Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Syndrom vyhoření u porodních asistentek

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Nikola Šitlerová

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Koudelková Ph.D.

České Budějovice 2026

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *„Syndrom vyhoření u porodních asistentek“* jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 28. 04. 2026 ……

Nikola Šitlerová

Poděkování

Mé poděkování patří všem, kteří se na této práci podíleli, ale především paní PhDr. Vlastě Koudelkové Ph.D. za odborné vedení práce, pomoc, cenné rady a laskavý přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které se výzkumu zúčastnily. Velké poděkování také patří mé rodině a příteli za podporu během celého studia.

Syndrom vyhoření u porodních asistentek

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem syndromu vyhoření u porodních asistentek. Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části je charakterizován syndrom vyhoření, jeho diagnostika, léčba a dopady. Pozornost je také věnována psychohygieně a prevenci syndromu vyhoření.

Pro praktickou část byly zvoleny dva cíle a dvě hypotézy. Cíl 1: Zjistit, zda porodní asistentky netrpí syndromem vyhoření. Cíl 2: Zjistit, zda porodní asistentky provádějí prevenci proti syndromu vyhoření. Ke každému cíli byla stanovena hypotéza. Hypotéza 1: Porodní asistentky mají syndrom vyhoření v závislosti na délce praxe. Hypotéza 2: Porodní asistentky provádějí prevenci syndromu vyhoření v souvislosti s volným časem. Výzkumné šetření probíhalo kvantitativní metodou za využití nestandardizovaného dotazníku. Dotazník byl vlastní konstrukce a byl tvořen celkem 58 otázkami, z nichž 45 bylo uzavřených, 1 polouzavřená a 12 uzařených. Dotazník byl v tištěné formě. Pro analýzu výsledků dotazníkového šetření byly použity absolutní četnosti a relativní četnosti, které umožňují zmapovat rozložení odpovědí napříč jednotlivými kategoriemi respondentů. Následně byla data statisticky testována za účelem ověření platnosti hypotéz. Hypotéza 1 byla ověřena pomocí chí-kvadrát testu a Hypotéza 2 pomocí testu o shodě dvou relativních četností. Výpočty byly provedeny v programu SPSS. Následně byla data získaná z výzkumného šetření graficky zpracována.

Výzkumný soubor tvořilo 83 respondentek ve věku 20-70 let, které byly rozděleny do 5 věkových kategorií. Nejpočetnější věkovou kategorií byly ženy ve věku 41-50 let (28 %). Naopak nejméně početnou skupinou byla kategorie 60 a více let.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že syndrom vyhoření nezávisí na délce praxe, ale záleží na délce volného času a koníčcích. Hypotéza 1 nebyla potvrzena, Hypotéza 2 se potvrdila.

Klíčová slova

Syndrom vyhoření; porodní asistentka; stres; motivace; rizikové faktory

Burnout syndrom in midwifes

Abstract

This bachelor's thesis examines the topic of burnout syndrome among midwives. The thesis consists of a theoretical and a practical section. The theoretical section describes burnout syndrome, its diagnosis, treatment, and effects. Attention is also given to mental health and the prevention of burnout syndrome.

Two objectives and two hypotheses were selected for the practical part. Objective 1: To determine whether midwives suffer from burnout syndrome. Objective 2: To determine whether midwives engage in burnout prevention. A hypothesis was established for each objective. Hypothesis 1: Midwives experience burnout depending on the length of their practice. Hypotesis 2: Midwives engage in burnout prevention in connection with their leisure time. The research was conducted using a quantitative method with a non-standardized questionnaire. The questionnaire was self-designed and consisted of a total of 58 questions, of which 45 were closed-ended, 1 was semi-closed-ended, and 12 were open-ended. The questionnaire was in printed form. Absolute frequencies and relative frequencies were used to analyze the results of the questionnaire survey, allowing for the mapping of response distributions across individual categories of respondents. Subsequently, the data were statistically tested to verify the validity of the hypotheses. Hypothesis 1 was verified using the chi-square test, and Hypothesis 2 using the test for the agreement of two relative frequencies. The calculations were performed in SPSS. Subsequently, the data obtained from the survey were presented graphically.

The research sample consisted of 83 female respondents aged 20–70, who were divided into five age categories. The largest age category was women aged 41–50 (28%). Conversely, the smallest group was the 60+ age category.

The research findings indicated that burnout syndrome does not depend on the amount of work time, but rather on the amount of free time and hobbies. Hypothesis 1 was not confirmed, while Hypothesis 2 was confirmed.

Keywords

Burnout syndrom; midwife; stress; motivacion; risk factors

Obsah:

Úvod **8**

1 Současný stav **9**

1.1 Historie a syndrom vyhoření 9

1.2 Definice syndromu vyhoření 10

1.2.1 Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření 11

1.2.2 Stádia syndromu vyhoření 12

1.2.3 Dopady syndromu vyhoření 13

1.2.4 Diagnostika syndromu vyhoření 14

1.2.5 Léčba syndromu vyhoření 14

1.3 Psychohygiena 15

1.4 Prevence syndromu vyhoření 16

1.4.1 Prevence v rodině a u přátel 17

1.4.2 Sociální opora 18

1.4.3 Prevence v pracovním kolektivu, u spolupracovníků 19

1.4.4 Prevence v organizacích, u zaměstnavatele 20

1.4.5 Prevence a pomoc u specialisty 21

1.4.6 Supervize - individuální, skupinová, autosupervize 22

1.5 Syndrom vyhoření v oboru porodní asistence 23

1.5.1 Stresové situace, stresory při práci porodní asistentky 24

1.5.2 Péče o porodní asistentky při nástupu do zaměstnání 25

1.6 Vymezení pojmu porodní asistence 26

1.7 Obor Porodní asistence 27

1.8 Kompetence porodní asistentky 27

2 Cíle práce a hypotézy **29**

2.1 Cíle práce 29

2.2 Hypotézy 29

2.3 Operacionalizace pojmů 29

3 Metodika **30**

3.1 Metodika technika výzkumu 30

3.2 Charakteristika výzkumného souboru 30

4 Výsledky výzkumu **31**

4.1 Grafické výsledky dotazníkového šetření 31

4.2 Statistické zpracování dotazníků 70

4.2.1 Vyhodnocení hypotéz H1, H2 70
4.2.2 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření 76
5 Diskuze 78
6 Závěr 84
7 Seznam použité literatury 86
8 Seznam příloh 91
9 Seznam zkratek 97

Úvod

Bakalářská práce se zaměřuje na syndrom vyhoření u porodních asistentek. Vybrala jsem si toto téma, protože si myslím, že syndrom vyhoření může velmi ovlivnit práci porodních asistentek a zasáhnout i do jejich života ve všech oblastech. Dle mého názoru by se na syndrom vyhoření mělo více upozorňovat a snažit se preventivně zabránit jeho vzniku.

