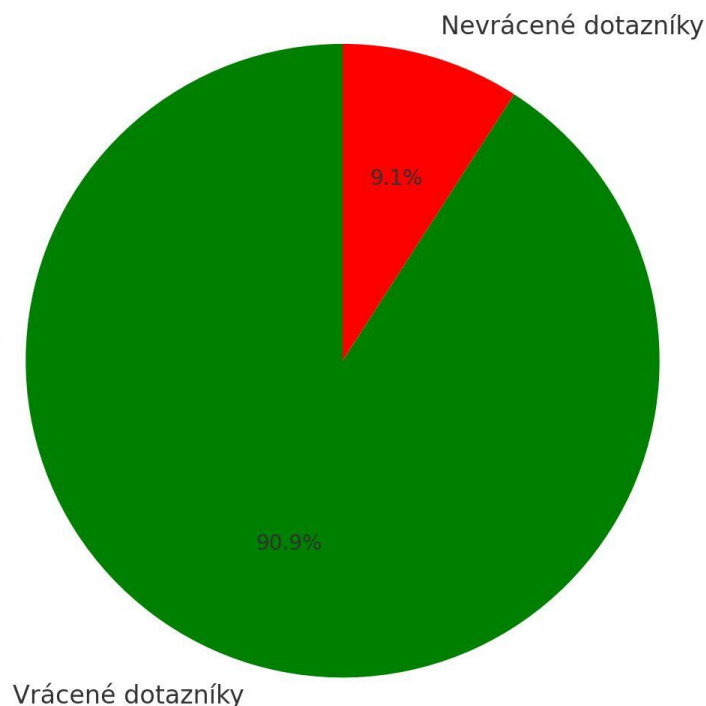
Před začátkem vlastního dotazníkového šetření bylo realizováno pilotní testování na malém vzorku respondentů ( $n = 4$ ) v agentuře domácí péče za účelem ověření srozumitelnosti dotazníkových otázek. Na základě zpětné vazby byly všechny otázky vyhodnoceny jako srozumitelné a nebyly vzneseny žádné připomínky, proto mohlo být dotazníkové šetření zahájeno.

## **5.8 Výběr vzorku respondentů**

Dotazníkové šetření bylo provedeno s písemným souhlasem vedoucích pracovníků pěti oslovených agentur domácí péče, pomocí „*Žádosti o provedení průzkumu v rámci závěrečné práce*“. Průzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry pracující v domácí péči. Byl použit účelový výběr, přičemž hlavními kritérii byly pracovní zařazení v oblasti domácí péče a ochotu zúčastnit se výzkumného šetření.

## **5.9 Proces sběru dat**

Sběr dat probíhal v období od listopadu 2024 do ledna 2025 prostřednictvím dotazníku, který byl distribuován všeobecným sestrám osobně. Spolupráce se všemi respondentkami byla velmi dobrá. Sestry projevily zájem o dané téma a byly ochotné věnovat svůj čas vyplnění dotazníku. Jejich pozitivní přístup se odrazil i ve vysoké návratnosti dotazníků a kvalitě získaných dat. Distribuováno bylo celkem 66 dotazníků, návratnost pak byla 60 dotazníků. Míra návratnosti činila 90,9 %, což lze považovat za velmi dobrou návratnost (obrázek 1, s. 37). Všechny dotazníky byly vyplněny podle pokynů a mohly tak být zařazeny do zpracování.



Obrázek 1 – Návratnost dotazníků

## 5.10 Zpracování dat

Odpovědi ze všech dotazníků byly analyzovány, statisticky zpracovány s komentáři a graficky znázorněny. Výpočty průměrů, mediánů, součtů a směrodatné odchylky, testování hypotéz i vytváření přehledných tabulek a grafů byly provedeny v programu Python. Základní úpravy dat probíhaly v programech Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel.

**Průměr (aritmetický):** udává střední hodnotu odpovědí napříč všemi respondentkami pro každou jednotlivou otázku. Pomáhá zjistit, jak všeobecné sestry z agentur domácí péče hodnotí fyzickou zátěž v jednotlivých aspektech práce.

**Medián:** reprezentuje prostřední hodnotu souboru a je užitečný v případě, že se mezi odpověďmi vyskytují extrémní hodnoty. Doplnuje informaci o průměru a poskytuje realističtější obraz o rozložení odpovědí.

**Součet:** udává celkový počet bodů, které byly dané otázce přiřazeny všemi respondentkami. Tento údaj je důležitý pro výpočet celkového skóre fyzické aktivity.

**Směrodatná odchylka:** vyjadřuje rozptyl hodnot kolem průměru. Vyšší hodnota značí větší variabilitu v hodnocení mezi jednotlivými respondentkami, zatímco nižší hodnota svědčí o více shodném pohledu.

**Testování hypotéz:** pro ověření statistické významnosti rozdílů mezi skupinami byl použit neparametrický Kruskal–Wallisův test, který je vhodný pro porovnání více než dvou

nezávislých skupin. Tento test je zobecněním neparametrického testu Manna a Whitneyho pro více než dvě srovnávané skupiny. Stejně jako v případě Manna a Whitneyho testu netestuje shodu konkrétních parametrů, ale výběrových distribučních funkcí srovnávaných vzorků s tím, že klíčovým předpokladem je nezávislost pozorovaných hodnot (Chrásková, 2016, s. 95). Statistická významnost byla posuzována na hladině  $\alpha = 0,05$ .

P hodnota (p-value) je nejmenší hladina významnosti, při které je ještě možné zamítnout nulovou hypotézu (Neubauer a kol., 2016, s. 196). Pokud je získaná p-hodnota menší než 0,05, je výsledek považován za statisticky významný, tedy s nízkou pravděpodobností, že byl získán náhodou.

## 6 INTERPRETACE DAT, VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ

### 6.1 Základní údaje o respondentech

Tabulka 1 – Věk respondentů

Věk	Četnost	Relativní četnost (%)
20-30 let	5	8,3
31-40 let	17	28,3
41-50 let	26	43,4
51-60 let	12	20
61 a více let	0	0
<b>CELKEM</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Výzkumný soubor tvořilo 60 žen – všeobecných sester. Nejpočetnější skupinu představovaly respondentky ve věkové kategorii 41-50 let (celkem 26). Ve věku 31-40 let bylo 17 respondentek, ve věku 51-60 let se nacházelo 12 sester. Do nejmladší věkové kategorie 20-30 let spadalo 5 respondentek. Do věkové kategorie 61 let a více nebyla zařazena žádná z účastnic výzkumného šetření (tabulka 1, s. 39).

Tabulka 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v oboru všeobecná sestra

Vzdělání	Četnost	Relativní četnost (%)
SZŠ	31	51,7
VOŠ – Dis.	6	10
VŠ – Bc.	19	31,7
VŠ – Mgr.	4	6,6
<b>CELKEM</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání (tabulka 2, s. 39), byla nejpočetněji zastoupena skupina sester se středoškolským vzděláním s maturitou (SZŠ), do níž spadalo celkem 31 respondentek. Vysokoškolské bakalářské vzdělání (Bc.) mělo 19 respondentek, vyšší odborné vzdělání s titulem diplomované specialistky (DiS.) uvedlo 6 sester. Nejmenší zastoupení měla skupina

respondentek s vysokoškolským magisterským vzděláním (Mgr.), do které spadaly pouze 4 všeobecné sestry.

**Tabulka 3** – Délka praxe respondentů v domácí péči

<b>Délka praxe</b>	<b>Četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>do 1 roku</b>	2	3,3
<b>1-5 let</b>	32	53,3
<b>6-10 let</b>	13	21,7
<b>11-15 let</b>	7	11,7
<b>16-20 let</b>	5	8,3
<b>21 a více let</b>	1	1,7
<b>CELKEM</b>	60	100

Z hlediska délky praxe v agentuře domácí péče (ADP) byla nejpočetněji zastoupená skupina všeobecných sester s délkou praxe 1–5 let, ve které se nacházelo celkem 32 respondentek. Druhou nejčastější skupinou byly sestry s délkou praxe v ADP 6–10 let (13 respondentek). Praxi 11–15 let uvedlo 7 sester, 16–20 let pak 5 respondentek. Délku praxe kratší, než jeden rok uvedly 2 respondentky. Praxi delší než 21 let uvedla pouze jedna respondentka (tabulka 3, s. 40).

## **6.2 Analýza dat Baeckeho dotazníku**

Pro potřeby této práce byla využita část Baeckeho dotazníku fyzické aktivity, která se zaměřuje na míru fyzické zátěže v zaměstnání. Hodnoceno bylo celkem sedm otázek (položky 2–8), přičemž každá z nich je posuzována jednotlivě (pomocí deskriptivní statistiky) na bodové škále 1-5, kde vyšší bodové ohodnocení vyjadřuje vyšší fyzickou aktivitu. V této části byly jednotlivé položky vyhodnoceny samostatně a zároveň byl spočítán i celkový index pracovní zátěže (Work Index), který představuje průměrné skóre ze všech hodnocených položek a slouží jako souhrnný ukazatel fyzické aktivity v pracovním prostředí.

Tabulka 4 (s. 41) uvádí frekvenční rozdělení všech odpovědí respondentek na otázky, které se týkají jejich fyzické aktivity a únavy v průběhu práce v domácí péči. Hodnoceno bylo sedění, stání, chůze, zvedání těžkých břemen, únava po práci a pocení při práci. Hodnoticí škála se

skládala z pěti stupňů a každý z nich měl daný počet bodů, kdy 1 značí nízkou fyzickou zátěž, zatímco 5 zátěž vysokou: nikdy - 1, zřídka - 2, někdy - 3, často - 4 a vždy - 5 bodů.

První otázka Baeckeho dotazníku se týkala povolání respondentek. Vzhledem k tomu, že všechny respondentky výzkumu byly všeobecné sestry, byly jednoznačně zařazeny do první skupiny. Z tohoto důvodu nebyla tato otázka zde dále prezentována a všem odpovědím byla přiřazena hodnota 1 bod (viz dotazník, příloha A, s. 85).

**Tabulka 4** - Vyhodnocení četnosti odpovědí na jednotlivé otázky Baeckeho dotazníku

	<b>Sedí</b>	<b>Stojí</b>	<b>Chodí</b>	<b>Zvedá těžká břemena</b>	<b>Unavená po práci</b>	<b>Potí se</b>
<b>Nikdy</b>	4	0	0	4	0	1
<b>Zřídka</b>	19	6	2	14	4	14
<b>Někdy</b>	28	10	7	30	27	30
<b>Často</b>	8	38	26	9	19	13
<b>Vždy</b>	1	6	25	3	10	2
<b>CELKEM</b>	60	60	60	60	60	60

Na druhou položku v Baeckeho dotazníku, zda sestry v práci sedí, nejvíce respondentek (28) odpovědělo, že „někdy“. 19 pak sedí „zřídka“. Výrazně méně odpovědí bylo uvedeno v kategorii „často“ - 8 respondentek, dále pak 4 sestry odpověděly „nikdy“ a pouze 1 „vždy“.

Třetí otázka se týkala toho, jak často v rámci pracovní doby sestry stojí. 38 respondentek uvedlo, že „často“, „někdy“ pak 10, a shodně 6 odpovědí bylo zaznamenáno u „zřídka“ a „vždy“. Možnost „nikdy“ nebyla zvolena žádnou z respondentek.

Čtvrtá položka v dotazníku se ptala na to, jak často v práci sestry chodí. Nejvíce respondentek (26) odpovědělo „často“ a 25 „vždy“. 2 sestry odpověděly, že „zřídka“, 7 pak „někdy“ a možnost „nikdy“ nebyla zvolena žádnou respondentkou.

V páté otázce byla zjišťována četnost zvedání těžkých břemen respondentkami během pracovní doby. Nejčastější odpovědí respondentek (30) bylo „někdy“, 14 pak „zřídka“, 9 sester odpovědělo „často“, 4 „nikdy“ 3 „vždy“.

Šestá položka byla o únavě po práci. Největší skupina (27 respondentek) uvedla, že je po práci unavená „někdy“, 19 odpovědí bylo zaznamenáno u možnosti „často“, 10 pak „vždy“ a 4 sestry odpověděly, že „zřídka“. Možnost „nikdy“ nebyla zvolena žádnou respondentkou.

Poslední sedmá otázka se týkala frekvence pocení při pracovní aktivitě, kdy 30 respondentek odpovědělo, že se potí „někdy“, 14 „zřídka“, 13 pak „často“, 2 „vždy“ a pouze 1 sestra odpověděla „nikdy“.

Na základě těchto odpovědí lze konstatovat, že práce všeobecných sester v agenturách domácí péče je fyzicky náročná a často spojena s únavou. V průběhu pracovní doby převažují pohybové aktivity, zejména chůze a stání, zatímco sedění je spíše okrajové. Fyzickou zátěž dále potvrzují údaje o četnosti zvedání těžkých břemen a pocení během výkonu práce.

### Výzkumná otázka č. 1: Jaká je míra fyzické zátěže u sester pracujících v agenturách domácí péče?

Tabulka 5 - Vyhodnocení statistických charakteristik otázek Baeckeho dotazníku

Otázka	Průměr	Medián	Bodový součet	Směrodatná odchylka
<b>Sedí</b>	3,28 (2,72)	3	197 (163)	0,85
<b>Stojí</b>	3,73	4	224	0,78
<b>Chodí</b>	4,23	4	254	0,79
<b>Zvedá těžká břemena</b>	2,88	3	173	0,92
<b>Unavená po práci</b>	3,58	3	215	0,85
<b>Potí se</b>	3,02	3	181	0,81

Tabulka 5 (s. 42) ukazuje míru fyzické zátěže respondentek. Položka s nejvyšším průměrem byla „Chodí“ (4,23), následovaná položkou „Stojí“ (3,73). Na třetím místě pak byla položka „Unavená po práci“ (3,58). Průměrná zjištěná hodnota 3,02 byla u kategorie „Potí se“ a hodnota 3,28 u položky „Sedí“. V rámci zpracování výsledků Baeckeho dotazníku byla položka „Sedí“ vyhodnocena tzv. reverzním skórováním. Tento přístup se používá u otázek, kde vyšší hodnota znamená nižší fyzickou zátěž, což by narušovalo jednotnost interpretace celkového skóre. Odpověď „vždy“ (5 bodů) znamená nízkou fyzickou aktivitu, odpověď „nikdy“ (1 bod) znamená vyšší fyzickou aktivitu. Aby bylo možné zahrnout tuto položku

do výpočtu celkového indexu pracovní aktivity tak, aby vyšší číslo vždy odpovídalo vyšší zátěži, bylo provedeno převrácení škály. Původní průměr byl 3,28, reverzně skórovaný pak 2,72. Reverzně skórovaný součet bodů byl 163 (původní 197). Směrodatná odchylka se při reverzním skórování nemění (rozptýl dat zůstal stejný, stejně tak medián). Nejvyšší průměrná hodnota byla zaznamenána u položky „Zvedá těžká břemena“ (2,88).

Medián měl u většiny položek (*Sedí, Zvedá těžká břemena, Unavená po práci, Potí se*) střední hodnotu 3. Položky *Chodí a Stojí* mají vyšší hodnotu (4). Naměřené hodnoty se pohybovaly převážně ve středním pásmu fyzické zátěže. Toto je v souladu s charakterem poskytované péče v domácím prostředí, kde všeobecné sestry vykonávají kombinaci pohybových a statických činností.

Směrodatné odchylky se pohybují v rozmezí 0,78 až 0,92, což značí poměrně vyrovnané odpovědi mezi respondentkami a svědčí o relativně homogenní úrovni fyzické námahy.

## Výzkumná otázka č. 2: Jaká je spojitost mezi délkou praxe a fyzickou zátěží?

Tabulka 6 – Průměrné hodnoty Baeckeho dotazníku podle délky praxe

Praxe	Četnost	Průměrná hodnota fyzické (pracovní) aktivity	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
do 1 roku	2	2,56	2,12	3,00	0,62
1–5 let	32	2,56	1,75	3,25	0,38
6–10 let	13	2,71	1,88	3,12	0,31
11–15 let	7	2,45	2,00	2,75	0,28
16–20 let	5	2,70	2,50	2,88	0,17
21 a více let	1	2,50	2,50	2,50	

Tabulka 6 (s. 43) uvádí hodnoty fyzické zátěže dle Baeckeho dotazníku podle délky praxe všeobecných sester v domácí péči.