Téma syndromu vyhoření není ve zdravotnictví neznámým pojmem, nastupuje pomalu a mnoho lidí ani nepozná, že se u nich vyvíjí nebo že už nějakou dobu přetrvává. Proto je důležité vědět, co syndrom vyhoření vůbec je, jak se projevuje a jaké následky s sebou přináší.

Na zdravotníky jako nositele pomáhající profese jsou kladeny vysoké nároky na výkon a zodpovědnost. Přináší těmto pracovníkům velkou zátěž v podobě neustálých stresů, tlaku na další vzdělávání a očekává se od nich vysoké nasazení. Přicházejí do profese s nadšením i motivací a teprve s postupem času zjišťují, s jak velkými problémy se musí často potýkat. Tato problematika se týká i různých druhů profesí mimo zdravotníků, také pracovníků v sociální sféře, učitelů, policistů, hasičů, pracovníků justice, úředníků apod. Ale mohou to být i dispečeři v záchranářství, dopravě a letovém provozu (Honzák, 2022). Syndrom vyhoření může vzniknout prakticky všude, kde se pracuje s lidmi nebo dětmi.

Myslím si, že obor porodní asistence je v tomto směru dost podceňován, protože si mnoho lidí myslí, že je to krásná práce, která přináší jenom pozitivní zážitky, a tak na syndrom vyhoření nikdo nemyslí. Bohužel se vyskytují i těžké situace během porodů, které se musí bezprostředně a rychle řešit. Porodní asistentky jsou potom konfrontovány s psychicky náročnými situacemi, které pokud se vyskytují dlouho, mohou mnohem rychleji přispět k rozvoji syndromu vyhoření. Je tedy důležité edukovat porodní asistentky o možnostech, jak mají v těchto situacích postupovat.

1 Současný stav

Syndrom vyhoření je stav psychického a fyzického vyčerpání, které vzniká z dlouhodobého stresu a vyčerpání hlavně u náročných profesí a u profesí pracujících s lidmi. Syndrom vyhoření nastupuje pomalu, proto je velmi složité ho rozpoznat. První příznaky jsou velmi nenápadné a člověk si je se syndromem vyhoření ani nespojí. Syndrom vyhoření nemusí být spojen vůbec s prací, může to být vyhoření osobnostní nebo v mimopracovní sféře (Peško &Praško, 2023). Syndrom vyhoření u zdravotníků je stále častější. Na zdravotníky je čím dál tím víc vyvíjen tlak, časová omezení, konkurenční požadavky, nedostatek kontroly nad plánováním procesu, role a vztahy s vedením (AJHP, 2018).

1.1 Historie a syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření byl již zaznamenán ve starověkém Řecku ve známé pověsti o Sysifovi (v řecké mytologii syn Aiola a jeho manželky Enareté), kde pověst charakterizovala jeho celkové vyčerpání, kdy musel dopravit balvan na vrchol hory. Bohužel Sysifos balvan na vrchol nikdy nedopravil, jelikož ho valil před sebou, balvan se mu vždy vysmekl a skutálel se těsně před cílem dolů. Tato pověst vyjadřuje vyčerpávající práci (trápení), která nemá konce. Také v Bibli se můžeme seznámit s pojmem celkového vyčerpání nebo i v krásné literatuře se tento pojem objevuje velice často.

Syndrom vyhoření poprvé popsal Herbert Freudenberger v roce 1974 a definoval ho jako reakci na dlouhodobý stres způsobený pracovními podmínkami na pracovišti. Popsal jej, že je relevantní pro pečovatelské profesionály. Je docela možné, že se Freudenberger nechal inspirovat beletristickou knihou „Případ vyhoření“ („A Burnout Case“) od Grahama Greena – pro vymezení a popis tohoto fenoménu. Herbert Freudenberger (nar. 26. listopadu 1927, Frankfurt nad Mohanem, zemřel 29. listopadu 1999 v New York City) byl americký psychoanalytik německého původu, díky němu propukl v následujících letech velký zájem psychologů o probádání tohoto fenoménu a následného zařazení do seznamu nemocí, kde byl syndrom vyhoření detailně popsán (jeho vývoj, následky, prevence). Herbert Freudenberger spolupracoval s dobrovolníky v pomocných profesích, především v oblasti paliativní péče, kde tento syndrom pozoroval a popsal. V roce 1980 uveřejnil syndrom vyhoření s Geraldine Richelson v knize „Burn Out: The High Cost of High Achievement“ . Dříve než syndrom vyhoření

popsal Freudenberger, mluvilo se o něm mezi dispečery letového provozu. A to v roce 1971. Američtí dispečeři pravidelně hlásili profesní vyhoření. Forma vyčerpání, která zahrnuje pokles kvality a kvantity pracovní produkce. Dispečeři hlásili špatné výcvikové techniky, nedostatečné vybavení, rychle se měnící směnné režimy, dlouhé směny bez přestávek a únavu. Můžeme mezi tím vnímat jistou podobnost například s lékaři (BMJ, 2018). Největší zájem o tuto problematiku začal růst v 70. a 80. letech 20 století, se zapojením určitých lidských profesí, kde syndrom vyhoření lze snadno předpokládat.

Poté dle Maslacha byl definován jako symptom psychických a fyzických rozměrů. Včetně negativních postojů k práci, životu a ostatním lidem. Je to výsledek vyčerpání, únavy, zoufalství a beznaděje. Může postihnout v zaměstnání každého. Syndrom vyhoření můžeme pozorovat u zdravotnických pracovníků téměř v každém okamžiku kariéry. Maslach vytvořil takzvaný inventář syndromu vyhoření (MBI). Používá se jako standard na určení závažnosti a rizika syndromu vyhoření (SciELO, 2019).

1.2 Definice syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je definován Světovou zdravotnickou organizací jako stav vznikající z chronického pracovního stresu, který nebyl úspěšně zvládnut. Tento syndrom se projevuje třemi hlavními dimenzemi: vyčerpáním, cynismem a sníženou pracovní efektivitou (WHO, 2019).

Nejvíce syndromem vyhoření trpí lidé schopní, ambiciózní a zodpovědní. Ohroženi jsou především lékaři, zdravotní sestry, psychologové, psychoterapeuti, duchovní, sociální pracovníci, učitelé, pracovníci pošt, dispečeři záchranné služby, policisté v přímém výkonu služby, kriminalisté, právníci, pracovníci věznic, úředníci v bankách a na úřadech. Ale také syndromem vyhoření mohou trpět špičkoví sportovci, novináři, a dokonce i studenti. Se syndromem vyhoření se setká přibližně 20-30 % profesionálů, kteří pracují s lidmi (Pešek &Praško, 2023).

Nejvíce stresující procesy jsou podle Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví za prvé stresory, které vznikají při práci spojené s reorganizací, jenž u zaměstnanců vyvolává nejistotu, druhým stresorem je potom nadměrná pracovní zátěž. Třetím a největším stresorem je nepřijatelné chování kolegů i nadřízených (Kabátová, 2016).

Jediné, co je zajímavé na *Burnout syndrome*, jak se nazývá syndrom vyhoření mezinárodně, jsou statistické údaje. Na celosvětových údajích je nejvíce alarmující skutečnost, že od roku 1974, kdy byl poprvé vědecky popsán, jeho výskyt stále a dramaticky narůstá. Ani domácí čísla nejsou veselá – syndromem vyhoření trpí každý pátý Čech, jak ukázala rozsáhlá vědecká studie, zpracovaná před pěti lety. Ohroženo se jím tehdy cítilo 34 % respondentů, trpěli jím častěji ženy a mladší lidé, dále nejčastěji profese spojené s velkou odpovědností – 38 % (VZP, 2021).

Syndrom vyhoření neustále narůstá, a to nejen ve zdravotnictví, ale celkově. Pozitivní věc je ta, že roste povědomí o syndromu vyhoření. Lidé sami přijali opatření, co dělat a jak se vyhnout syndromu vyhoření. Tudíž s rostoucími znalostmi populace si lidé více uvědomují možné intervence a prevenci. Musíme i nadále usilovat o šíření tohoto povědomí (Frontiers, 2023).

1.2.1 Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření

V 80. letech 20. století převažoval názor, že syndromem vyhoření trpí více ženy. Nicméně tyto výsledky byly zřejmě ovlivněny tím, že výzkumy byly prováděny především v ženských profesích, jako jsou zdravotní sestry či učitelky. Na vznik syndromu vyhoření nemá inteligence, věk, stav, vzdělání ani délka praxe v oboru významný vliv (Pešek &Praško,2023).

Lidé, kteří chodí do práce a z práce jenom domů, jsou sami, nemají žádné koníčky, čas pro sebe, více pohybu, pobyt v přírodě, nemají v životě balanc, přepínají se, nerelaxují, tráví zbytečně moc času u moderních technologií, mnohem častěji a dříve spadnou do syndromu vyhoření (Loono, 2024).

Syndrom vyhoření se může projevovat známkami fyzického a psychického vyčerpání jako je chronická únava, nespavost, zapomínání, zhoršená koncentrace i pozornost. Tělesné příznaky jsou například bolest na hrudi, palpitace srdce, dušnost, bolest hlavy, častější nemoci, ztráta chuti k jídlu, úzkost a zlost. Známky cynismu i odloučení jsou ztráta radosti, pesimismus, izolace a odloučení. A známky pocitu méněcennosti, nedostatku úspěchu jsou pocity beznaděje, apatie, zvýšená podrážděnost, nedostatečná produktivita a špatný výkon (ZZMV,2025).

Na vzniku syndromu vyhoření se také podílí osobnost (perfekcionismus, soutěživost, neschopnost odpočinku, nadměrné očekávání, tendence potlačovat emoce a své

potřeby), pracovní sféra (nárůst legislativy, nízké kompetence, interpersonální neshody, nejasná pravidla, častý kontakt s lidmi) a mimopracovní sféra (nechápavý partner, soutěživý partner, absence partnera, konflikt partnerství, nedostatek zájmů, špatná životospráva), (Mindwell, 2025).

1.2.2 Stádia syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření nevzniká ze dne na den, ale je to postupný proces. Máme základních 5 fází nebo stádií syndromu vyhoření. Nejdříve je to idealistické nadšení, kdy nastoupíme do práce a snažíme se co nejvíce pomáhat. Vyznačuje se ideály, jasným cílem, kvalitou práce, smysluplností, sršícími nápady a dochází k přetěžování. Potom nastává stagnace, proč bychom měli spěchat, ono to nějak dopadne. Počáteční nadšení klesá, dochází ke slevování z vysokých nároků a představ. Frustrace nastává, pokud je s vámi manipulováno ze strany klienta a vy si řeknete, že už vás to štve. Zdravotník se začíná zabývat otázkami efektivity a smyslu vlastní práce, šíří se tunelové vidění – myslí jen na svoji práci, o nic jiného zájem nejeví, pociťuje samotu se svými problémy, nastává deziluze a zklamání. Další fází je apatie, kdy v práci člověk jenom přežívá. Svoje povolání vnímá zdravotník jen jako zdroj obživy, vykonává jen nezbytně nutné práce, vyhýbá se komunikaci s pacientem, kolegy a nemá zájem o další vzdělávání. Může zde vzniknout i tzv. HH – syndrom (z angl. helplessness – bezmocí a hopelessness – beznaděje). Poslední fází je vyhoření – veškeré vyčerpání, negativismus, lhostejnost a naprosté vyhýbání se profesním požadavkům. Už to nejde vydržet, všechno vás štve, vedení i klienti. Chcete s tím něco dělat, ale nechce se vám (Pešek &Praško, 2023).