Četnost: největší zastoupení v souboru měly všeobecné sestry s celkovou délkou praxe v domácí péči 1–5 let (32), dále pak následovaly sestry s praxí 6–10 let (13). Respondentek

s délkou praxe 11–15 let bylo celkem 7 a v kategorii 16–20 let pak celkem 5. Nejméně početné skupiny tvořily sestry s praxí do 1 roku (2) a pouze jedna respondentka uvedla praxi delší než 21 let.

Nejvyšší průměrná hodnota fyzické (pracovní) aktivity byla zjištěna u respondentek s délkou praxe 6–10 let (2,71) a 16–20 let (2,70), což může souviset s vyšší profesní jistotou a aktivním zapojením v péči. Naopak nejnižší průměrná hodnota byla zaznamenána u skupiny s praxí 11–15 let (2,45). U sester s nejkratší praxí (do 1 roku a 1–5 let) byla shodná průměrná hodnota pracovní aktivity (2,56). Skupina s nejdélší praxí nad 21 let vykázala průměrnou hodnotu 2,50.

Minimum a maximum: rozmezí hodnot ukázalo, že největší rozpětí odpovědí bylo v kategorii 1–5 let (1,75-3,25) a nejmenší v kategorii 16–20 let (2,5-2,88). Ve skupině praxe do jednoho roku bylo rozmezí 2,12-3,00. Délka praxe 6–10 let měla rozmezí 1,88-3,12 a u sester s délkou praxe 11-15 let pak rozmezí 2,00-2,75. V kategorii 21 a více byla pouze jedna respondentka (2,5).

Směrodatná odchylka: variabilita v hodnocení fyzické zátěže byla nejvyšší ve skupině sester s délkou praxe do jednoho roku (0,62), nejnižší ve skupině s praxí 16–20 let (0,17). Kategorie 1–5 let měla směrodatnou odchylku 0,38, kategorie 6–10 let pak 0,31. Skupina respondentek s celkovou délkou praxe 11-15 let vykazovala směrodatnou odchylku 0,28.

Na základě porovnání hodnot mezi jednotlivými kategoriemi dle délky praxe fyzická zátěž nevykazuje výrazné rozdíly.

### **6.2.1 Ověřování hypotéz č. 1**

Výzkumné hypotézy, které byly ověřovány, se zaměřovaly na vztah mezi mírou fyzické zátěže a věkem respondentů. Cílem bylo zjistit, zda existuje statisticky významná souvislost mezi těmito dvěma proměnnými. Pro testování byla stanovena nulová hypotéza ( $H_0$ ), která předpokládá, že mezi sledovanými proměnnými není žádný vztah, a alternativní hypotéza ( $H_A$ ), která naopak předpokládá existenci souvislosti.

### **6.2.2 Pracovní hypotézy**

**$H_0$ : Mezi mírou fyzické zátěže a věkem respondentů není statisticky významný vztah.**

**$H_A$ : Mezi mírou fyzické zátěže a věkem respondentů existuje vztah.**

Před testováním statisticky významného vztahu mezi věkem respondentek a mírou fyzické zátěže bylo ověřeno, zda data splňují předpoklady pro použití parametrických testů. Klíčovým

předpokladem je normalita rozdělení dat. Ta byla ověřena pomocí Kolmogorov–Smirnovova testu, který je určen k posouzení, zda výběrový soubor pochází z populace s normálním rozdělením. Na základě výsledků testu bylo zjištěno, že alespoň jedna z proměnných nesplňuje podmínku normality. Z tohoto důvodu byl zvolen neparametrický Kruskal–Wallisův test, který nevyžaduje normální rozdělení dat.

**Tabulka 7** - Průměrné hodnoty Baeckeho dotazníku podle věku

<b>Věk</b>	<b>Četnost</b>	<b>Průměrná hodnota fyzické (pracovní) aktivity</b>	<b>Medián</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Směrodatná odchylka</b>
<b>20–30 let</b>	5	2,58	2,62	2,12	3,00	0,44
<b>31–40 let</b>	17	2,54	2,62	1,75	3,25	0,38
<b>41–50 let</b>	26	2,62	2,62	1,88	3,12	0,37
<b>51–60 let</b>	12	2,60	2,62	2,12	2,88	0,19
<b>61 a více let</b>	0					

V tabulce 7 (s. 45) a obrázku 2 (s. 46), jsou uvedeny získané hodnoty fyzické aktivity z Baeckeho dotazníku podle věku respondentek. Věková skupina 61 a více let nebyla v souboru zastoupena, a proto u ní nelze hodnotu fyzické aktivity vyhodnotit.

Četnost: největší zastoupení v souboru měly všeobecné sestry ve věkové skupině 41–50 let (26 respondentek), následovaly sestry ve věkové kategorii 31–40 let (17). Ve věkové skupině 51–60 let bylo celkem 12 respondentek. Nejmenší zastoupení měla skupina 20–30 let, ve které odpovídalo 5 respondentek.

Průměrná hodnota fyzické aktivity: průměrná hodnota fyzické (pracovní) aktivity se v jednotlivých věkových skupinách pohybovala v rozmezí 2,54 až 2,62. Nejvyšší průměrná hodnota byla zaznamenána ve věkové skupině 41–50 let (2,62), následována skupinou 51–60 let (2,60). Věková skupina 20–30 let měla průměrnou hodnotu 2,58 a kategorie mezi 31–40 lety pak hodnotu 2,54. Tyto hodnoty naznačují relativně stabilní úroveň pracovní aktivity napříč věkovými skupinami, jelikož rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi jsou minimální.

Medián: medián fyzické aktivity měl ve všech věkových skupinách jednotnou hodnotu 2,62, což značí stabilitu středu rozložení napříč všemi kategoriemi.

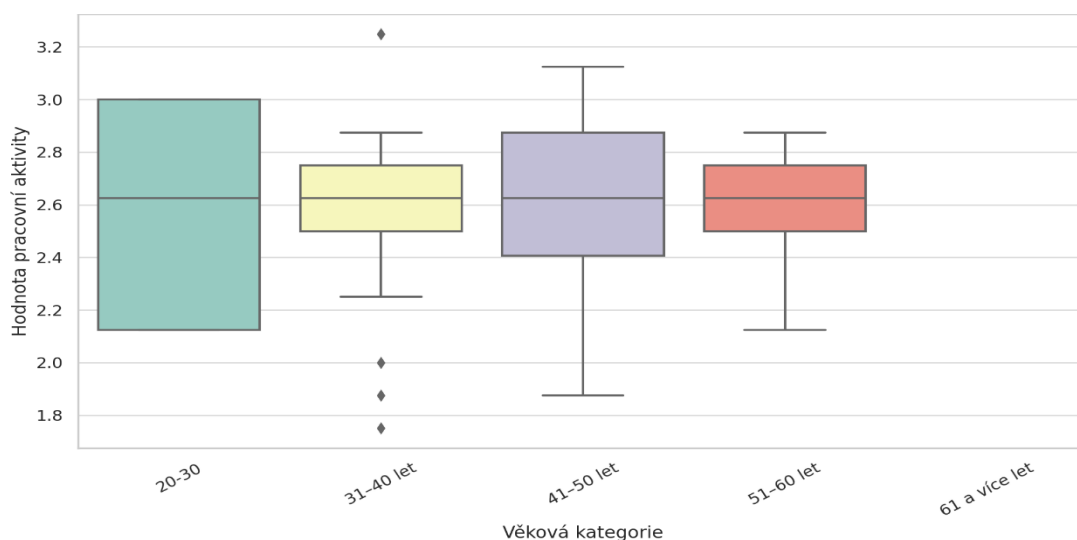
Minimum: nejnižší hodnota pracovní aktivity byla zaznamenána ve skupině 31–40 let (1,75), následovala skupina 41–50 let s minimem 1,88. Ve skupinách 20–30 let a 51–60 let bylo minimum stejné – 2,12.

Maximum: nejvyšší hodnota pracovní aktivity byla zaznamenána ve věkové skupině 31–40 let (3,25), ve skupině 41–50 let pak maximum činilo 3,12. Ve skupině 20–30 let bylo maximum 3,00, a ve skupině 51–60 let byla nejvyšší hodnota 2,88.

Směrodatná odchylka: nejvyšší rozptyl hodnot vykazovala skupina 20–30 let (směrodatná odchylka 0,44), následovala skupina 31–40 let (0,38) a skupina 41–50 let (0,37). Nejnižší rozptyl byl zaznamenán u skupiny 51–60 let, kde směrodatná odchylka činila pouze 0,19, což ukazuje na vysokou míru shody mezi odpověďmi.

Na základě Kruskal-Wallisova testu, který byl aplikován na získaná data s výslednými hodnotami  $H = 0,89$ ;  $p = 0,828$ , nebyl zjištěn statisticky významný vztah mezi věkem respondentů a mírou fyzické zátěže (měřenou hodnotou pracovní aktivity).

Hodnota  $p$  je vyšší než stanovená hladina významnosti (0,05), což znamená, že nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi jednotlivými skupinami. Věk nemá podle těchto dat významný vliv na míru pracovní aktivity, jak ji respondentky subjektivně vnímají. Na základě těchto výsledků nelze zamítnout nulovou hypotézu, a tedy nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v míře fyzické zátěže mezi věkovými kategoriemi



**Obrázek 2 - Krabicový graf s hodnotou pracovní aktivity podle věku**

### 6.3 Analýza dat Meisterova dotazníku

Meisterův standardizovaný dotazník zaměřený na psychickou zátěž pracovníků, obsahoval 10 otázek, které se vyhodnocovaly na škále 1–5 bodů (1 = ne, vůbec nesouhlasím, 2 = spíše nesouhlasím, 3 = nevím, někdy ano, někdy ne, 4 = spíše ano, 5 = ano, plně souhlasím). Tento způsob hodnocení umožňuje získat přehled o tom, jak jednotliví zaměstnanci vnímají pracovní stresory. Na základě analyzovaných výsledků lze navrhnout opatření ke zlepšení pracovních podmínek, zefektivnění pracovního procesu a snížení stresu na pracovišti.

**Tabulka 8** - Vyhodnocení četnosti odpovědí na jednotlivé otázky Meisterova dotazníku

	Časová tíseň	Malé uspokojení	Vysoká odpovědnost	Otupující práce	Konflikty a problémy	Monotonie	Nervozita	Přesycení	Únava	Dlouhodobá únava
<b>ano, plně souhlasím</b>	18	5	11	6	8	10	8	6	3	9
<b>spíše ano</b>	21	4	18	6	8	6	10	10	19	20
<b>nevím, někdy ano,</b>	17	9	16	8	8	1	15	15	23	14
<b>spíše nesouhlasím</b>	3	16	10	10	15	4	21	13	11	9
<b>ne, vůbec nesouhlasím</b>	1	26	5	30	21	39	6	16	4	8
<b>Celkem</b>	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabulka 8 (s. 47) vyhodnocuje četnost odpovědí respondentek na otázky Meisterova dotazníku.

Časová tíseň: plný souhlas s tvrzením o prožívání časového tlaku vyjádřilo 18 respondentek a dalších 21 spíše souhlasilo. Neutrální postoj, tedy vnímání časové tísně nevím, někdy ano, zaujalo 17 respondentek. Naopak jen malý počet dotázaných – tři respondentky spíše nesouhlasily a pouze 1 zcela nesouhlasila s tím, že by časovou tíseň v práci pociťovaly. Tyto výsledky potvrzují, že vnímání časového tlaku je mezi respondentkami poměrně rozšířené.

Malé uspokojení: celkem 26 respondentek zcela nesouhlasilo a 16 spíše nesouhlasilo s výrokem, že jejich práce přináší malé uspokojení. Neutrální postoj, tedy kolísavé vnímání

uspokojení z práce („někdy ano, někdy ne“), zaujalo 9 respondentek. Nižší míru uspokojení z práce připustila pouze menší část dotázaných – čtyři respondentky spíše souhlasily a pět plně souhlasilo s tvrzením o malém pracovním uspokojení. Tyto výsledky naznačují, že většina respondentek považuje svou práci za smysluplnou a naplňující.

Vysoká odpovědnost: z výsledků vyplývá, že vysoká míra odpovědnosti je pro mnoho respondentek významným pracovním faktorem. Plný souhlas s výrokem o vysoké odpovědnosti uvedlo 11 respondentek a dalších 18 spíše souhlasilo. Neutrální postoj, tedy vnímání odpovědnosti v práci pouze občas, zaujalo 16 respondentek. Opačný názor vyjádřilo 10 respondentek, které spíše nesouhlasily, a pět respondentek zcela nesouhlasilo s tím, že by nesly v práci vysokou odpovědnost. Celkově odpovědi respondentek potvrzují, že vysoká odpovědnost je součástí jejich pracovní reality, což může představovat významný zdroj psychického tlaku.

Otupující práce: na základě získaných dat lze konstatovat, že většina respondentek nevnímá svou práci jako otupující. Celkem 30 respondentek zcela nesouhlasilo a 10 spíše nesouhlasilo s tvrzením, že jejich práce je monotónní či nezajímavá. Neutrální postoj, tedy kolísavé vnímání tohoto pocitu, uvedlo 8 respondentek. Otupující charakter práce připustilo pouze menší množství dotázaných – 6 respondentek spíše souhlasilo a 6 zcela souhlasilo. Výsledky tak ukazují, že většina respondentek považuje svou pracovní činnost za zajímavou, pestrou a duševně stimulující.

Konflikty a problémy: celkem 21 respondentek zcela nesouhlasilo a 15 spíše nesouhlasilo s tvrzením, že v práci zažívají konflikty. Neutrální postoj, tedy občasný výskyt konfliktů, uvedlo 8 respondentek. Naopak pouze 8 respondentek spíše souhlasilo a 8 zcela souhlasilo s tím, že se s konflikty a problémy na pracovišti setkávají. Tyto výsledky naznačují, že pracovní prostředí většiny respondentek je vnímáno jako stabilní, bez výrazných konfliktů a problémů.

Monotonie: z výsledků vyplývá, že většina respondentek nevnímala svou práci jako monotónní. Celkem 39 respondentek zcela nesouhlasilo a 4 spíše nesouhlasily s tím, že by jejich práce byla jednotvárná. Neutrální postoj uvedla pouze 1 respondentka. Naopak 6 respondentek spíše souhlasilo a 10 zcela souhlasilo s tvrzením o monotónnosti práce. Naprostá většina dotázaných považuje svou práci za pestrou a různorodou, bez výrazného pocitu jednotvárnosti.

Nervozita: celkem 21 respondentek spíše nesouhlasilo a 6 zcela nesouhlasilo s tvrzením, že by v práci zažívaly nervozitu. Neutrální postoj, tedy kolísavý výskyt tohoto pocitu, uvedlo 15 respondentek. Naopak 10 respondentek spíše souhlasilo a 8 zcela souhlasilo s tím, že v práci

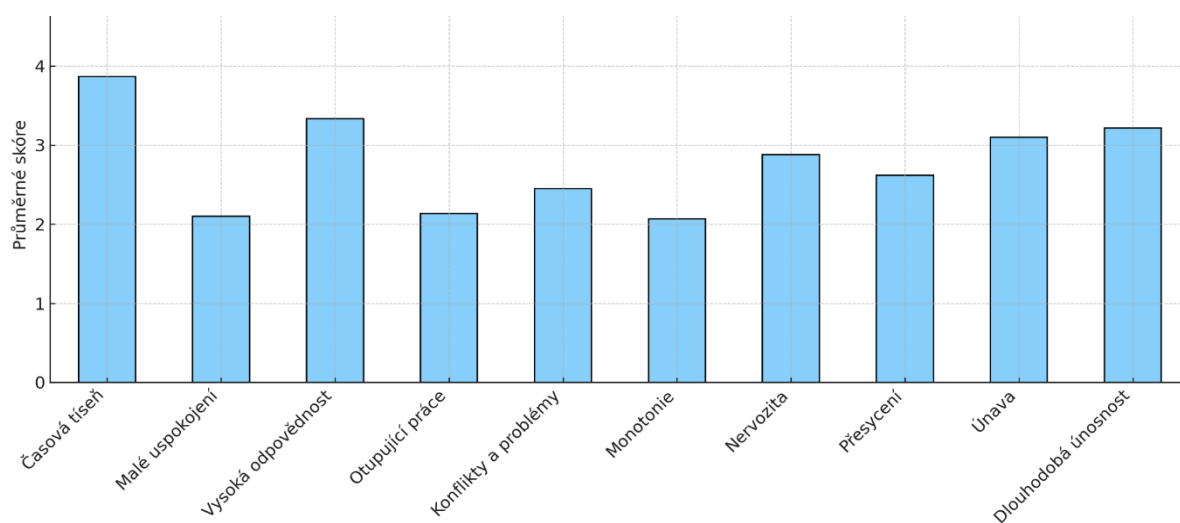
pociťují nervozitu. I když převažuje skupina, která nervozitu nevnímá jako výrazný problém, výsledky zároveň ukazují, že tento faktor není zanedbatelný.