Také Švamberk Šauerová (2018) rozděluje fáze syndromu vyhoření do 5 stejných skupin. U apatie rozepisuje, že přichází po dlouhé frustraci. Objevuje se jako důsledek stresu. Práce je vnímána pouze jako zdroj obživy a pracovník dělá pouze to, co musí.

Pugnerová et.al (2019) zase rozděluje syndrom vyhoření pouze do tří fází. A to fáze nadšení, kdy je jedinec nadšený pro svou práci a má jasnou představu o práci i o životě. Fáze vedlejšího zájmu, jedinec už není motivován cílem, ale jeho prostředky. Upadá nadšení z práce, ale přesto v ní zůstává. Fáze popela, jedinec ztrácí úctu k sobě, k ostatním a postrádá smysl života.

Určité fáze syndromu vyhoření mohou být na člověku více či méně znatelné. Jestliže tento syndrom není včas rozpoznán, může vyústit až v profesionální deformaci, která je charakteristická citovou ochablostí zdravotníka vůči nemocnému.

1.2.3 Dopady syndromu vyhoření

Vyhořelý člověk se cítí vnitřně vyprázdněný a snaží se tuto prázdnotu nahradit překotnými aktivitami, např. přejídáním, sexem, alkoholem, či jinými návykovými látkami. Tyto aktivity pak později narušují jeho sociální vztahy ve společnosti.

Syndrom vyhoření může mít spousty způsobů dopadu. Člověk ztrácí zájmy k různým aktivitám a nemá chuť se vídat s přáteli. Tudíž dopady mohou být fyzické, psychické i sociální (Terapie, 2024).

Dopady psychické mohou být například úzkostné a depresivní stavy, poruchy spánku ale i užívání návykových látek. Postupná ztráta empatie i motivace, časté změny nálad a ztráta radosti ze života (základní symptom deprese). Vznikají emocionální problémy jako je rozmrzelost, výbušnost, netrpělivost, nervozita, ztráta profesionálního nadšení, cítění, zodpovědnosti, objevuje se pronikavý pesimismus do života, nespokojenost se svým výkonem, sebeobviňování a negativní vnímaní sebe. A v emocích vnímáme bezmoc, marnost, nedocenění, pocit křivdy a nespravedlnost, zlost, zklamání, sebelítost a strach (Pešek & Praško,2023).

Dále to jsou dopady fyzické, tam mluvíme o hypertenzi, kardiovaskulárních onemocněních, snížené imunitě a gastrointestinálních potížích. Patří sem také abúzus návykových látek (alkoholu, drog, léků), častá únava, vyčerpání, migrény, bolesti hlavy a pohybového aparátu. Člověk má omezenou produktivitu (pokles výkonnosti), nedostatek energie, pocit slabosti, sklony k nehodám a poruchy se soustředěním i s pamětí.

Jako sociální dopad se projevuje nechuť k mnoha aktivitám, zhoršené partnerské a rodinné vztahy, a dokonce v pokročilých stádiích může dojít i k sebevraždě. V práci se to projeví negativně v týmu a organizaci práce. Jedinec je vyhořelý, cítí nechuť ke své práci, dělá více chyb, je pomalejší a nechce zaučovat další kolegy (BOZP, 2025). Někdy to mohou být projevy cynismu (bezohlednosti), ironie, nezájmu o pacienty, pasivní agrese vzhledem k blízkým, nadřízeným i kolegům, neochota spolupráce, časté

konflikty s kolegy, v rodině, nekolegiální jednání na pracovišti, problémy v oblasti navázání a udržení společenských vztahů (behaviorální příznaky).

Dalšími projevy syndromu vyhoření jsou myšlenky jedince. Ovlivňují většinu již zmíněných dopadů. V myšlenkách je mnohokrát řečeno, že všechna práce, kterou dělám je zbytečná. Snažím se, ale nikdo to neocení. Zase toho po mě chtějí tolik atd. (Pešek & Praško, 2023).

1.2.4 Diagnostika syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se diagnostikuje velice špatně. Je to souhrn různých obtíží, že ne všichni si je spojí a budou si jisti, že je to právě syndrom vyhoření. Mnohdy se to nepozná hned, a tím horší to může být (Florence, 2016).

Pokud se tedy projevují některé z předešlých problémů jako dlouhodobé vyčerpání, problémy s trávením, spánkem, pocit bezmoci a potíže ve fungování v běžném životě je důležité se obrátit na odborníka. Psycholog může zjistit syndrom vyhoření způsobem rozhovoru a pomocí psychologických i fyzikálních testů (Terapio, 2025). Je to například Maslach Burnout Inventory – MBI dotazník dle autorů Christine Maslacha Susan E. Jackson, tento dotazník monitoruje 3 oblasti: emocionální vyčerpání – EE, depersonalizaci – DP (psychická porucha, kdy člověk není schopen adekvátně vnímat sebe samotného) a uspokojení z práce – PA.

1.2.5 Léčba syndromu vyhoření

Možnost léčby je **psychoterapie nebo medikace**. Psychoterapie je založena na pochopení jedince, jeho chování, přizpůsobení jeho myšlenek i emocí a zajištění fungování v běžném životě a práci. Medikace je asi nejrychlejší způsob úlevy, působí hlavně na zmírnění obtíží, jako jsou úzkosti a deprese nebo také na poruchy spánku. Může být kombinována například s antidepresivy (Pugnerová et. al, 2019).

Nejjednodušší je sehnat si psychologa nebo psychoterapeuta. Je nutno si zjistit, zda péči psychologa proplácí pojišťovna nebo zda si musí pacient hradit léčbu sám. Rychlejší i jednodušší je najít soukromého psychologa, ale není to nejlevnější. Dále existuje psychiatrická ambulance. Psychiatři jsou specializovaní lékaři, z nichž většina má smlouvu s pojišťovnou. Kontakt se dá najít na internetu nebo v nemocnicích. K psychiatrovi není potřeba žádanka od praktického lékaře, stačí se objednat. Ale lékař

je povinen se vám věnovat i bez objednání, kdyby to bylo akutní. Praktický lékař vám pomůže pouze s lehčími stavy, doporučí vás k psychologovi nebo psychoterapeutovi. Může vás ale poslat např. na neurologické nebo endokrinologické vyšetření, pokud k tomu má důvod. Na internetu také můžete najít spousty internetových poraden, kam můžete kdykoliv a bezplatně napsat, poté také bezplatné telefonní linky. Některé fungují i nonstop, některé mají specializace. Všude se vám budou věnovat. Nemusíte se představovat, ani říkat odkud jste. Vyslechnou vás a poradí. Nebojte se souzení nebo kázání, čekejte pochopení a ochotu (Peterková, 2026).

1.3 Psychohygiena

Psychohygiena neboli duševní hygiena, představuje sadu postupů, které pomáhají lidem vést šťastný a naplněný život, zabránit duševním poruchám či psychosomatickým potížím. Pokud se v životě objeví náročné situace, tyto principy vám umožní je úspěšně překonat. Psychohygiena je určena všem bez ohledu na současný stav duševního zdraví. Její metody podporují zdravé jedince v udržení psychické stability, zároveň pomáhají lidem na pomezí zdraví a nemoci a mohou zrychlit uzdravovací proces u těch, kteří již trpí nějakou psychickou poruchou. Duševní pohoda je nerozlučně spojena s fyzickým zdravím. Dlouhodobý stres a duševní vyčerpání mohou vyústit v řadu tělesných problémů a nemocí – od oslabení imunitního systému přes zažívací potíže až po chronická autoimunitní onemocnění, jako jsou alopecie, lupénka, revmatoidní artritida a v krajním případě i rakovina. Kromě toho stres a duševní potíže přímo ovlivňují naši schopnost plně fungovat v běžném životě. Mohou způsobovat potíže s koncentrací, pamětí i rozhodováním, což vede ke snížené pracovní výkonnosti, vzrůstu konfliktů ve vztazích a celkovému poklesu kvality života. Psychohygiena a stres jsou těsně propojeny, protože pravidelná péče o duševní zdraví pomocí psychohygienických postupů může výrazně zmírnit negativní dopady stresu na běžný život (MOJE AMBULANCE a.s., 2024).

Metod duševní hygieny je hned několik. Radostné okamžiky - každé ráno si představte jednu konkrétní věc, která vás ten den těší, i když je to malá radost. Až se stane, vnímejte ji vědoměji. Každý večer si vzpomeňte a zapište, co vám během dne přineslo radost – třeba drobnost. Tím učíte mozek věnovat větší pozornost šťastným chvílím, ačkoliv je přirozeně zaměřený spíš na negativní zkušenosti. Spánek - ve spánku se regeneruje jak tělo, tak mysl, která zpracovává denní vjemy. Dospělý člověk obvykle

potřebuje 7–9 hodin spánku denně, ideálně v temné místnosti bez elektroniky. Teplota v ložnici by měla být kolem 18–20 °C. Je vhodné se před spaním 1–2 hodiny vyhnout modrému světlu (televize, mobil, počítač), nejíst těsně před spaním a poslední jídlo sníst nejpozději 3 hodiny před spaním. Kofein a tein je lepší nepít 5–7 hodin před spaním a místo toho se věnovat klidným aktivitám, jako je četba. Relaxace - zde znamená krátké, pravidelné cvičení relaxačních technik, které pozitivně působí na tělo. Stačí najít jednu metodu, s níž bude výhodnější pracovat, a cvičit ji každý den, například jóga nebo forma meditace. Příroda – zkuste si každý den najít chvilku v přírodě na čerstvém vzduchu. Projít se, posadit se v parku, v lese, kdekoliv, kde budete moci přírodu vnímat všemi vjemy. Dobré vztahy – člověk je společenský tvor, a tak je důležité se vztahům věnovat. Možnost svěřit se někomu blízkému s dobrými i špatnými věcmi je velice důležité. Pohyb – pravidelný pohyb je nejen dobrý pro fyzické zdraví, ale také pro duševní pohodu. Vyplavují se při něm endorfiny, tzv. hormony štěstí, díky kterým se budete po cvičení cítit lépe. Je dobré si najít nějaký sport, který vás bude bavit, a budete mít nějaký cíl. Pokud se sportem začínáte, je lepší si stanovit menší cíle, aby nedošlo ze začátku ke zklamání a odporu ke sportu. Duševní rozvoj a sebepoznání – pro spokojený život je sebepoznání velice důležité. Je nutné si zodpovědět otázky, co nás dělá šťastnými, jaké jsou naše hodnoty, co nás stresuje, z čeho máme strach, co nás baví, co naplňuje. Plánování – může snižovat míru stresu a chaotičnosti. Umožní vám být efektivnější a vyvarovat se prokrastinaci. Základním pravidlem plánování je racionalita. Musíte vědět, co zvládnete a nepřeceňovat se. Stanovit si priority a úkoly si rozplánovat na přesnou část dne. Do plánu zahrňte i nepracovní aktivity, volný čas a čas na sebe (VoZP.cz, 2023).

1.4 Prevence syndromu vyhoření

Důležité je uchopit svůj život do vlastních rukou. To znamená vést smysluplný, aktivní a pohodový život. Pokud se má člověk nebo porodní asistentka léčit a pečovat o druhé, je nezbytně nutné, aby to uměl sám na sobě. Jestliže neumí pečovat sám o sebe, s jakou kvalitou potom může pečovat o druhé? Nejjednodušší pravidlo prevence je, že stále se máme držet svých aktivit, jak už psychických, fyzických ale i sociálních. Nezanedbávat péči o sebe. Vydobýt si místo odpočinku. Udělat si vymezený prostor i čas jen pro sebe a své vlastní soukromí, o kterém bude moci rozhodnout, kdo může vstoupit a kdo ne. Tento prostor využívat jen pro vlastní odpočinek a relaxaci. Dále je dobré rozvinout se v práci, učit se, jak tyto situace zvládat příště lépe. U syndromu vyhoření platí stejné

pravidlo jako u ostatních nemocí. Je lepší jim předcházet, než je potom řešit. Pokud jedinec zvládá jakýkoliv způsob sebepéče, jedině dobře. Je dobré si vytvořit nějaké priority a ty dodržovat (Švamberk Šauerová, 2018).