Přesycení (přetížení): celkem 16 respondentek zcela nesouhlasilo a 13 spíše nesouhlasilo s tvrzením, že by byly v práci přetíženy. Neutrální postoj, tedy kolísavý pocit přetížení vyjádřilo 15 respondentek. Naopak 10 respondentek spíše souhlasilo a 6 zcela souhlasilo s tím, že se cítí prací přesyceny. Výsledky ukazují, že přetížení není u většiny dotázaných dominantním problémem.

Únava: celkem 3 respondentky zcela souhlasily a 19 spíše souhlasilo s tím, že se po pracovní době cítí unaveny. Neutrální postoj, tedy kolísavý pocit únavy, uvedlo 23 respondentek. Naopak 11 respondentek spíše nesouhlasilo a 4 zcela nesouhlasily s tím, že by po práci pociťovaly únavu. Tato zjištění naznačují, že pracovní činnost představuje pro značnou část respondentek fyzickou i psychickou zátěž.

Dlouhodobá únosnost: celkem 9 respondentek zcela souhlasilo a 20 spíše souhlasilo s tím, že jejich práce není dlouhodobě únosná. Neutrální postoj, tedy kolísavý pocit udržitelnosti pracovní zátěže, vyjádřilo 14 respondentek. Opačný názor zaujalo 9 respondentek, které spíše nesouhlasily, a 8 respondentek zcela nesouhlasily s tím, že je jejich práce dlouhodobě neudržitelná. Z výsledků vyplývá, že značná část respondentek vnímá svou práci jako dlouhodobě neudržitelnou.

Pro lepší přehlednost jsou údaje uvedené v tabulce 8 (s. 47) doplněny obrázkem 3 (s. 49), který názorně zobrazuje rozložení odpovědí jednotlivých položek Meisterova dotazníku.



**Obrázek 3** - Průměrné hodnocení jednotlivých kategorií

### Výzkumná otázka č. 3: Jaká je míra psychické zátěže u sester pracujících v agenturách domácí péče?

Vyhodnocením standardizovaného Meisterova dotazníku byly získány následující výsledky:

Výzkumu se zúčastnilo 60 respondentek – všeobecných sester, které pracují v agenturách domácí péče. Dotazník obsahoval 10 otázek zaměřených na identifikaci různých aspektů psychické zátěže v pracovním prostředí. Hodnocení bylo prováděno na pětibodové Likertově škále, přičemž hodnota 5 bodů znamenala nejvyšší souhlas s daným tvrzením, což rovněž naznačovalo vyšší míru psychické zátěže.

Vyhodnocení výsledků bylo provedeno podle metodiky Hladký, Židková (1999), která rozděluje jednotlivé otázky do tří hlavních faktorů (tabulka 9, s. 50).

**Tabulka 9** - Faktory Meisterova dotazníku

<b>Faktor</b>	<b>Název faktoru</b>	<b>Součet položek</b>	<b>Maximum</b>
<b>I.</b>	Přetížení	1 + 3 + 5	15
<b>II.</b>	Monotonie	2 + 4 + 6	15
<b>III.</b>	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	20
<b>HS</b>	Hrubý skór	I. + II. + III.	50

Faktor I – Přetížení: zahrnovaly otázky č. 1, 3 a 5 a zaměřovaly se na subjektivní pocity vyčerpání, přetížení a celkovou pracovní zátěž. Maximální skóre bylo 15 bodů. Vyšší skóre v této oblasti ukazovalo na výraznější pocit únavy a zahlcení pracovními povinnostmi, zatímco nižší hodnoty svědčilo o lepším zvládnání pracovních nároků.

Faktor II – Monotonie: byl tvořen otázkami č. 2, 4 a 6, které hodnotily míru vnímané jednotvárnosti a duševní otupělosti. Maximální skóre bylo 15 bodů. Vyšší hodnota indikovala, že respondentky vnímaly svou práci jako stereotypní a málo stimulační. Naopak nižší skóre značilo, že práce byla pro pracovníky různorodá a dostatečně podnětná.

Faktor III – Nespecifický faktor: zahrnoval otázky č. 7 až 10 a zachycoval obecné projevy stresu, jako je nervozita, podrážděnost, napětí nebo vnitřní neklid. Maximální skóre bylo 20

bodů. Vyšší hodnoty mohou být známkou skrytého stresu nebo duševní nepohody, i když respondentky nemusely přesně znát její původ.

Hrubé skóre (HS) – bylo tvořeno součtem všech tří faktorů vyhodnocených v rámci Meisnerova dotazníku. Celkové skóre mohlo dosáhnout maximálně 50 bodů. Na základě výsledného skóre bylo možné zařadit respondentky do tří kategorií podle míry vnímané psychické zátěže – nízká, střední a vysoká. Toto rozdělení umožňuje lépe porozumět intenzitě zátěže, kterou všeobecné sestry vnímají ve své profesi, a zároveň napomáhá identifikaci míry rizika negativního dopadu dlouhodobého stresu a pracovního přetížení na jejich zdraví.

Nízká míra psychické zátěže (0–16 bodů) znamená přijatelný stav, bez rizika a vyčerpání, respondentka vykazuje minimum stresových příznaků, pracovní nebo životní situace nemá významný negativní vliv na psychiku.

Střední míra psychické zátěže (17–33 bodů) poukazuje na zvýšené riziko vzniku psychické nepohody při dlouhodobém působení zátěžových faktorů. Respondentka již může pociťovat určité stresové příznaky, které však zatím nejsou patologického charakteru. Pokud tato zátěž přetrvává, může postupně vést k psychickému a fyzickému vyčerpání, případně k rozvoji syndromu vyhoření.

Vysoká míra psychické zátěže (34–50 bodů) značí výrazné pracovní přetížení, které představuje potenciální riziko pro zdraví respondentky. V této kategorii se již zpravidla objevují výrazné známky psychické i somatické zátěže, které mohou zahrnovat úzkosti, vyčerpání, poruchy spánku nebo jiné psychosomatické potíže. Tento stav by neměl být podceňován, protože může vést k rozvoji syndromu vyhoření nebo dalších závažnějších zdravotních komplikací. Je vhodné mu věnovat zvýšenou pozornost a v případě potřeby vyhledat odbornou pomoc.

Tato kategorizace umožňuje podrobněji analyzovat různé aspekty pracovního stresu a psychické zátěže respondentek v domácí péči.

**Tabulka 10** - Vyhodnocení Meisterova dotazníku podle faktorů

	<b>Faktor I</b>	<b>Faktor II</b>	<b>Faktor III</b>	<b>HS</b>
<b>Průměr</b>	9,65	6,3	11,82	27,77
<b>Medián</b>	10,00	5,00	12,00	27
<b>Směrodatná odchylka</b>	2,54	3,73	3,97	10,24
<b>Minimum</b>	3,00	3,00	4,00	10
<b>Maximum</b>	15,00	15,00	20,00	50

Výpočty v tabulce č. 10 (s. 52) byly provedeny součtem odpovědí na jednotlivé položky dotazníku podle faktorů přetížení, monotonie a nespecifické zátěže. Z výsledných hodnot byly stanoveny průměr, medián, minimum, maximum a směrodatná odchylka. Hrubý skór byl určen součtem všech faktorů.

Faktor I (Přetížení) měl průměr 9,65; medián 10,00; směrodatnou odchylku 2,54; minimum 3,00 a maximum 15,00. Ukazuje, že vnímané přetížení je relativně časté a rozložené kolem středních hodnot.

Faktor II (Monotonie) vykazuje průměr 6,30; medián 5,00; směrodatnou odchylku 3,73; minimum 3,00 a maximum 15,00. Tyto hodnoty ukazují, že monotonie je vnímaná méně než přetížení (což je pro práci s lidmi očekávané).

Faktor III (Nespecifický faktor) dosáhl průměru 11,82; mediánu 12,00; směrodatné odchylky 3,97, minimální hodnoty 4,00 a maximální 20,00. Naznačuje, že únava, nervozita a únosnost jsou hlavní problémové oblasti.

HS (Hrubý skór) měl průměr 27,77 a medián 27,00. Směrodatná odchylka byla 3,97, minimální hodnota 10,00 a maximální 50,00.

Mediánové hodnoty ukázaly, že většina respondentek vnímala psychickou zátěž podobně, přičemž rozptyl výsledků (směrodatná odchylka) je relativně malý, což svědčí o určité homogenitě vnímání pracovního zatížení napříč danou skupinou.

Na základě dosaženého hrubého skóre 27,77 bodu lze u zkoumaného souboru respondentek (všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče) usuzovat na střední úroveň psychické zátěže.

#### 4. Výzkumná otázka č. 4: Existuje spojitost mezi vzděláním a psychickou zátěží?

Tabulka 11 – Hodnoty průměrné psychické zátěže podle dosaženého vzdělání

Vzdělání	Četnost	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
SZŠ	31	2,60	2,30	1,20	4,90	0,89
VOŠ	6	2,98	2,95	2,00	3,90	0,77
VŠ – Bc.	19	2,89	2,90	1,60	4,40	0,89
VŠ – Mgr.	4	3,30	3,30	2,00	4,60	1,14

Tabulka 11 (s. 53) udává přehled získaných výsledků psychické zátěže měřené pomocí Meisterova dotazníku v jednotlivých vzdělanostních skupinách.

Četnost: nejvíce respondentek bylo ve skupině se středoškolským vzděláním s maturitou (SZŠ), kde odpovídalo 31 všeobecných sester. Skupinu s vysokoškolským bakalářským vzděláním (VŠ – Bc.) tvořilo 19 respondentek, skupinu s vyšším odborným vzděláním (VOŠ) 6 sester a nejmenší zastoupení měla skupina s vysokoškolským magisterským vzděláním (VŠ – Mgr.), kde odpověděly pouze 4 respondentky.

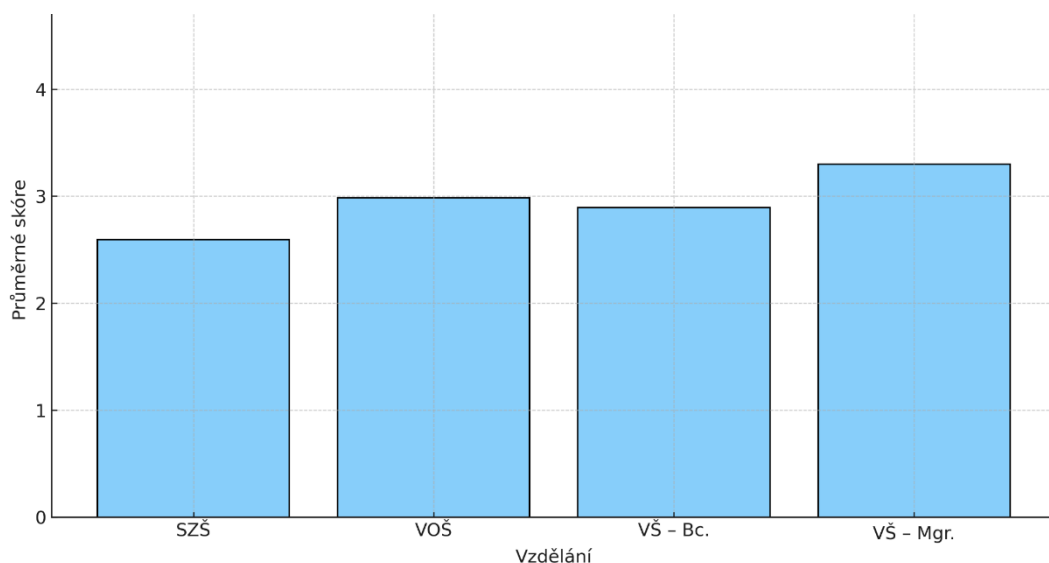
Průměr: nejnižší průměrná hodnota psychické zátěže byla zaznamenána u skupiny se středoškolským vzděláním s maturitou (SZŠ), a to 2,60. Respondentky s vyšším odborným vzděláním (VOŠ) vykazovaly průměr 2,98, skupina s vysokoškolským bakalářským vzděláním (VŠ – Bc.) dosáhla průměru 2,89 a nejvyšší průměr vykazovaly respondentky s magisterským vysokoškolským vzděláním (VŠ – Mgr.), u nichž hodnota činila 3,30. Tento výsledek naznačuje, že psychická zátěž subjektivně narůstá se zvyšujícím se stupněm dosaženého vzdělání.

Medián: mediánové hodnoty odpovědí byly u SZŠ 2,30, u VOŠ 2,95, u VŠ – Bc. 2,90 a u VŠ – Mgr. 3,30. Mediány přibližně kopírovaly průměrné hodnoty, což ukazuje na relativně rovnoměrné rozložení odpovědí v jednotlivých skupinách.

Minimum: nejnižší hodnota psychické zátěže byla zaznamenána u skupiny se středoškolským vzděláním s maturitou (SZŠ), která činila 1,20. Ve skupině s vyšším odborným vzděláním (VOŠ) a ve skupině s magisterským vysokoškolským vzděláním (VŠ – Mgr.) bylo minimum shodně 2,00. U skupiny s bakalářským vzděláním (VŠ – Bc.) činila nejnižší hodnota 1,60. Tyto výsledky ukazují, že nejnižší subjektivní zátěž byla zaznamenána u SZŠ, zatímco u VOŠ a VŠ – Mgr. se extrémně nízké hodnoty nevyskytly.

Maximum: nejvyšší zaznamenaná hodnota psychické zátěže byla u skupiny SZŠ, kde dosáhla 4,90. Ve skupině VOŠ činilo maximum 3,90, ve skupině VŠ – Bc. 4,40 a ve skupině VŠ – Mgr. 4,60. Tyto údaje ukazují, že nejvyšší úroveň zátěže byla naměřena opět u SZŠ, zatímco skupina VOŠ vykazovala nejnižší horní hranici.

Směrodatná odchylka: nejnižší směrodatná odchylka byla zaznamenána u skupiny s vyšším odborným vzděláním (VOŠ) a činila 0,77, což značí relativně vyrovnané odpovědi bez velkých odchylek. U skupiny se středoškolským vzděláním s maturitou (SZŠ) byla směrodatná odchylka 0,89, což naznačuje mírně vyšší variabilitu v hodnocení psychické zátěže. Ve skupině s bakalářským vzděláním (VŠ – Bc.) byla směrodatná odchylka rovněž 0,89, což ukazuje na podobnou úroveň rozptýlení odpovědí jako u SZŠ.



**Obrázek 4 - Průměrná psychická zátěž podle dotáženého vzdělání**

Nejvyšší směrodatnou odchylku vykazovala skupina s magisterským vzděláním (VŠ – Mgr.), kde dosáhla hodnoty 1,14, což naznačuje větší rozptyl v subjektivním vnímání psychické zátěže mezi respondentkami v této skupině. Z dostupných dat vyplývá, že respondentky s nižším vzděláním, konkrétně se středoškolským vzděláním s maturitou (SZŠ), vykázaly nejnižší průměrnou hodnotu psychické zátěže (2,60). Naopak respondentky s magisterským vysokoškolským vzděláním (VŠ – Mgr.) vykázaly nejvyšší průměrnou hodnotu (3,30)

Pro lepší přehlednost jsou uvedené hodnoty znázorněny graficky (obrázek 4, s. 54), který ilustruje průměrné hodnoty psychické zátěže podle dosaženého vzdělání.