Prevenci si můžeme rozdělit také do tří kategorií. První kategorie je práce, v ní je důležité vědět, že je to jenom práce a nejde o život. Komunikace v práci je zásadní. I nepříjemné rozhovory nám pomáhají. Nedělat více věcí najednou. Když se dělá víc věcí najednou, snadněji se tak udělá chyba, a pak se člověk cítí nejistě. Je dobré si dávat malé přestávky a najít si svoje útočiště. Druhá kategorie jsou vztahy. Má se sdílet vlastní radost a komunikace s přáteli. Člověk se musí naučit říkat ne a usmívat se. Ne každý den je růžový, ale je důležité přečkat to špatné. Naučit se říkat si o pomoc, nesnažit se měnit lidi a být pouze s lidmi, kteří jsou ti praví. Třetí kategorie jsou zájmy a odpočinek. Je důležité si vyčlenit čas aspoň 20 minut každý den na svoje koníčky, ať už jsou jakékoliv. Fyzická aktivita je výborná, aspoň 10 minut denně. Odpočívání a spánek jsou klíčovými faktory k prevenci syndromu vyhoření (Nevyhasni, 2023).

Dalším aspektem prevence by mohlo být pozitivní vidění světa a smysl pro humor. Vyvarovat se negativnímu myšlení. Vyjadřovat otevřeně své pocity, hledat emocionální podporu. Vytvořit si „deník úspěchů“ (zaznamenávat si pochvaly, vřelá gesta, pozitivní zpětné vazby), (Pugnerová et. al, 2019).

Jestliže má člověk pocit, že se na něj řítí čím dál více problémů, se kterými si už neví rady, rozhodně není vhodné odkládat případnou žádost o pomoc, kterou mu mohou poskytnout jeho blízcí či odborníci. Někdy může být žádání o pomoc pro danou osobu složité a ponižující, zejména v dominantním postavení. Každý může najít pomoc u své rodiny, přátel, spolupracovníků, specialisty – odborníka. Po porodu se každá porodní asistentka ptá ženy, jak se cítí psychicky, měla by myslet tedy i na sebe a sama sebe se zeptat, jak se cítí, zda nepotřebuje pomoci.

1.4.1 Prevence v rodině a u přátel

Podpora ze strany rodiny a přátel není pouze v tom, že nějakou rodinu a přátele máme. Musí fungovat vzájemná komunikace. Patří to mezi nejdůležitější faktory v prevenci syndromu vyhoření. Pokud vaši blízcí přátelé a rodina naslouchají, podporují vás, víte, že na své problémy nejste sami. Díky tomu se snižuje pocit osamělosti a izolace, které jsou často se syndromem vyhoření spojovány. Důležité je také otevřená komunikace

s někým, komu důvěřujete, a probrat s ním své obavy a strachy. Rodina může také pomoci prakticky, a to například s domácími povinnostmi, organizací času a díky tomu budete mít více času na odpočinek. Tím dochází k celkovému snížení zátěže a člověk může regenerovat. Nebo vás rodina může přimět k nějakým volnočasovým aktivitám, které vám budou přinášet radost a energii (Déhora,2025).

Důležitá je také schopnost blízkých rozpoznat první varovné signály vyhoření. Patří mezi ně například chronická únava, podrážděnost, uzavření se do sebe nebo ztráta zájmu o práci. Rodina a přátelé na to mohou upozornit a případně pomoct zpomalit, nastavit hranice a vyhledat odbornou pomoc. Díky tomu může být syndrom vyhoření zachycen včas a může se adekvátně řešit (Dutková, 2023).

1.4.2 Sociální opora

Podpora ze strany rodiny a přátel je jedním z nejdůležitějších faktorů v prevenci syndromu vyhoření, protože pomáhá zmírňovat dopady dlouhodobého stresu a psychické zátěže. Otevřená a důvěrná komunikace umožňuje jedinci i porodním asistentkám sdílet své pocity, obavy i frustrace, což přispívá k jejich lepšímu zpracování a celkové psychické úlevě. Důležitou roli hraje také každodenní podpora v běžném životě. Tím dochází ke snížení celkového zatížení a člověk má více prostoru na regeneraci. Blízcí také mohou podporovat zdravé návyky, jako je dostatek spánku, pravidelný odpočinek nebo trávení času mimo pracovní prostředí. Společně strávený čas navíc přispívá k psychické pohodě a pomáhá obnovovat energii (Kabele, 2018).

Sociální opora je psychologický pojem označující pomoc a podporu, kterou člověk získává od svého sociálního okolí, tedy od rodiny, přátel, partnera nebo kolegů. Nejde přitom pouze o samotnou přítomnost druhých lidí, ale především o kvalitu vztahů a subjektivní pocit, že se na ně může jedinec spolehnout. Důležitý je zejména pocit přijetí, bezpečí a porozumění, který umožňuje otevřeně sdílet své prožívání a hledat způsoby, jak zvládat náročné situace. Sociální opora je proto považována za významný zdroj psychické stability. Tato opora má několik základních forem, které se navzájem doplňují. Emoční opora zahrnuje projevy empatie, zájmu, pochopení a blízkosti, které pomáhají zmírňovat negativní emoce a posilují pocit jistoty. Instrumentální (praktická) opora spočívá v konkrétní pomoci, například při zvládání každodenních úkolů nebo řešení problémů. Informační opora představuje poskytování rad, doporučení a sdílení zkušeností, které mohou člověku pomoci lépe se orientovat v obtížné situaci. Hodnotící