### **6.3.1 Ověřování hypotéz č. 2**

Výzkumné hypotézy, které byly ověřeny, se zaměřovaly na vztah mezi mírou psychické zátěže a délkou praxe všeobecných sester v agenturách domácí péče. Cílem bylo zjistit, zda existuje statisticky významná souvislost mezi těmito dvěma proměnnými. Pro testování byla stanovena nulová hypotéza ( $H_0$ ), která předpokládá, že mezi sledovanými proměnnými není žádný vztah, a alternativní hypotéza ( $H_A$ ), která naopak předpokládá existenci souvislosti.

### **6.3.2 Pracovní hypotézy**

**$H_0$ : Mezi mírou psychické zátěže respondentů a délkou praxe v agenturách domácí péče není statisticky významný vztah.**

**$H_A$ : Mezi mírou psychické zátěže respondentů a délkou praxe v agenturách domácí péče existuje vztah.**

Před testováním statistické významnosti vztahu mezi délkou praxe a mírou psychické zátěže bylo ověřeno, zda jsou data vhodná pro použití parametrických testů. Zásadním předpokladem je normalita rozdělení závislé proměnné v jednotlivých skupinách délky praxe. Tato podmínka byla posouzena pomocí Kolmogorov–Smirnovova testu normality. Na základě výsledků testu bylo zjištěno, že rozdělení alespoň v jedné kategorii délky praxe neodpovídá normálnímu rozdělení. Proto byl pro ověření hypotézy zvolen neparametrický Kruskal–Wallisův test, který nevyžaduje splnění předpokladu normality dat.

**Tabulka 12** - Průměrné hodnoty Meisterova dotazníku podle délky praxe v domácí péči

<b>Délka praxe</b>	<b>Četnost</b>	<b>Průměr</b>	<b>Medián</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Směrodatná odchylna</b>
<b>do 1 roku</b>	2	2,95	2,95	1,70	4,20	1,77
<b>1–5 let</b>	32	2,74	2,45	1,20	4,60	0,93
<b>6–10 let</b>	13	2,53	2,50	1,70	3,60	0,58
<b>11–15 let</b>	7	2,77	2,50	1,20	4,90	1,23
<b>16–20 let</b>	5	3,38	3,50	2,90	4,10	0,50
<b>21 a více let</b>	1	3,70	3,70	3,70	3,70	

Tabulka 12 (s. 56) uvádí průměrné hodnoty délky praxe respondentek v domácí péči.

**Četnost:** největší počet respondentek je ve skupině s praxí mezi 1–5 lety, kde odpovědělo 32 všeobecných sester. Skupinu s praxí do 1 roku tvořily 2 respondentky, skupinu s praxí 6–10 let 13 respondentek. Skupinu s praxí 11–15 let 7 respondentek, skupinu s praxí 16–20 let 5 respondentek a nejmenší počet (1 respondentka) patřila skupině s praxí 21 a více let.

**Průměr:** nejnižší průměrná hodnota psychické zátěže byla zaznamenána u skupiny 6–10 let (2,53), což může naznačovat nižší vnímanou psychickou zátěž v této fázi profesní dráhy. Skupina 1–5 let měla průměr 2,74, skupina 11–15 let průměr 2,77 a skupina do 1 roku průměr 2,95. Vyšší průměr byl u skupiny 16–20 let (3,38) a nejvyšší průměr vykazovala skupina 21 a více let (3,70), kde ale odpovídala pouze jedna respondentka.

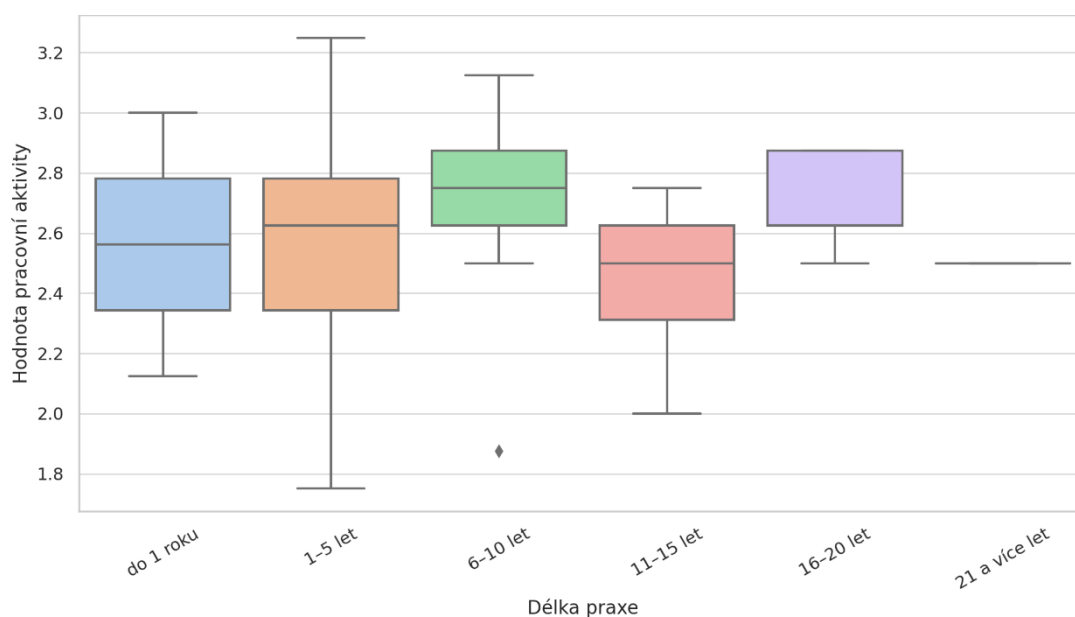
**Medián:** nejnižší medián byl zaznamenán u skupiny respondentek s praxí 1–5 let (2,45). Skupiny 6–10 let a 11–15 let měly shodně medián 2,50. U skupiny do 1 roku činil medián 2,95, u skupiny 16–20 let byl 3,50. U skupiny 21 a více let byl medián 3,70 (shodný s průměrem, protože šlo o jedinou odpověď).

**Minimum:** nejnižší hodnota psychické zátěže (1,20) byla zaznamenána ve skupinách respondentek s praxí 1–5 let a 11–15 let. Ve skupině 6–10 let bylo minimum 1,70, stejně jako u skupiny do 1 roku. U skupiny 16–20 let bylo minimum 2,90 a ve skupině 21 a více let byl jediný výsledek, a to s hodnotou 3,70.

Maximum: nejvyšší zaznamenaná hodnota psychické zátěže byla u skupiny všeobecných sester s praxí 11–15 let (4,90), což ukazuje na výskyt velmi vysoké subjektivní zátěže u některých respondentek v této skupině. Ve skupině 1–5 let bylo maximum 4,60, u skupiny do 1 roku 4,20. Skupina respondentek s praxí 6–10 let pak 3,60 a skupina 16–20 let 4,10. Ve skupině 21 a více let odpovídala pouze jedna respondentka (hodnota 3,70).

Směrodatná odchylka: nejvyšší směrodatná odchylka byla zjištěna u skupiny respondentek s praxí do 1 roku (1,77), což svědčí o velké variabilitě vnímání psychické zátěže u této malé skupiny (odpovídaly celkem dvě respondentky). U skupiny 11–15 let byla směrodatná odchylka 1,23, u skupiny 1–5 let 0,93. Skupina všeobecných sester s délkou praxe 6–10 let 0,58 a nejnižší směrodatnou odchylku měla skupina 16–20 let (0,50), což naznačuje velmi podobná hodnocení v rámci této skupiny. U skupiny 21 a více let nelze směrodatnou odchylku spočítat, protože zde byla pouze jedna respondentka.

Pro lepší vizualizaci rozdílů v míře psychické zátěže mezi skupinami respondentek s různou délkou praxe byl použit krabicový graf (obrázek 5, s. 57). Tento typ grafu je vhodný pro srovnání rozložení hodnot kvantitativní proměnné (v tomto případě skóre psychické zátěže) napříč několika kategoriemi (déłky praxe). Graf poskytuje přehled o mediánu, rozptýlení dat, odlehlých hodnotách a celkovém rozsahu v jednotlivých skupinách. Graf slouží jako doplňující nástroj k následné statistické analýze (Kruskal–Wallisův test), která ověřuje, zda jsou tyto rozdíly statisticky významné.



**Obrázek 5** - Krabicový graf s hodnotou pracovní aktivity podle délky praxe

Pro ověření, zda existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání psychické zátěže podle délky praxe všeobecných sester v agenturách domácí péče byl proveden Kruskal–Wallisův test.

- testovací statistika (H): 4,88
- $p < 0,05 \rightarrow$  rozdíl mezi skupinami je statisticky významný, zamítáme  $H_0$
- $p \geq 0,05 \rightarrow$  rozdíl není významný,  $H_0$  nezamítáme
- p-hodnota: 0,431

$p > 0,05 \rightarrow$  není statisticky významný rozdíl v psychické zátěži mezi skupinami respondentek s různou délkou praxe. Výzkumná hypotéza  $H_0$  (nulová) nebyla zamítnuta.

Na základě provedené analýzy (Kruskal–Wallisův test:  $H = 4,88$ ;  $p = 0,431$ ) nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi délkou praxe a mírou psychické zátěže všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče. Průměrné hodnoty psychické zátěže se ve většině sledovaných kategorií pohybovaly v rozmezí přibližně 2,5 až 3,4, což odpovídá střední úrovni zátěže. Lze tedy konstatovat, že délka praxe nemá podle těchto dat prokazatelný vliv na míru psychické zátěže u respondentek.

## 7 DISKUZE

Výzkumné šetření zaměřené na zjištění míry pracovní zátěže všeobecných sester v domácí péči bylo realizováno pomocí dvou standardizovaných dotazníků. Prvním z nich byl Baeckeho dotazník fyzické aktivity, který nebyl využit v plném rozsahu. Pro potřeby této práce byla vybrána pouze jeho část, konkrétně prvních sedm otázek zaměřených na pracovní fyzickou zátěž, což odpovídalo zaměření výzkumu na fyzickou stránku pracovní zátěže. Druhým nástrojem byl Meisterův dotazník, který slouží k hodnocení psychické pracovní zátěže. Kombinací těchto dvou nástrojů bylo možné postihnout jak fyzickou, tak psychickou dimenzi pracovní zátěže, které jsou v prostředí domácí péče vzájemně propojené a významně ovlivňují pracovní podmínky i subjektivní vnímání sester. Dále byl použit dotazník vlastní tvorby, zaměřený na základní demografické údaje – věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe, aby bylo možné výsledky výzkumného šetření interpretovat v kontextu těchto faktorů.

V následující části diskuze budou postupně rozebrány jednotlivé výzkumné otázky a stanovené hypotézy. Výsledky budou interpretovány ve vztahu k současnému vývoji v oblasti domácí péče.

### **Výzkumná otázka č. 1 Jaká je míra fyzické zátěže u sester pracujících v agenturách domácí péče?**

Fyzická zátěž byla hodnocena na základě odpovědí na jednotlivé položky Baeckeho standardizovaného dotazníku, které mapovaly konkrétní aspekty pracovních činností, jako je sedavá či pohybová aktivita, zvedání břemen, pocit únavy po práci nebo výskyt pocení během pracovní doby (tabulka 4, s 41).

Získané výsledky ukazují, že všeobecné sestry pracující v domácí péči tráví svůj pracovní den převážně ve stoje nebo chůzi (tabulka 5, s. 42). Toto potvrzují i vysoké průměrné hodnoty u těchto položek, 3,73 u položky „stání“ a 4,23 u položky „chůze“ (na škále 1–5, kde vyšší hodnota značí vyšší frekvenci dané činnosti). Pro srovnání Jeřábková (2019) ve své diplomové práci hodnotící fyzickou zátěž u 78 perioperačních sester, uvádí průměrnou hodnotu 3,99 pro položku „stání“ a 4,06 pro položku „chůze“. Z toho vyplývá, že fyzická aktivita sester v domácí péči, zejména co se týče chůze, je ještě výraznější než u sester pracujících v operačních provozech. Hodnota mediánu 4 u obou těchto položek naznačuje, že většina respondentek tuto zátěž vnímá jako pravidelnou či velmi častou. To je logické vzhledem k povaze domácí péče, která vyžaduje časté přesuny mezi vlastním sociálním prostředím

pacientů i pohyb v jejich domácím prostředí. Chůze je navíc často provázena manipulací s pomůckami a nutností pracovat v různých prostorových podmínkách, které nejsou vždy ergonomicky ideální. Podle Výzkumného ústavu bezpečnosti práce (VÚBP, 2022) zvyšuje riziko fyzické zátěže a pracovních úrazů.

Nižší hodnota u položky „sedí“ (průměr 3,28 a po reverzním skórování 2,72) naznačuje, že sestry během pracovního dne mají omezené možnosti sedět a odpočívat. Sedavá činnost je ve zdravotnictví obecně méně běžná.

Poměrně nízké skóre bylo zjištěno u položky „zvedá těžká břemena“ (průměr 2,88, medián 3), což může svědčit o tom, že fyzická zátěž spojená s manipulací s břemeny není ve všech případech dominantní součástí pracovního dne. To však nemusí znamenat, že sestry nejsou vystaveny zátěži obecně. Toto zjištění může spíše vypovídat o typu pacientů, kteří nejsou plně imobilní, případně o tom, že některé výkony nevyžadují výraznější fyzické úsilí tohoto typu. Přesto je nutné upozornit, že i manipulace s menšími břemeny, pokud je opakovaná, může vést k přetížení pohybového aparátu, zejména v nepříznivých pracovních podmínkách. Podle Výzkumného ústavu bezpečnosti práce (2022) patří k hlavním příčinám přetěžování páteře a vzniku bolestí pohybového aparátu zejména manipulace s pacienty a časté přenášení různých předmětů. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby byly všeobecné sestry důkladně seznámeny se zásadami správné ergonomie při zvedání a přenášení břemen, se správným držením těla a využíváním dostupných kompenzačních pomůcek, jako jsou polohovací lůžka, zdvihací zařízení či různé typy transportních pomůcek, které mohou výrazně snížit fyzickou zátěž.

Položka „je po práci unavená“ dosáhla průměrné hodnoty 3,58, což představuje poměrně vysoké skóre a naznačuje, že práce v domácí péči je vnímána jako fyzicky velmi náročná. Tento výsledek je významný nejen z hlediska objektivní fyzické zátěže, ale také z pohledu subjektivního prožívání únavy pracovníky v terénu. Srovnatelný údaj uvádí také Jeřábková (2019) ve své diplomové práci, kde průměrná hodnota odpovědí na otázku „po práci jste unavená“ činila 3,71. Únava po pracovní směně představuje klíčový indikátor dlouhodobého přetížení, které může vést k syndromu vyhoření, zhoršení zdravotního stavu a celkovému snížení kvality života pracovníků ve zdravotnictví. Tuto souvislost potvrzuje také systematický přehled Khatatbeh a kol. (2022), který analyzoval 21 studií publikovaných v letech 2009–2021 a zahrnoval celkem 9 859 sester z různých zemí, včetně Číny, Turecka, Íránu, Řecka a Pákistánu. Výsledky přehledu ukázaly, že vyšší míra syndromu vyhoření je spojena s nižší

kvalitou života, což zdůrazňuje důležitost preventivních opatření zaměřených na snížení pracovního přetížení a ochranu duševního zdraví zdravotnického personálu.

Rovněž průměrná hodnota u položky „potí se“ (3,02) může být chápána jako nepřímý ukazatel fyzické námahy. Pocení může souviset nejen s fyzickou aktivitou, ale i s psychickou zátěží, stresem nebo pracovním prostředím, které často není klimatizované ani dobře větráno. Tyto faktory negativně ovlivňují termoregulaci organismu. Podle Babapour et al. (2022) vede zvýšený pracovní stres k aktivaci sympatického nervového systému, který může vyvolávat tzv. emocionální pocení nezávislé na fyzické námaze.

Mediány u většiny otázek dosahují hodnoty 3 nebo 4, což ukazuje, že většina všeobecných sester hodnotila frekvenci těchto činností jako střední až častou. Nízké směrodatné odchylky (v rozmezí 0,78–0,92) navíc potvrzují, že odpovědi byly relativně homogenní, bez výrazných výkyvů. Němečková (2016) se ve své diplomové práci zabývala problematikou psychické a fyzické zátěže všeobecných sester ve Fakultní nemocnici Ostrava. Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 400 respondentů. Ačkoli jde opětovně o jiné prostředí a její metodologie i pracovní podmínky jsou odlišné, určité paralely s domácí péčí lze nalézt. V uvedené studii byla průměrná hodnota celkové fyzické zátěže u sester na standardních odděleních 2,90 a na odděleních intenzivní péče 2,85. Oproti tomu u sester pracujících v domácí péči dosahovala tato hodnota 3,36, což svědčí o vyšší fyzické zátěži právě v tomto typu péče.

Fyzická náročnost práce sester v domácí péči je ovlivněna častým přesunem mezi pacienty, nedostatkem technického a personálního zázemí a omezenými kompenzačními pomůckami. Na rozdíl od nemocničního prostředí zde sestry postrádají bezprostřední podporu kolegů, což zvyšuje jejich fyzickou i psychickou zátěž. O tomto hovoří i studie Kaihlanen et al. (2023) zabývající se hlavními faktory, které ovlivňují pracovní stres sester v domácí péči. Výzkum proběhl v 17 organizacích domácí péče umístěných v pěti různých regionech po celém Finsku a zúčastnilo se ho 386 zaměstnanců. Autoři uvádějí, že mezi nejvýznamnější stresory patří vysoké pracovní vytížení, konflikty rolí, časový tlak a nepředvídatelnost pracovního dne, které mohou negativně ovlivnit kvalitu poskytované péče. Studie dále zdůrazňuje význam autonomie v plánování práce a kontinuitu péče jako klíčové zdroje, které mohou zmírnit nároky spojené s touto náročnou prací a zároveň pozitivně ovlivnit spokojenost se zaměstnáním. Důležitou součástí závěrů studie je také upozornění na nedostatek personálu, který často vede ke kompromisům v kvalitě péče, a proto autoři volají po naléhavých opatřeních zaměřených na zlepšení pracovních podmínek a udržení sester v domácí péči.

## **Výzkumná otázka č. 2: Jaká je spojitost mezi délkou praxe a fyzickou zátěží?**

Druhá výzkumná otázka se zabývala souvislostí mezi délkou praxe a mírou fyzické (pracovní) zátěže u všeobecných sester působících v domácí péči (tabulka 6, s. 43). Výsledky šetření naznačují, že mezi těmito dvěma proměnnými nebyla zjištěna jednoznačná souvislost. Výsledky je však nutné interpretovat s opatrností, vzhledem k nerovnoměrnému zastoupení respondentek v jednotlivých kategoriích – například kategorie „21 a více let“ byla zastoupena pouze jednou respondentkou, což neumožňuje zobecnění (tabulka 3, s. 40).

Z hlediska průměrných hodnot fyzické aktivity se výsledky v jednotlivých kategoriích délky praxe pohybovaly v poměrně úzkém rozmezí. Nejnižší průměr byl zaznamenán u všeobecných sester s praxí 11–15 let (2,45) a nejvyšší u skupiny s praxí 6–10 let (2,71). Ostatní kategorie se pohybovaly v rozmezí hodnot 2,50–2,70, což naznačuje relativně konzistentní vnímání fyzické zátěže bez výrazných rozdílů podle délky praxe. Dotazníkové šetření ukázalo, že fyzická náročnost práce v domácí péči je konstantní a její intenzita nezávisí přímo na délce praxe, ale může být ovlivněna řadou dalších faktorů, jako je například přidělený okruh pacientů, pracovní tempo nebo individuální přístup k péči. Na význam individuálního přístupu v domácí péči upozorňuje také článek Charity Most (2024), podle něhož právě tato forma péče umožňuje sestřám věnovat pacientům více času než ve zdravotnických zařízeních. V nemocnici bývá personál často zatížen větším počtem pacientů, což omezuje možnost individuálního kontaktu. Oproti tomu domácí péče poskytuje prostor pro naslouchání, poznání konkrétních potřeb pacienta a přizpůsobení péče jeho aktuálnímu stavu i přáním. Skupina s nejvyšší fyzickou aktivitou (6–10 let praxe) může reflektovat období nejvyšší pracovní vytíženosti a profesní zralosti, zatímco nižší hodnota u sester s délkou praxe 11–15 let, může souviset s delegováním náročnějších úkonů nebo efektivnějším rozvržením práce. Srovnatelný výsledek uvádí také Jeřábková (2019) ve své diplomové práci zaměřené na perioperační sestry. V jejím šetření se ukázalo, že vnímaná fyzická únava zůstává v průběhu profesního života relativně stabilní a nevykazuje výrazné výkyvy v závislosti na délce praxe. Podobné závěry ve své práci uvádí také Němečková (2016), která zjistila, že nejvyšší průměrná hodnota fyzické zátěže byla u sester s délkou praxe do 10 let (2,93), zatímco nejnižší průměrná hodnota byla zaznamenána u sester s délkou praxe 20 a více let (2,80). Výsledky tak rovněž ukazují, že mezi jednotlivými skupinami nedochází k výrazným výkyvům. Toto naznačuje, že faktory ovlivňující fyzickou zátěž souvisejí spíše s konkrétním pracovním prostředím, typem vykonávané činnosti nebo osobními strategiemi zvládnutí zátěže než s délkou praxe jako takovou. Tento závěr podporuje i Benešová (2021), která ve své diplomové práci zaměřené

na pracovní zátěž sester na JIP, do níž bylo zařazeno 140 respondentů, uvádí, že délka praxe není jednoznačným prediktorem intenzity vnímané zátěže, protože rozhodující vliv mají především charakteristiky pracovního prostředí a individuální copingové strategie.

Zajímavým ukazatelem ve vztahu k délce praxe je také směrodatná odchylka, která vyjadřuje míru rozptýlení odpovědí od průměrné hodnoty. Nižší směrodatná odchylka poukazuje na větší konzistenci odpovědí, tedy na to, že respondentky hodnotily daný jev podobně, zatímco vyšší odchylka značí větší variabilitu v odpovědích. Ve skupině respondentek s nejkratší praxí (do 1 roku) byla zaznamenána nejvyšší směrodatná odchylka (0,62), což svědčí o větší různorodosti vnímání fyzické zátěže mezi těmito sestrami. Naopak nejnižší hodnota byla zaznamenána u skupiny s 16–20 lety praxe (0,17), což ukazuje na výrazně jednotnější vnímání této zátěže. Ostatní skupiny se pohybovaly mezi těmito dvěma krajními hodnotami. Skupina s 1–5 lety praxe vykazovala směrodatnou odchylku 0,38, skupina s 6–10 lety 0,31, a skupina s 11–15 lety 0,28. U skupiny respondentek s délkou praxe 21 a více let nebyla směrodatná odchylka vypočtena, protože tuto kategorii zastupovala pouze jedna osoba. Z těchto výsledků je patrné, že s rostoucí délkou praxe dochází ke snižování směrodatné odchylky, tedy ke zmenšování rozptylu odpovědí. To může naznačovat, že zkušenější sestry mají více homogenní, sjednocenější pohled na fyzickou zátěž, pravděpodobně v důsledku dlouhodobé adaptace na pracovní podmínky a stabilnějšího profesního sebevědomí. Naopak méně zkušené sestry vykazují vyšší variabilitu ve vnímání fyzické zátěže, což může být ovlivněno faktory, jako je individuální fyzická kondice, typ poskytované péče, pracovní prostředí nebo dosavadní praktické zkušenosti.

Na rozdíl od nemocničního prostředí, kde mají sestry zpravidla k dispozici týmovou podporu a lepší technické zázemí, pracují sestry v domácí péči samostatně a často v podmínkách, které nelze plně ovlivnit či předvídat. Tato specifika domácí péče mohou přispívat k dlouhodobému fyzickému přetížení, a to bez ohledu na délku odborné praxe. Podobné závěry uvádí i Imramovská (2015) ve svém článku „Psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči“, publikovaném v odborném časopise Florence. Autorka zde zdůrazňuje náročnost samostatné práce v domácím prostředí, absenci týmové podpory a nepředvídatelnost situací v terénu. Tyto faktory podle ní významně přispívají k fyzické zátěži sester, nezávisle na délce jejich profesní zkušenosti.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jaká je míra psychické zátěže u sester pracujících v agenturách domácí péče?**

V následující části jsou analyzovány výsledky dotazníkového šetření zaměřeného na míru psychické zátěže u všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče (tabulka 8, s. 47).

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že psychická zátěž je u všeobecných sester působících v domácí péči přítomná v několika významných oblastech. Za nejčastěji uváděný stresor byla označena časová tíseň, se kterou souhlasilo celkem 39 respondentek (18 „ano, plně souhlasím“, 21 „spíše ano“). Tento výsledek poukazuje na výrazné časové nároky, které jsou na všeobecné sestry kladeny při poskytování péče v terénu, a může souviset s nutností zvládat více pacientů v omezeném časovém rámci, často bez možnosti okamžité konzultace či podpory.

Významným faktorem psychické zátěže je také vysoká míra odpovědnosti, se kterou souhlasilo 29 respondentek. Tento výsledek odpovídá charakteru práce v domácím prostředí, kde sestra jedná ve větší míře samostatně a čelí zodpovědnosti za rozhodování v situacích, které mohou být zdravotně, eticky či organizačně náročné. Práce v domácí péči vyžaduje vysokou míru profesní autonomie, schopnost rychlé orientace v měnících se podmínkách a samostatné zvládnutí i nečekaných situací. Jak uvádí Hánová (2025), všeobecná sestra působící v oblasti domácí péče by měla mít předchozí pracovní zkušenost ze zdravotnického zařízení nemocničního typu. Kromě odborných znalostí a praktických dovedností je podle autorky nezbytná také schopnost efektivní komunikace s pacienty i jejich blízkými, neboť mezilidské vztahy představují nedílnou součást péče poskytované v domácím prostředí.

Výsledky vlastního šetření ukazují, že psychická zátěž sester v terénní péči se výrazně projevuje zejména dlouhodobou únavou, kterou uvedlo 22 respondentek, a vnímáním omezené dlouhodobé únosnosti práce (29 souhlasících). Tyto ukazatele naznačují, že práce v domácí péči je vnímána jako náročná nejen v aktuálním kontextu, ale také z hlediska její udržitelnosti v čase. Významné jsou rovněž projevy jako nervozita (18 respondentek), pocit přesycení prací (16) a zkušenost s konflikty nebo problémy, které jako stresující označilo 16 respondentek (z toho 8 „plně souhlasím“ a 8 „spíše ano“). Tyto faktory lze chápat jako důsledek složitého zvládnutí každodenních požadavků péče, a to nejen z hlediska nároků kladených pacienty a jejich rodinami, ale také z pohledu organizačních a komunikačních obtíží. Význam těchto aspektů potvrzuje i kvalitativní studie švédských autorek Bruce, Pusa a Sundin (2024), která byla realizována mezi 14 registrovanými sestrami pracujícími v městské domácí péči ve Švédsku. Studie upozorňuje na obtížnost navazování důvěry s rodinami pacientů, rozdílnou

míru jejich ochoty ke spolupráci a nutnost individuálně přizpůsobené komunikace. Autoři zároveň konstatují, že problematická nebo nedostatečná komunikace se může negativně odrazit nejen na kvalitě poskytované péče, ale i na míře psychického zatížení sester. Výzkum ukázal, že komunikace s rodinnými příslušníky pacientů představuje jednu z největších výzev v každodenní praxi.

Za zmínku stojí také oblast tzv. otupující práce, s níž souhlasilo 12 respondentek. Tento výsledek může signalizovat, že určité aspekty výkonu povolání jsou vnímány jako psychicky vyčerpávající nebo stereotypní, ačkoli tento faktor se celkově v odpovědích neprojevil výrazně. Oblasti jako monotonie a malé uspokojení z práce byly respondenty označeny za méně zatěžující. S výrokem „práce je monotónní“ souhlasilo 16 respondentek a s výrokem „má práce mi přináší malé uspokojení“ pouze 9. Tento výsledek může naznačovat, že navzdory zvýšené psychické zátěži vnímají všeobecné sestry svou práci jako smysluplnou, rozmanitou a profesně naplňující.

Z výsledků výzkumného šetření tedy vyplývá, že míra psychické zátěže v domácí péči je vysoká, a to zejména ve spojitosti s časovým tlakem, odpovědností, dlouhodobou únosností a kumulovanou únavou. Tyto faktory mohou v dlouhodobém horizontu přispívat ke snížení pracovní spokojenosti a zvýšenému riziku syndromu vyhoření, pokud nejsou adekvátně řešeny. Jak uvádí Vévoda (2016), dlouhodobý stres a nedostatek prostoru pro regeneraci sil představují závažné rizikové faktory, které mohou vést ke ztrátě motivace, psychickému vyčerpání a v krajním případě k rozvoji syndromu vyhoření. Podobné závěry prezentuje i Veverková (2022), která se ve své diplomové práci věnovala tématu *Determinanty ovlivňující psychickou a fyzickou zátěž všeobecných sester na ortopedické klinice*. Ve výzkumném souboru čítajícím 104 respondentek identifikovala časovou tíseň a vysokou míru odpovědnosti jako nejčastěji uváděné stresory. Tyto faktory se v jejím výzkumu rovněž umísťovaly na předních příčkách, což potvrzuje jejich význam napříč různými typy zdravotní péče.

U projevu únavy byly však výsledky mírně odlišné. Zatímco sestry v mém výzkumu označovaly únavu po práci jako výrazný příznak dlouhodobé zátěže, ve výzkumu Veverkové sestry častěji uváděly proměnlivost tohoto symptomu („někdy ano, někdy ne“) nebo s ním nesouhlasily. V oblasti dlouhodobé únosnosti a výskytu nervozity se výsledky částečně shodují. Část respondentek v obou výzkumech připouští, že psychická náročnost práce je dlouhodobě obtížná a potenciálně vyčerpávající. Rozdíl byl patrný zejména v hodnocení výskytu nervozity, který byl výraznější u respondentek v mém výzkumu. Faktory jako otupující práce, konfliktní

situace, monotonie a nízké pracovní uspokojení byly v obou výzkumech hodnoceny spíše jako méně závažné, což může svědčit o určité míře profesní spokojenosti, a to i navzdory vysoké zátěži. Shodné závěry prezentuje i Hrdličková (2018), která se ve své práci věnovala psychické zátěži všeobecných sester na dětských odděleních. Ve výzkumném souboru zahrnujícím 130 respondentek se časová tíseň a vysoká odpovědnost rovněž řadily mezi hlavní stresory, což koresponduje s výsledky mého šetření v oblasti domácí péče. V oblasti únavy se však opět projeví rozdíly. Hrdličková uvádí nižší míru jejího vnímání, což může být ovlivněno odlišnostmi v pracovním prostředí, organizaci práce či typem pacientů. Naopak v oblasti hodnocení monotónnosti, otupující práce a nízkého pracovního uspokojení byly výsledky shodné, a i v jejím výzkumu tyto faktory nepředstavovaly pro sestry výrazný problém. To může naznačovat, že všeobecné sestry i přes každodenní zátěž nacházejí ve své profesi smysl a osobní naplnění.

Shody ve výsledcích napříč obory, jako je ortopedie či dětské oddělení, naznačují, že určité stresory, například časový tlak a odpovědnost, jsou pro práci všeobecných sester typické bez ohledu na prostředí, zatímco zjištěné rozdíly, například v oblasti vnímání únavy, mohou souviset se specifickými podmínkami jednotlivých pracovišť.

Meisnerův dotazník hodnotí psychickou zátěž prostřednictvím deseti položek, které respondent subjektivně posuzuje na škále 1 - 5. Tyto položky jsou následně seskupeny do tří faktorů: přetížení (součet položek 1 + 3 + 5), monotonie (součet položek 2 + 4 + 6) a nespecifická duševní zátěž (součet položek 7 + 8 + 9 + 10). Faktor „přetížení“ se zaměřuje na intenzitu duševní náročnosti (např. nutnost soustředění, přetížení pozornosti), faktor „monotonie“ na opakující se, rutinní aspekty práce, a faktor „nespecifická zátěž“ na obtížně uchopitelné, ale subjektivně zatěžující prvky práce. Toto faktorové rozdělení umožňuje komplexní pohled na to, jak sestry duševně vnímají svou pracovní zátěž, a jaké oblasti jsou pro ně nejnáročnější. Právě proto byly výsledky zpracovány nejen v celkovém skóre, ale také odděleně podle faktorů, což přispívá k hlubší interpretaci dat (tabulka 9, s. 50).