opora pak zahrnuje zpětnou vazbu, uznání a ujištění, které podporují sebedůvěru a pocit vlastní kompetence. Sociální opora působí jako tzv. ochranný (protektivní) faktor, který snižuje negativní dopady stresu na psychiku člověka. Pomáhá regulovat emoce, zlepšuje schopnost zvládat zátěžové situace a posiluje psychickou odolnost. Lidé, kteří mají dostatek kvalitních vztahů a cítí podporu svého okolí, jsou obecně méně ohroženi vznikem psychických obtíží, včetně syndromu vyhoření. Sociální opora navíc přispívá k lepšímu sebevnímání, vyšší spokojenosti a celkové kvalitě života. Význam sociální opory spočívá také v tom, že nepůsobí pouze v krizových situacích, ale i jako dlouhodobý stabilizační prvek. Pravidelný kontakt s blízkými lidmi, sdílení zážitků a pocit sounáležitosti pomáhají udržovat psychickou rovnováhu a předcházet hromadění stresu. V kontextu prevence syndromu vyhoření je proto důležité nejen podporu přijímat, ale také aktivně udržovat a rozvíjet mezilidské vztahy. Právě kvalitní sociální vazby představují jeden z nejúčinnějších nástrojů ochrany duševního zdraví (Scholz, 2018).

1.4.3 Prevence v pracovním kolektivu, u spolupracovníků

Prevence v pracovním kolektivu je stejně důležitá jako jakákoliv jiná prevence vůči syndromu vyhoření, protože všechny mezilidské vztahy hrají velkou roli. Podpůrná atmosféra a vzájemný respekt mezi kolegy mohou výrazně snížit míru stresu a napětí. Pokud se lidé na pracovišti cítí bezpečně, jsou ochotnější sdílet své problémy a včas řešit nastávající obtíže, což pomáhá předcházet dlouhodobému přetížení. Důležitá je také spolupráce a pomoc mezi kolegy navzájem. Pokud si zaměstnanci dokážou rozdělit práci, zastoupit se v náročných obdobích nebo si navzájem poradit, snižuje se individuální zátěž. Kolegové mohou poskytovat nejen praktickou pomoc, ale i emoční podporu, například formou povzbuzení, uznání nebo sdílení podobných zkušeností. Takové prostředí podporuje pocit sounáležitosti a snižuje riziko izolace, která je jedním z faktorů přispívajících k vyhoření (BOZP, 2025).

Velký význam má i způsob komunikace na pracovišti. Otevřená a respektující komunikace umožňuje řešit konflikty včas a předcházet jejich eskalaci. Zaměstnanci by měli mít možnost vyjádřit svůj názor, sdílet své potřeby a upozornit na přetížení bez obavy z negativních reakcí. Podpora ze strany kolegů i nadřízených v těchto situacích přispívá k lepšímu zvládání stresu a posiluje důvěru v pracovním kolektivu. Prevence syndromu vyhoření v pracovním kolektivu zahrnuje také podporu rovnováhy mezi

pracovním a osobním životem. Kolegové i vedení by měli respektovat potřebu odpočinku, dovolené a osobního času. Podpora zdravých pracovních návyků, jako je pravidelný odpočinek během pracovní doby nebo realistické plánování úkolů, pomáhá předcházet chronickému přetížení. Společné aktivity mimo práci mohou navíc posilovat vztahy na pracovišti a přispívat k lepší atmosféře (Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2025).

Prevence syndromu vyhoření v interpersonálních vztazích vychází především z kvality mezilidských kontaktů a způsobu, jakým lidé mezi sebou komunikují a navazují vztahy. Zdravé vztahy jsou založené na respektu, důvěře a otevřenosti, což vytváří bezpečné prostředí pro sdílení emocí i problémů. Důležitým prvkem prevence je také schopnost nastavovat si v mezilidských vztazích zdravé hranice. Nedostatek hranic může vést k přetěžování, pocitu vyčerpání a postupnému vyhoření. Vztahy by proto měly být vyvážené, aby nedocházelo k jednostrannému dávání bez dostatečné zpětné podpory. Respektování vlastních potřeb je v tomto ohledu klíčové (Centrum triangl, 2025).

Prevence syndromu vyhoření v interpersonálních vztazích zahrnuje také vědomou péči o vztahy. To znamená udržovat kontakt s blízkými, věnovat jim čas a pozornost a aktivně budovat kvalitní mezilidské vazby. Silné a stabilní vztahy poskytují oporu v náročných obdobích a zvyšují celkovou životní spokojenost. Právě dlouhodobě kvalitní vztahy představují jeden z nejúčinnějších způsobů, jak chránit své duševní zdraví a předcházet syndromu vyhoření (Journal of school health, 2023).

1.4.4 Prevence v organizacích, u zaměstnavatele

Víceméně žádnou kolektivní prevenci v organizacích nemáme. U syndromu vyhoření jde spíše o pracovní podmínky, aby syndrom vyhoření nevznikl, např. uzpůsobení platu nebo požadavky na zaměstnance. Problém je, že ani jedno téměř nefunguje. Syndrom vyhoření se nejčastěji objevuje u pomáhajících profesí, mezi které patří samozřejmě i porodní asistentky, a tam moc peněz ani málo nároků není. Syndrom vyhoření pochází z nadměrného a chronického stresu. Nezpůsobuje ho stres krátkodobý ani intenzivní. Stále ale nebyl přidán mezi nemoci z povolání. U lidí, kteří vyhořeli, vidíme, že chodí pozdě do práce, protahují si pauzy, chvátají co nejdříve domů. A hlavně se zhoršuje kvalita jejich práce (Josra, 2022).

Každý dobrý zaměstnavatel by měl mít schopné a angažované zaměstnance. Je dobré, když zná kolektiv zaměstnanců a pozná, že něco není v pořádku. Pokud člověk cítí, že jeho nadřízený (zaměstnavatel) šetří chválou nebo jej psychicky deptá a nepodporuje jeho účast na vzdělávacích programech, je načase sáhnout ke změně zaměstnání. Na pracovišti může dojít například k neangažovanosti pracovníků, ke zvýšené nemocnosti, konfliktům a také k pasivitě. Řešení může nabídnout zaměstnavatel ve formě ambasadora, který má za úkol řešit neshody a konflikty. Je dobré, když má zaměstnanec možnost alespoň si upravit směny, aby měl čas i pro sebe, nebyl pořád jen v práci a mohl čerpat volno a dovolenou. Další možností je pravidelné zjišťování spokojenosti zaměstnanců například formou anonymního dotazníku a podporou bezpečného pracovního prostředí (Déhora, 2025).