Výsledky Meisnerova dotazníku získané od 60 všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče ukazují rozdílnou míru psychické zátěže v jednotlivých faktorech (tabulka 10, s. 52). Průměrné skóre pro faktor přetížení (I) bylo 9,65 z maximálních 15 bodů. Tento výsledek indikuje, že pracovní přetížení a související stres jsou pro sestry výrazným zdrojem psychické zátěže. Naopak faktor monotonie (II) dosáhl průměrné hodnoty 6,3 z 15, což naznačuje, že opakující se a stereotypní pracovní úkoly nejsou hlavním zdrojem stresu, i když určitá míra monotonie je přítomna. Nespecifický faktor (III), který zahrnuje další psychosociální aspekty

práce, dosáhl průměru 11,82 z 20. Tento faktor tak potvrzuje, že psychická zátěž v práci sester je komplexní a nelze ji redukovat pouze na přetížení či monotónnost. Celkové hrubé skóre (HS) dosáhlo průměru 27,77 z maximálních 50 bodů, což znamená, že sestry v agenturách domácí péče zažívají středně vysokou míru psychické zátěže. Zjištěná směrodatná odchylka (10,24) poukazuje na relativně široké rozpětí v individuálním vnímání této zátěže mezi respondentkami, což může odrážet různé pracovní podmínky nebo osobní odolnost vůči stresu.

Šimčíková (2017) ve své diplomové práci „*Zátěž v profesi všeobecné sestry*“ uvádí výsledky zaměřené na psychickou zátěž všeobecných sester pracujících na nemocničních odděleních. Výzkumu se zúčastnilo 80 respondentek. Průměrná celková zátěž zde dosáhla hodnoty 24,7 bodů na interním oddělení a 20,9 bodů na oddělení geriatrickém. Nejvyšších hodnot dosahoval faktor přetížení na interním oddělení (8,3 bodu), zatímco na geriatrickém oddělení byl tento faktor hodnocen 7,7 body. Faktor monotonie byl u interního oddělení ohodnocen průměrně 4,9 body a na geriatrickém oddělení 4,2 body. Nеспецифický faktor pak vykazoval hodnoty 11,4 bodu u interního a 9,0 bodů u geriatrického oddělení. Veverková (2019) ve své diplomové práci prezentovala výsledky zaměřené na psychickou zátěž všeobecných sester pracujících na ortopedickém oddělení. Průměrná hodnota celkové psychické zátěže (hrubé skóre) zde dosáhla 23,1 bodu. V jednotlivých faktorech bylo dosaženo následujících průměrných hodnot: přetížení 8,1 bodu, monotonie 5,5 bodu a nспецифický faktor 9,5 bodu. Porovnání výsledků těchto prací naznačuje, že práce v domácí péči je v mnoha ohledech psychicky náročnější než práce na lůžkových odděleních. Na zvýšené psychické zátěži se může podílet více faktorů, jako je například nutnost samostatného rozhodování v terénu, časté přesuny mezi domácnostmi pacientů, časový tlak, omezený přístup k okamžité týmové podpoře nebo emočně náročné situace spojené s péčí v domácím prostředí. Tento pohled je podpořen Konceptí domácí péče Ministerstva zdravotnictví České republiky (2020), která upozorňuje na specifické nároky kladené na všeobecné sestry působící v domácí péči. Mezi klíčové faktory přispívající ke zvýšené pracovní zátěži řadí samostatné rozhodování v terénních podmínkách bez okamžité podpory týmu, časté přesuny mezi domácnostmi pacientů, jež vedou k vyššímu časovému tlaku a logistické náročnosti, a dále emočně náročné situace, které vyplývají z přirozeného prostředí pacientů.

Výsledky tak poukazují na specifickou náročnost práce všeobecných sester v domácí péči a zdůrazňují potřebu větší pozornosti věnované jejich psychickému stavu a podpoře v rámci systému zdravotní péče.

#### **Výzkumná otázka č. 4: Existuje spojitost mezi vzděláním a psychickou zátěží?**

Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění, zda existuje souvislost mezi dosaženým vzděláním všeobecných sester (tabulka 2, s. 39) a mírou jejich psychické zátěže při poskytování domácí péče. K hodnocení psychické zátěže byl použit standardizovaný Meisterův dotazník, který zachycuje subjektivní vnímání psychické náročnosti pracovních podmínek. Výsledky byly dále analyzovány podle úrovně dosaženého vzdělání, přičemž hodnocení bylo doplněno o deskriptivní statistiku, včetně průměrů, mediánů, směrodatných odchylek a rozpětí hodnot (tabulka 11, s. 53).

Nejpočetnější skupinu tvořily respondentky se středoškolským vzděláním zakončeným maturitou na střední zdravotnické škole ( $n = 31$ ). U této skupiny byla zjištěna nejnižší průměrná hodnota psychické zátěže (2,60) a rovněž nejnižší medián (2,30). Rozmezí hodnot se pohybovalo mezi 1,20 a 4,90. Směrodatná odchylka byla 0,89, což signalizuje mírnou variabilitu v odpovědích, co znamená, že většina sester v této skupině vnímala zátěž obdobně. U respondentek s vyšším odborným vzděláním ( $n = 6$ ) činil průměr 2,98, medián 2,95, hodnota minima 2,00 a maxima 3,90. Směrodatná odchylka dosahovala 0,77, což může naznačovat, že v této menší skupině byly odpovědi o něco homogennější než u předchozí skupiny. V případě sester s vysokoškolským vzděláním bakalářského stupně ( $n = 19$ ) byl průměr míry psychické zátěže 2,89, medián 2,90, a hodnoty se pohybovaly mezi 1,60 a 4,40. Směrodatná odchylka byla opět 0,89, což svědčí o obdobné variabilitě odpovědí jako u středoškolsky vzdělaných sester. Nejvyšší průměrnou hodnotu zátěže vykázaly respondentky s magisterským vysokoškolským vzděláním ( $n = 4$ ), a to 3,30. Medián byl totožný (3,30), rozpětí odpovědí bylo od 2,00 do 4,60. Směrodatná odchylka zde dosáhla nejvyšší hodnoty (1,14), což může poukazovat na výraznější rozdíly v individuálním vnímání psychické zátěže v této vzdělanostní skupině. Může jít o důsledek rozdílných pracovních pozic, zkušeností nebo očekávání spojených s vyšší kvalifikací.

Z těchto výsledků lze vyvodit, že míra psychické zátěže mírně narůstá s vyšším stupněm vzdělání. Tento trend může souviset s větší mírou odpovědnosti, komplexnějšími pracovními úkoly nebo vyššími očekáváními ze strany zaměstnavatelů a pacientů. Zároveň se nabízí úvaha, že sestry s vyšším vzděláním mohou být citlivější na kvalitu organizace práce, systémové nedostatky či neefektivní pracovní podmínky, a proto mohou psychickou zátěž subjektivně pociťovat silněji. Přestože rozdíly nejsou dramatické, jistá tendence je patrná. Je však důležité upozornit na omezení, která vyplývají z malého počtu respondentek ve skupině s magisterským

vzděláním, což snižuje spolehlivost a možnost generalizace tohoto výsledku. Zároveň také nelze vyloučit, že psychická zátěž je ovlivňována i dalšími faktory, jako jsou pracovní podmínky, osobnostní charakteristiky či sociální podpora, které nebyly v rámci této studie zkoumány. Srovnatelné výsledky popisuje i Němečková (2016), která ve své diplomové práci zkoumala vztah mezi psychickou zátěží a dosaženým vzděláním všeobecných sester ve Fakultní nemocnici Ostrava. Její studie prokázala, že sestry s vyšším stupněm vzdělání, zejména vysokoškolským, často vnímají psychickou zátěž intenzivněji než jejich kolegyně s nižším vzděláním. Srovnatelné výsledky byly zjištěny také v diplomové práci Třískové (2014) s názvem „Psychická zátěž všeobecných sester“, která se rovněž věnovala vztahu mezi psychickou zátěží a dosaženým vzděláním všeobecných sester. Výzkumu se zúčastnilo 276 respondentů. Autorka ve své práci konstatuje, že zátěž byla nejčastěji uváděna u sester s vysokoškolským vzděláním, a to jak v oblasti přetížení, tak i u faktorů monotonie a nespecifické psychické zátěže. Výsledky těchto studií tak ukazují, že vzdělání může být jedním z faktorů ovlivňujících psychickou zátěž, ale nelze jej považovat za určující. Důležitou roli hraje i konkrétní pracovní prostředí, organizační podpora a charakter pracovních úkolů.

### **Pracovní hypotézy č. 1**

H<sub>0</sub>: Mezi mírou fyzické zátěže a věkem respondentů není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi mírou fyzické zátěže a věkem respondentů existuje vztah.

Pro ověření existence statisticky významného vztahu mezi věkem respondentek a mírou jejich fyzické zátěže byl použit neparametrický Kruskal-Wallisův test. Hodnota testové statistiky

$H = 0,89$  a  $p$ -hodnota =  $0,828$  svědčí o tom, že mezi věkem respondentek a úrovní fyzické aktivity vykonávané v rámci pracovních povinností nebyl prokázán statisticky významný vztah.

Nulová hypotéza nebyla zamítnuta, což naznačuje, že věk respondentek nemá statisticky významný vliv na míru jejich fyzické pracovní zátěže. Detailní analýza získaná pomocí Baeckeho dotazníku ukazuje (tabulka 7, s. 45), že v nejmladší skupině respondentek ve věku 20–30 let ( $n = 5$ ) je průměrná hodnota fyzické aktivity 2,58, přičemž medián dosahuje 2,62. Tato skupina má relativně vysokou směrodatnou odchylku 0,44, což může být způsobeno malým počtem respondentek a větší variabilitou pracovních úkolů. Skupina 31–40 let ( $n = 17$ ) vykazuje mírně nižší průměrnou hodnotu 2,54 a medián 2,62, s rozsahem od 1,75 do 3,25, což svědčí o variabilitě míry fyzické námahy mezi jednotlivými sestrami. Největší skupina 41–50 let ( $n = 26$ ) má nejvyšší průměrnou hodnotu fyzické aktivity 2,62 s mediánem ve stejné

výši, a relativně nízkou směrodatnou odchylkou 0,37, což naznačuje homogennější pracovní zatížení. Skupina 51–60 let ( $n = 12$ ) vykazuje průměr 2,60 a medián 2,62 s nízkou směrodatnou odchylkou 0,19, což ukazuje na poměrně jednotný pracovní profil a vyváženou fyzickou zátěž. Zajímavé je porovnání s výsledky irské studie McCarthy, Victoria Jane Catherine, Thomase Willise a Sarah Crowley (2018), která zkoumala vztah mezi věkem, pracovními nároky a fyzickou aktivitou u 210 sester. Autoři zjistili, že starší sestry (ve věku 40 a více let) měly významně nižší pravděpodobnost zapojení se do doporučené úrovně fyzické aktivity při práci ve srovnání s mladšími kolegyněmi, což naznačuje, že věk může být spojen s poklesem fyzické aktivity v pracovním prostředí. Na rozdíl od výše uvedené studie naše výzkumné šetření takovou souvislost mezi věkem a pracovní fyzickou aktivitou nepotvrdilo. Tento rozdíl může být způsoben několika faktory, jako je menší velikost našeho vzorku, regionální omezení výzkumu nebo specifika pracovního prostředí v domácí péči, kde mohou být nároky a přizpůsobení pracovních úkolů individuálně rozvržené bez ohledu na věk.

Je rovněž třeba zmínit, že naše studie neobsahuje data pro věkovou skupinu 61 a více let, což může představovat limitaci při zachycení efektů vyššího věku na fyzickou zátěž. Navíc je nutné zohlednit možné rozdíly mezi zdravotnickými systémy a pracovním prostředím v Irsku a České republice, které mohou ovlivnit přenositelnost výsledků mezi těmito zeměmi.

Tyto poznatky přesto naznačují, že samotný věk nemusí přímo ovlivňovat míru fyzické zátěže v práci. Důležité je proto také zohlednit další faktory, jako jsou konkrétní pracovní nároky, pracovní prostředí a způsob organizace práce, které mohou mít výrazný vliv na fyzickou aktivitu zdravotnického personálu. Zajímavé srovnání nabízí také práce Němečkové (2016), která analyzovala fyzickou a psychickou zátěž všeobecných sester ve Fakultní nemocnici Ostrava. Autorka zjistila, že nejvyšší míra fyzického přetížení dle indexu práce (průměr 2,86) se vyskytovala u věkové skupiny sester do 35 let. Tento výsledek může naznačovat, že mladší sestry jsou v nemocničním provozu častěji zapojovány do fyzicky náročnějších činností, případně jsou méně adaptované na zátěž nebo mají jiné strategie zvládnání fyzické námahy než jejich starší kolegyně. Tento rozdíl lze přičíst také odlišným pracovním podmínkám. Zatímco nemocniční prostředí často klade vysoké nároky v rámci směnného provozu a akutní péče, práce v domácím prostředí umožňuje větší míru samostatnosti a plánování, což může přispívat k rovnoměrnějšímu rozložení fyzické zátěže bez ohledu na věk. Jak ukazuje článek Charity Most (2024), mezi významné přednosti domácí péče patří také flexibilita pracovní doby. Všeobecné sestry si v rámci této formy péče mohou často upravit pracovní režim podle svých osobních potřeb, což jim umožňuje lépe vyvažovat profesní a soukromý život.

## Pracovní hypotézy č. 2

H<sub>0</sub>: Mezi mírou psychické zátěže respondentů a délkou praxe v agenturách domácí péče není statisticky významný vztah.

H<sub>A</sub>: Mezi mírou psychické zátěže respondentů a délkou praxe v agenturách domácí péče existuje vztah.

V rámci sledování vztahu mezi délkou praxe a mírou psychické zátěže všeobecných sester v agenturách domácí péče byly analyzovány výsledky získané pomocí Meisterova dotazníku. Respondentky byly rozděleny do šesti kategorií podle délky praxe. Výsledky jsou shrnuty v tabulce č. 12, s. 56. Nejnižší průměrná hodnota psychické zátěže byla zaznamenána u skupiny s praxí 6–10 let, zastoupená 13 respondentkami (průměr 2,53, medián 2,50, minimum 1,70, maximum 3,60, směrodatná odchylka 0,58), což naznačuje relativně nižší míru subjektivně vnímané psychické zátěže u všeobecných sester s touto délkou praxe. Tato skupina zároveň vykazuje poměrně nízkou variabilitu výsledků. Naopak nejvyšší průměrnou hodnotu dosáhla skupina s délkou praxe 21 a více let (průměr 3,70, medián 3,70), přičemž je nutné ale upozornit, že tuto skupinu zastupovala pouze jedna respondentka. Z tohoto důvodu nelze tuto hodnotu zobecnit na širší populaci. Z hlediska průměrných hodnot dále vyčnívá skupina s praxí 16–20 let (průměr 3,38, medián 3,50, minimum 2,90, maximum 4,10, směrodatná odchylka 0,50), což ukazuje na vyšší míru psychické zátěže v této skupině. Přestože je směrodatná odchylka nízká, je třeba brát v úvahu také nízký počet respondentek (n = 5), což může ovlivnit spolehlivost tohoto výsledku.

U skupiny s praxí 11–15 let (n = 7), byl průměr stanoven na 2,77 a medián na 2,50, při minimální hodnotě 1,20 a maximální 4,90. Tato skupina vykazuje jednu z nejvyšších směrodatných odchylek (1,23), což svědčí o vysoké variabilitě vnímání psychické zátěže mezi respondentkami. Skupina s praxí 1–5 let, která je zároveň nejpočetněji zastoupená (n = 32), měla průměrnou hodnotu 2,74 a medián 2,45. Rozptyl hodnot byl relativně vysoký (minimum 1,20, maximum 4,60, směrodatná odchylka 0,93), což naznačuje různorodé vnímání psychické zátěže v této početné skupině. Nejmenší počet respondentek (kromě jediné se 21 a více lety praxe) měla skupina s praxí do 1 roku (n = 2). U ní byl zjištěn průměr 2,95 a medián shodně 2,95, přičemž rozptyl byl značný (minimum 1,70, maximum 4,20, směrodatná odchylka 1,77). Výsledky v této skupině nelze vzhledem k extrémně nízkému počtu účastnic považovat za reprezentativní. Aby bylo možné posoudit, zda rozdíly v míře psychické zátěže mezi jednotlivými skupinami podle délky praxe jsou statisticky významné, byl proveden

Kruskal–Wallisův test. Hodnota testové statistiky byla  $H = 4,88$ , přičemž vypočtená p-hodnota dosáhla 0,431. Tato hodnota je vyšší než stanovená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ , a proto nebyla nulová hypotéza zamítnuta. To znamená, že nebyl prokázán statisticky významný rozdíl ve vnímání psychické zátěže mezi skupinami s různou délkou praxe. Srovnatelné výsledky prezentuje ve své diplomové práci také Beerová (2022), která se zabývala problematikou fyzické a psychické zátěže sester pracujících (94 respondentek) v intenzivní péči. Ani v jejím výzkumu nebyla při statistickém testování na hladině významnosti 0,05, prokázána závislost mezi délkou praxe a subjektivním vnímáním psychické zátěže. Výsledná p-hodnota nepřekročila stanovenou hranici statistické významnosti, a proto autorka nezamítla nulovou hypotézu, podle níž mezi těmito dvěma proměnnými neexistuje statisticky významný vztah. Tento soulad ve zjištěních napříč různými oblastmi ošetrovatelské praxe naznačuje, že délka profesní praxe pravděpodobně nepředstavuje klíčový faktor ovlivňující míru psychické zátěže u všeobecných sester. Vnímání psychické zátěže je zřejmě ovlivňováno komplexem dalších proměnných, mezi něž mohou patřit osobnostní charakteristiky jednotlivců, míra podpory ze strany nadřízených, týmové vztahy, pracovní podmínky, pracovní klima či individuální strategie zvládání stresu. Podobná zjištění uvádí také Boriková (2024) ve své diplomové práci zaměřené na psychickou zátěž perioperačních sester. Na základě výzkumu realizovaného mezi 71 respondentkami identifikovala vyšší výskyt kritické zátěžové tendence zejména u sester s délkou praxe v rozmezí 10 až 19 let, částečně také u skupiny s praxí 1 až 9 let. Naproti tomu u sester s více než dvacetiletou praxí byla tato zátěžová tendence výrazně nižší.

## 8 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se podrobně zabývala komplexním hodnocením míry fyzické a psychické zátěže všeobecných sester působících v agenturách domácí péče, což je oblast, která je vzhledem ke své specifické povaze a náročnosti stále relativně málo zkoumána. Hlavním cílem práce bylo nejen kvantifikovat úroveň pracovní zátěže v tomto jedinečném prostředí, ale také identifikovat možné souvislosti mezi touto zátěží a vybranými demografickými faktory, jako jsou věk, délka profesní praxe či dosažené vzdělání. K získání relevantních dat byly využity dva standardizované dotazníkové nástroje – Baeckeho dotazník pro hodnocení fyzické aktivity a Meisterův dotazník zaměřený na psychickou zátěž, doplněné vlastním dotazníkem se sociodemografickými údaji. Výzkum probíhal v pěti různých agenturách domácí péče, přičemž celkový počet respondentek dosáhl 60 (z rozdaných 66 dotazníků), což představuje velmi dobrou návratnost dotazníků. Analýza výsledků jednoznačně potvrdila, že všeobecné sestry v domácí péči skutečně zažívají značnou míru fyzické i psychické zátěže, která je v mnoha případech náročná a dlouhodobá. Přestože by se dalo očekávat, že s rostoucí délkou praxe či věkem respondentek by se mohly projevit rozdíly ve vnímání zátěže, výsledky této studie takovýto statisticky významný vztah nepotvrdily. Tento fakt naznačuje, že vnímání a prožívání pracovní zátěže je ovlivněno komplexní sadou dalších faktorů, které mohou zahrnovat osobnostní charakteristiky, pracovní podmínky, kvalitu podpory v pracovním týmu, ale také specifika konkrétní pracovní náplně a prostředí, v němž sestry působí. Zajímavým a podnětným zjištěním bylo rovněž mírně zvýšené vnímání psychické zátěže u respondentek s vysokoškolským vzděláním. Tento výsledek může odrážet vyšší profesní nároky, očekávání a odpovědnost spojenou s vyšším stupněm kvalifikace, která nemusí vždy přinášet adekvátní kompenzaci v podobě větší odolnosti vůči stresu. Naopak může zvyšovat vnitřní tlak a pocit náročnosti práce. Tento poznatek je důležitý z hlediska řízení lidských zdrojů i podpory profesního rozvoje sester, kdy je třeba zohlednit, že vyšší kvalifikace automaticky nezaručuje i vyšší odolnost vůči pracovním stresorům.

Domácí péče jako pracovní prostředí přináší své specifické výzvy, mezi něž patří zejména samostatná práce v nepředvídatelných podmínkách, časté přesuny mezi domácnostmi pacientů, omezená možnost bezprostřední kolegiální podpory a vysoká míra odpovědnosti za poskytovanou péči. Tyto faktory mohou významně přispívat k psychické i fyzické zátěži a zvyšovat riziko pracovního vyhoření či zdravotních komplikací. Proto je nezbytné, aby se zjištění z této práce staly podnětem k rozvoji cílených intervencí a podpůrných programů zaměřených na zlepšení pracovních podmínek a posílení odolnosti sester vůči stresu.

Zároveň je třeba zdůraznit, že i když tato studie přinesla cenné poznatky, představuje pouze jeden z kroků na cestě k hlubšímu pochopení komplexity pracovního zatížení v domácí péči. Budoucí výzkumy by měly směřovat k širším a metodologicky různorodějším šetřením, které by mohly podrobněji zachytit nejen kvantitativní aspekty zátěže, ale i kvalitativní zkušenosti sester, vliv organizačních struktur, pracovního klimatu a dalších psychosociálních faktorů. Dlouhodobé sledování by rovněž umožnilo lépe pochopit dynamiku změn v pracovním zatížení v průběhu kariéry a identifikovat efektivní strategie pro jeho zvládnutí.

Celkově lze tedy konstatovat, že výsledky této diplomové práce významně přispívají k rozvoji poznání o profesní zátěži sester v domácí péči, přičemž zdůrazňují nutnost komplexního přístupu ke zlepšování pracovních podmínek. Tato problematika je klíčová nejen z hlediska zdravotního stavu a spokojenosti samotných zdravotních pracovníků, ale také pro udržitelnost a kvalitu poskytované péče pacientům v domácím prostředí.

## **8.1 Limity práce**

Přestože tato práce přinesla řadu cenných poznatků, je nutné zohlednit některá omezení, která mohou ovlivnit interpretaci výsledků. Nejzásadnějším limitem je velikost výzkumného vzorku, který i přes relativně vysokou návratnost představuje pouze malou část celkové populace všeobecných sester v domácí péči. Tento omezený počet respondentek s sebou nese riziko snížené reprezentativnosti a ovlivňuje možnost zobecnění výsledků na širší soubor.

Dalším významným omezením je geografická koncentrace výzkumu, který byl realizován v rámci jednoho regionu. Pracovní podmínky, organizace péče i dostupnost podpůrných služeb se v různých regionech mohou výrazně lišit, a tím i vnímání pracovní zátěže může nabývat odlišných podob. Metodologicky je třeba vzít v úvahu, že použití standardizovaných dotazníků založených na subjektivním hodnocení respondentek může být ovlivněno momentálním psychickým stavem či individuálními zkušenostmi, což může vést k určité variabilitě v odpovědích. Navíc absence kvalitativních metod, jako jsou hloubkové rozhovory, omezuje možnost detailnějšího porozumění faktorům a okolnostem, které ovlivňují vnímání zátěže.

## **8.2 Doporučení pro praxi**

Na základě získaných poznatků lze formulovat několik klíčových doporučení, která by měla pomoci zlepšit pracovní podmínky všeobecných sester v domácí péči a tím přispět k jejich fyzickému i psychickému blahu.

Za prvé, je nezbytné systematicky podporovat prevenci syndromu vyhoření a psychické zátěže prostřednictvím pravidelných supervizí, poradenských služeb a podpůrných skupin, které umožní sestřám sdílet zkušenosti a získat odbornou pomoc.

Dále je důležité optimalizovat plánování pracovní zátěže a rozvržení směn tak, aby se minimalizovalo přetížení a zajišťovala se rovnoměrná distribuce fyzických i psychických nároků během pracovní doby.

Profesní rozvoj by měl být rozšířen o témata zaměřená na zvládání stresu, posilování duševní odolnosti a sebepěči, což přispěje k dlouhodobé udržitelnosti pracovní výkonnosti a spokojenosti.

Management agentur domácí péče by měl pravidelně monitorovat pracovní podmínky svých zaměstnanců a na základě získaných dat implementovat cílená opatření pro zlepšení pracovního prostředí.

Nakonec je doporučeno, aby budoucí výzkumy využívaly kombinaci kvantitativních a kvalitativních metod, což by umožnilo hlubší porozumění faktorům ovlivňujícím pracovní zátěž a efektivněji tak napomohlo tvorbě podpůrných programů.

## 9 POUŽITÁ LITERATURA

### 9.1 Primární zdroje

ADAM, Zdeněk; KLIMEŠ, Jeroným; POUR, Luděk; KRÁL, Zdeněk; ONDERKOVÁ, Alice; ČERMÁK, Aleš a VORLÍČEK, Jiří, 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2539-5.

AYERS, Susan a de VISSER, Richard, 2015. *Psychologie v medicíně*. Helena HARTLOVÁ (překladatelka). Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.

BAECKE, J. A. H., BUREMA, J. a FRIJTERS, J. E. R., 1982. *A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies*. The American Journal of Clinical Nutrition. 36(5). ISSN 0002-9165.

BRYMAN, Alan, 2016. *Social Research Methods*. 5. vydání. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-968945-3.

CABANOVÁ, Marianna a RAPČÍKOVÁ, Tatiana, 2016. *Zátěžové situácie a etika v prostredí kardiochirurgických operačných sál z pohľadu sestry*. In: JIRKOVSKÝ, Daniel (ed.). *Cesta k modernému ošetrovatelství XVIII*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-23-2.

CRESWELL, John Wilson a CRESWELL, James David, 2018. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 5. vydání. Thousand Oaks: SAGE Publications. ISBN 978-1-5063-8670-6.

DIMUNOVÁ, Lucia, 2018. *Pracovní zátěž v profesi sestry*. Praha: Powerprint. ISBN 978-80-7568-097-6.

GREENBERG, Melanie, 2019. *Jak lépe zvládat nepříjemné situace a konflikty: cesta k odolnější a vyrovnanější mysli*. Helena BARTLOVÁ (překladatelka). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2584-5.

HAMPLOVÁ, Lucie, 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0568-7.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-6.

HLADKÝ, Aleš a ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-890-5.

HUMPL, Lukáš, KOLÁŘOVÁ, Vendula a ČEPICKÁ, Blanka, 2023. *Peer podpora ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-617-1.

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.

KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5203-7.

KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Nalézání osobní rovnováhy v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Praha: Ladislava Rotšeidlová – Arok. ISBN 978-80-906465-1-3.

KLIMENT, Pavel, 2014. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4206-8.

KOŽUCHOVÁ, Mária, 2014. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-414-8.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2017. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1227-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2019. *Jak neztratit nadšení: Zvládání stresu a prevence vyhoření*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2541-4.

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2030-7.

MELLANOVÁ, Alena, 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5589-2.

MESSER, Barbara, 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Renata HALMO (překladatelka). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0215-0.

NEUBAUER, Jiří, SEDLAČÍK Marek a KŘÍŽ Oldřich, 2016. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5786-6.

PAULÍK, Karel, 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5646-2.

PEŠEK, Roman a PRAŠKO Ján, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.

PLEVOVÁ, Ilona, 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK Petr, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

STASKOVÁ, Věra, TÓTHOVÁ Valérie a KOŤA Jaroslav, 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2206-6.

SVOBODNÝ, Petr a HLAVÁČKOVÁ, Ludmila, 2004. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-424-1.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelské II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi. Sestra*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4082-9.

VÉVODA, Jan, 2016. *Péče o zdraví zdravotníků*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0103-3.

VÍCHOVÁ, Veronika. 2024. *Autogenní trénink a autogenní terapie: relaxace, která pomáhá*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-2176-0.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.

ŽALUDEK, Adam, 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2275-2.

## **9.2 Sekundární zdroje**

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA, 2025. Hodnocení psychické zátěže při práci – Meisterův dotazník. Online. Dostupné z: <https://www.fbi.vsb.cz/export/sites/fbi/040/.content/galleriesouboru/AplikovanaErgonomie/HodnoceniPsychickeZateze.pdf>. [cit. 2025-04-12].

JEŘÁBKOVÁ, Veronika, 2019. *Vliv práce perioperační sestry na její tělesné zdraví*. Online. Dostupné z: <https://theses.cz/id/nsyygl/>. [cit. 2025-04-20].

### 9.3 Internetové zdroje

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. Vyhodnocení: *Nedostatek pracovníků v sociálních službách II, 2025*. Online. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/vydavame/tiskove-zpravy/tz-nedostatek-pracovniku-socialnich-sluzeb-se-prohloubil.pdf>. [cit. 2025-04-07].

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR, 2021. *Zpráva o stavu pracovníků v sociálních službách*. Online. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz>. [cit. 2025-04-07].

BEEROVÁ, Jana, 2022. *Problematika fyzické a psychické zátěže sester pracujících v intenzivní péči*. Online. Dostupné z: <https://theses.cz/id/u2emu2/>. [cit. 2025-05-20].

BENEŠOVÁ, Denisa, 2022. *Faktory ovlivňující pracovní zátěž sester na JIP*. Online. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/xsizb/>. [cit. 2025-06-07].

BORIKOVÁ, Kateřina., 2024. *Psychická zátěž v profesi perioperační sestry*. Online. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ockomh/>. [cit. 2025-05-20].

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2018. Cassdp, *Sekce domácí péče*. Česká asociace sester Online. Dostupné z: <http://m.cassdp.webnode.cz/o-nas/>. [cit. 2025-04-05].

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2017. *Etický kodex České asociace sester*. Online. Dostupné z: <https://www.cas-sestry.cz/cz/eticky-kodex/>. [cit. 2025-04-12].

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2025. *Informace o personální situaci v ošetrovatelské péči* Online. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz>. [cit. 2025-04-07].

ČESKÁ NÁRODNÍ NEMOCNIČNÍ ASOCIACE, 2015. *Kongres 12/2015*. Online. Dostupné z: [https://www.cnaa.cz/docs/akce/kongres\\_12\\_2015\\_4.pdf](https://www.cnaa.cz/docs/akce/kongres_12_2015_4.pdf). [cit. 2025-04-11].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2018. *Domácí zdravotní péči využívá 142 tisíc pacientů*. Online. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/domaci-zdravotni-peci-vyuziva-142-tisic-pacientu>. [cit. 2025-04-10].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2023. *Počet seniorů v příštích desetiletích výrazně vzroste*. Online. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/pocet-senioru-v-pristich-desetiletich-vyrazne-vzroste>. [cit. 2025-04-05].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2023. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2021*. Online. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/cbe3036e-9222-0089-6c79-95fe60956e75/26000523.pdf?version=1.0>. [cit. 2025-04-11].

HRDLIČKOVÁ, Romana, 2019. *Psychická zátěž a syndrom vyhoření u sester na dětských odděleních*. Online. Dostupné z: <https://theses.cz/id/onc1wn/>. [cit. 2025-04-20].

CHARITA MOST, 2024. *Výhody práce sestry v domácí péči: Individuální přístup, flexibilita a hlubší vztahy s pacienty*. Online. Dostupné z: <https://most.charita.cz/aktualne/aktualni-deni/vyhody-prace-sestry-v-domaci-peci-individualni-pristup-flexibilita-a-hlubsi-vztahy-s-pacienty/>. [cit. 2025-06-07].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2023. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí*. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz>. [cit. 2025-04-07].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2023. *Domácí péče v kontextu reformy dlouhodobé péče*. Online. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz>. [cit. 2025-04-07].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2023. *Domácí péče*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/209-domaci-pece>. [cit. 2025-04-05].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2020. *Koncepce domácí péče*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/koncepce-domaci-pece>. [cit. 2025-04-07].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR; ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2025. *Národní zdravotnický informační portál*. Online. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. [cit. 2025-04-05].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2021. *Novinky v roce 2022 při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/novinky-v-roce-2022-pri-poskytovani-zdravotni-pece-ve-vlastnim-socialnim-prostredi/>. [cit. 2025-04-05].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2025. *Seznam zdravotních výkonů – odbornost 925*. Online. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?akti=&cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=925>. [cit. 2025-04-05].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2023. *System psychosociální intenzivní péče*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18150/39452/System%20psychosocialni%20intenzivni%20pece.pdf>. [cit. 2025-04-11].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2025. *Úhradová vyhláška 2025*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2025/>. [cit. 2025-04-05].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2019. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, číslo 12/2019*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-c-12-2019/>. [cit. 2025-04-05].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2011. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. [cit. 2025-04-05].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2025. *Rejstříkový pojem 17. Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/17>. [cit. 2025-04-05].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2025. *Rejstříkový pojem 1781*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1781>. [cit. 2025-04-05].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2025. *Výkaz A089 – Domácí zdravotní péče*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/1811-vykaz-a089-domaci-zdravotni-pece>. [cit. 2025-04-03].

NĚMEČKOVÁ, Iveta, 2016. *Psychická a fyzická zátěž sester ve Fakultní nemocnici Ostrava*. Online. Dostupné z: [file:///C:/Users/centrum/Downloads/Nemeckova\\_Iveta-3.pdf](file:///C:/Users/centrum/Downloads/Nemeckova_Iveta-3.pdf). [cit. 2025-04-20].

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2024. *Nemocniční infekce zasáhly loni kolem 7 % českých pacientů, ukázala evropská studie.* Online. Dostupné z: <https://szu.gov.cz/aktuality/nemocnicni-infekce-zasahly-loni-kolem-7-ceskych-pacientu-ukazala-evropska-studie/>. [cit. 2025-04-11].

ŠIMČÍKOVÁ, Pavlína, 2021. *Zátěž v profesi všeobecné sestry.* Online. Dostupné z: [https://theses.cz/id/63sx95/Simcikova\\_Pavlina\\_Zatez\\_v\\_profesi\\_vseobecne\\_sestry.pdf](https://theses.cz/id/63sx95/Simcikova_Pavlina_Zatez_v_profesi_vseobecne_sestry.pdf). [cit. 2025-04-20].

TŘÍSKOVÁ, Marta, 2014. *Psychická zátěž všeobecných sester.* Online. Dostupné z: <https://theses.cz/id/a6xg1v/>. [cit. 2025-04-20].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, 2025. *Domácí zdravotní péče* Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--statistika-zdravotnich-sluzeb--domaci-zdravotni-pece>. [cit. 2025-04-03].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, 2025. *Počet agentur domácí zdravotní péče* Online. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/CR/ukazatele-indikatory/pocet-agentur-domaci-zdravotni-pece-home-care>. [cit. 2025-04-03].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, 2018. *NZIS – Výkaz A089: Domácí zdravotní péče za rok 2017.* Online. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis\\_rep\\_2018\\_K31\\_A089\\_domaci\\_zdravotni\\_pece\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K31_A089_domaci_zdravotni_pece_2017.pdf). [cit. 2025-04-03].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, 2019. *NZIS – Výkaz A089: Domácí zdravotní péče za rok 2018.* Online. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/res/f/008301/nzis-rep-2019-k31-a089-domaci-zdravotni-pece\\_2018.pdf](https://www.uzis.cz/res/f/008301/nzis-rep-2019-k31-a089-domaci-zdravotni-pece_2018.pdf). [cit. 2025-04-03].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, 2020. *NZIS – Výkaz A089: Domácí zdravotní péče za rok 2019.* Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008341/nzis-rep-2020-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2019.pdf>. [cit. 2025-04-03].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, 2021. *Obor domácí zdravotní péče 2020: Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2020.* Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008403/nzis-rep-2021-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2020.pdf>. [cit. 2025-04-10].

VEVERKOVÁ, Lucie, 2019. *Determinanty ovlivňující psychickou a fyzickou zátěž všeobecných sester na ortopedické klinice*. Online. Dostupné z: <https://theses.cz/id/4tf8qc/>. [cit. 2025-04-20].

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY, 2025. *Syndrom vyhoření přichází nenápadně, ale ničí důsledně*. VZP. Online. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/syndrom-vyhoreni-prichazi-nenapadne-ale-nici-dusledne>. [cit. 2025-04-05].

VÝZKUMNÝ ÚSTAV PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (VÚPSV), 2022. *Fluktuace pracovníků v sociálních službách a návrhy stabilizačních opatření*. Online. Dostupné z: <https://www.vupsv.cz>. [cit. 2025-04-07].

VÝZKUMNÝ ÚSTAV BEZPEČNOSTI PRÁCE, v.v.i, 2022. *Fyzická zátěž*. Online. Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz/fyzicka-zatez>. [cit. 2025-04-05].

VÝZKUMNÝ ÚSTAV BEZPEČNOSTI PRÁCE, v.v.i, 2025. *Fyziologické faktory*. Online. Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz/fyziologicke-faktory>. [cit. 2025-04-11].

VÝZKUMNÝ ÚSTAV BEZPEČNOSTI PRÁCE, v. v. i, 2020. *Rizika specifická pro domácí péči*. Online. Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz/rizika-specificka-pro-domaci-peci>. [cit. 2025-04-03].

VÝZKUMNÝ ÚSTAV BEZPEČNOSTI PRÁCE, v.v.i, 2022. *Psychická zátěž*. Online. Dostupné z: <https://vubp.cz/soubory/produkty/publikace-ke-stazeni/psychicka-zatez.pdf>. [cit. 2025-04-05].

ZÁKONY PRO LIDI, 2025. *Domácí péče*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/hledani?text=dom%C3%A1c%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De>. [cit. 2025-04-05].

ZÁKONY PRO LIDI, 2007. *Narižení vlády č. 361/2007 Sb. o podmínkách provozu na pozemních komunikacích*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361>. [cit. 2025-04-11].

ZÁKONY PRO LIDI, 2007. *Zákon č. 331/2007 Sb., o domácí péči*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-331>. [cit. 2025-04-05].

ZÁKONY PRO LIDI, 2007. *Zákon č. 361/2007 Sb. o domácí péči*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361?text=dom%C3%A1c%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De>. [cit. 2025-04-05].

ZÁKONY PRO LIDI, 1995. *Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-89>. [cit. 2025-04-11].

#### 9.4 Internetové články

BABAPOUR, Maryam, GHOLAMI Reza a POURSADEGHIYAN Mohsen, 2022. Effects of occupational stress on sweat secretion and thermoregulation in nurses: a systematic review *Journal of Occupational Health*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12345>. [cit. 2025-06-08].

BAROŠOVÁ, Lucie, 2020. Domácí péče se zrodila z touhy pomoci nejzranitelnějším. *Florence.cz*. Online. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/domaci-pece-se-zrodila-z-touhy-pomoci-nejzranitelnejsim/>. [cit. 2025-04-03].

BRUCE, Elisabeth, PUSA Susanna a SUNDIN Karin, 2024. Nurses' Experiences of Communicating With Families in Municipal Home Health Care. *Nursing Open*. Online. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11623226/>. [cit. 2025-04-03].

COATES, R., DE VISSER, R. a AYERS, S, 2015. Not identifying with postnatal depression: A qualitative study of women's postnatal symptoms of distress and need for support. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/0167482x.2015.1059418>. [cit. 2025-04-12].

FLUHARTY, Meg a FANCOURT, Daisy, 2021. How have people been coping during the COVID-19 pandemic? Patterns and predictors of coping strategies amongst 26,016 UK adults. *BMC Psychology*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00603-9>. [cit. 2025-04-07].

FORALOVÁ, Jana a JAROŠOVÁ, Darja, 2015. Aktuální situace poskytování paliativní péče v domácím prostředí v České republice. Online. Dostupné z: <https://lf.osu.cz/uopa/darja-jarsova/13501/#3-publikacni-cinnost>. [cit. 2025-03-31].

HAQUE, Adnan ul, ASTON, John a KOZLOVSKI, Eugene, 2018. The impact of stressors on organizational commitment of managerial and non-managerial personnel in contrasting economies: Evidences from Canada and Pakistan. *International Journal of Business*. Online. Dostupné z: <https://ijb.cyut.edu.tw/var/file/10/1010/img/864/V232-4.pdf>. [cit. 2025-04-03].

HÁNOVÁ, Jana, 2025. Sestra je v domácí péči sama, musí se umět rozhodnout, říká vrchní sestra z Advantis Medical. *Zdravotnický deník*. Online. Dostupné z:

<https://www.zdravotnickyydenik.cz/2025/03/sestra-je-v-domaci-peci-sama-musi-se-umet-rozhodnout-rika-vrchni-sestra-z-advantis-medical/>. [cit. 2025-06-07].

HEKELOVÁ, Zuzana, 2018. Jak nevyhořet v práci sestry? *Florence*. Online. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2018/3/jak-nevyhoret-v-praci-sestry/>. [cit. 2025-04-12].

HOZOVÁ, Hana; VRUBLOVÁ, Yvetta, 2023. Psychosomatická zátěž u nelékařských zdravotnických pracovníků. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. Online. Dostupné z: <https://osp.slu.cz/doi/10.25142/osp.2023.013.pdf>. [cit. 2025-04-12].

HRABOVSKÁ, Šárka, 2024. Co je syndrom vyhoření a jaké dopady má na člověka a jeho okolí. *Terapie.cz*. Online. Dostupné z: <https://www.terapie.cz/blog/co-je-syndrom-vyhoreni-a-jake-dopady-ma-na-cloveka-a-jeho-okoli>. [cit. 2025-04-03].

IMRAMOVSKÁ, Simona a MACHOVÁ, Alena, 2015. Psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči. *Florenc*. Online. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/1/psychicke-a-fyzicke-faktory-v-profesi-sestry-v-domaci-peci/>. [cit. 2025-04-05].

KAIHLANEN, Anu-Marja et al, 2023. Demand and resources factors explaining stress and job satisfaction among nurses in home care – a sequential explanatory mixed methods study. *BMC Nursing*. Online. Dostupné z: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01568-3>. [cit. 2025-06-07].

KHATATBEH, Haitham, PAKAI Annamária, AL-DWAIKAT Tariq, ONCHONGA David, AMER Faten, PRÉMUSZ Viktória a OLÁH András, 2022. Nurses' burnout and quality of life: systematic review and critical analysis of measures used. *Nursing Open*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.936>. [cit. 2025-06-07].

MARTÍNEZ, Isabel M., MENEGHEL, Isabella a PEÑALVER, Jonathan, 2019. Does Gender Affect Coping Strategies Leading to Well-being and Improved Academic Performance? *Revista de Psicodidáctica*. Online. Dostupné z: <https://ojs.ehu.eus/index.php/psicodidactica/article/view/21891>. [cit. 2025-04-03].

MCCARTHY, Victoria Jane Catherine, Willis THOMAS a Sarah CROWLEY. 2018. Nurses, age, job demands and physical activity at work and at leisure: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.01.010>. [cit. 2025-04-03].

PHARMANEWS. 2025. Domáci péče. Online. Dostupné z: <https://www.pharmanews.cz/clanek/domaci-pece/>. [cit. 2025-04-11].

RASCH, Martina a ČIHÁK, Ondřej. 2021. Autogenní trénink může zlepšit spánek a ulevit od úzkostí, říká propagátorka metody Víchová. *Studio Leonardo*. Online. Dostupné z: <https://plus.rozhlas.cz/autogenni-trenink-muze-zlepsit-spanek-a-ulevit-od-uzkosti-rika-propagatorka-8404529>. [cit. 2025-04-11].

SENIORZONE.CZ. 2025. Strategie zvládání stresu a coping. Online. Dostupné z: [https://www.seniorzone.cz/33/strategie-zvladani-stresu-a-coping-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EvkoCyJ2LGYx\\_nUbbIs\\_TA/](https://www.seniorzone.cz/33/strategie-zvladani-stresu-a-coping-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EvkoCyJ2LGYx_nUbbIs_TA/).

## 10 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Standardizovaný dotazník (Baeckeho, Meisterův, vlastní tvorby) ..... 87

### Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové z agentur domácí péče, jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice, studijního programu Organizace a řízení ve zdravotnictví. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci. Dotazník, který jste obdrželi, je určen pro výzkumné šetření diplomové práce na téma: Pracovní zátěž sester pracujících v agenturách domácí péče. Dotazník je zcela anonymní a mohu Vás plně ubezpečit, že výsledky dotazníkového šetření budou použity pouze pro zpracování diplomové práce. Dotazník je složen celkem ze tří dotazníků (a. Baeckeho standardizovaný dotazník pracovní aktivity, b. Meisterův standardizovaný dotazník hodnocení psychické zátěže při práci a c. dotazník vlastní tvorby zaměřený na demografické údaje). Odpovězte, prosím, na otázky v dotazníku a své vybrané odpovědi zakroužkujte.

#### A. Baeckeho dotazník pracovní aktivity.

Bodování první otázky:

za **1 bod** jsou např. úředník, řidič, prodavač, učitel, student, práce v domácnosti, zdravotní sestra, lékař (a všechna zaměstnání vyžadující vysokoškolský diplom);

za **3 body** jsou např. práce v továrně, instalatér, pokrývač, farmář;

za **5 bodů** např. práce v docích, stavební dělník, sportovec.

1) **Jaké je Vaše zaměstnání**            1            3            5

2) **V práci sedíte:**

nikdy (1)    zřídka (2)    někdy (3)    často (4)    vždy (5)

3) **V práci stojíte:**

nikdy (1)    zřídka (2)    někdy (3)    často (4)    vždy (5)

4) **V práci chodíte:**

nikdy (1)    zřídka (2)    někdy (3)    často (4)    vždy (5)

5) **V práci zvedáte těžká břemena:**

nikdy (1) zřídka (2) někdy (3) často (4) velmi často (5)

**6) Po práci jste unaven/a:**

nikdy (1) zřídka (2) někdy (3) často (4) velmi často (5)

**7) V práci se potíte:**

nikdy (1) zřídka (2) někdy (3) často (4) velmi často (5)

**B. Meisterův dotazník – hodnocení psychické zátěže při práci.**

U každé otázky prosím doplňte jednu odpověď (číslici), která nejlépe vystihuje Vaše pocity při práci:

5 - ano, plně souhlasím

4 - spíše ano

3 - nevím, někdy ano, někdy ne

2 - spíše nesouhlasím

1 - ne, vůbec nesouhlasím

**1) Při práci mívám často pocit časového tlaku:** 1 2 3 4 5

**2) Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a:** 1 2 3 4 5

**3) Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou odpovědnost, spojenou se závažnými důsledky:** 1 2 3 4 5

**4) Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující:** 1 2 3 4 5

**5) V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby:** 1 2 3 4 5

**6) Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje:** 1 2 3 4 5

**7) Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost:**  
1 2 3 4 5

**8) Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného:**

1 2 3 4 5

**9) Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost:**

1    2    3    4    5

**10) Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností:**

1    2    3    4    5

**C. Dotazník vlastní tvorby**

**1) Kolik Vám je let?**

20–30

31–40

41–50

51–60

61 a více

**2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru všeobecná sestra?**

SZŠ

VOŠ – Dis.

VŠ – Bc.

VŠ – Mgr.

Možnost jiné odpovědi .....

**3) Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče?**

méně než 1 rok

1–5 let

6–10 let

11–15 let

16–20 let

21 a více

Děkuji Vám za pečlivé vyplnění dotazníku.

Bc. Lada Daňková