Pokaždé záleží na samotném jedinci, jak přistupuje k práci a vnímá okolí. Jinak to bude vnímat introvert a jinak extrovert. Tím pádem není pro zaměstnavatele jednoduché se přizpůsobit každému. Někdo bude raději pracovat v týmu a druhý zase bude raději pracovat sám. Zaměstnavatel může tedy některé věci pro zlepšení pracovního prostředí udělat, ale ne vždy to bude ta prevence syndromu vyhoření, co každý potřebuje (Dutková, 2023).

1.4.5 Prevence a pomoc u specialisty

Jestliže jsou veškerá předešlá doporučení bez efektu (jako např. změna životního stylu, zlepšení vztahů na pracovišti i v soukromí) a vyskytují se symptomy, které by mohly tvořit podklad pro psychosomatická onemocnění nebo projevy závislosti (alkohol, drogy apod.), je nutné ihned hledat odbornou pomoc. Lze využít i telefonickou linku důvěry nebo naděje a krizová centra. Tyto linky jsou zcela anonymní, mají odbornou způsobilost, jsou snadno dostupné a jsou provázané s dalšími službami. Takovými linkami jsou např. Linka psychopomoci ČAPZ (Česká asociace pro psychické zdraví), která je v provozu každý všední den od 9:00 do 21:00 hodin na tel. č. 224 214 214, 777 783 146 nebo na emailu: psychopomoc@capz.cz, a Linka důvěry CKI (Centrum krizové intervence) Bohnice, která je určena pro dospělé v provozu 24 hodin denně na tel. č. 284 016 666 (Psychoportál, 2016). Linka důvěry CKI Bohnice je určena především lidem, u kterých propukla životní pohroma manifestující se negativními myšlenkami (deprese, úzkosti, panika, pocity ohrožení, myšlenky na sebevraždu apod.), lidem s léčeným psychiatrickým onemocněním a při náhlém zhoršení jejich zdravotního

stavu. Pro osobní kontakt existují Centra krizové intervence (krizová centra), která nabízejí již zmíněnou neodkladnou pomoc 24 hodin denně bez nutnosti objednání. Vhodným řešením v krizové situaci je konzultace, poradenství zaměřené na řešení problémů či koučing (odborné poradenství). Někdy lidé vnímají danou situaci příliš negativně. Hlavně zdravotníci by si měli uvědomit, že veškeré negativismy mohou lehce přenášet na pacienta. Proto je důležitá včasná terapie nejen z hlediska psychofyzické rovnováhy zdravotníka, ale také kvůli pacientovi, protože ti všichni vnímají vše kolem sebe citlivěji (Bohnice, 2016).

1.4.6 Supervize - individuální, skupinová, autosupervize

Nedílnou součástí života každé porodní asistentky je nutnost zvyšování kvalifikace. Celoživotní rozvoj umožňuje supervize, která se zaměřuje na zdokonalení profesionálních dovedností a vytváří na pracovišti „vzdělávací prostředí“. Je soustředěna na aktivitu porodních asistentek v bezpečném a tvořivém prostředí. Supervize podporuje pracovní růst sester, atmosféru a organizaci práce.

Individuální supervize probíhá mezi porodní asistentkou a supervizorem. Poskytuje bezpečný prostor pro otevřené sdílení osobních i pracovních problémů, které by mohl člověk v kolektivu obtížně sdělovat. V rámci individuální supervize se řeší konkrétní situace z praxe, emoce spojené s prací nebo například nastavení hranic vůči klientům či kolegům. Tento typ supervize je velmi účinný v prevenci vyhoření, protože umožňuje hlubší sebereflexi a individuální podporu, která pomáhá lépe zvládat zátěž (Československá psychologie, 2017).

Skupinová supervize probíhá v rámci pracovního kolektivu nebo menší skupiny pracovníků a vede ji supervizor. Jejím přínosem je sdílení zkušeností mezi kolegy, vzájemná podpora a možnost nahlédnout na problém z různých úhlů pohledu. Skupina může nabídnout nové strategie řešení a zároveň posiluje pocit sounáležitosti.

Autosupervize, neboli sebereflexe, představuje schopnost jedince samostatně přemýšlet o své práci, chování a prožívání. Jde o vědomé zastavení a zhodnocení vlastních reakcí, emocí a způsobů řešení situací. Autosupervize pomáhá pracovníkovi uvědomit si své limity, potřeby i varovné signály přetížení. Díky tomu může včas upravit své pracovní tempo, nastavit si hranice nebo vyhledat pomoc.

V kontextu prevence syndromu vyhoření je autosupervize důležitá zejména jako každodenní nástroj péče o vlastní psychické zdraví. Umožňuje průběžně zpracovávat stres a předcházet jeho hromadění. V kombinaci s individuální a skupinovou supervizí vytváří komplexní systém podpory, který pomáhá pracovníkům zvládat náročné situace, udržovat si odstup od práce a dlouhodobě si zachovat motivaci i pracovní spokojenost (Skvělí lidé, 2022).

1.5 Syndrom vyhoření v oboru porodní asistence

Syndrom vyhoření se týká všech zdravotnických pracovníků. Tudíž i porodních asistentek. Mnoho lidí si možná stále myslí, že porodní asistentky nemůžou mít syndrom vyhoření, že mají krásnou práci. To je sice pravda, ale ne všechny okamžiky jsou jen hezké. Porodní asistentky bývají často emočně a psychicky vyčerpané. Nutno mluvit o tom, že standardy péče čím dál více rostou a tím je kladeno na porodní asistentky mnohem více nároků. Syndrom vyhoření se může týkat až jedné třetiny porodních asistentek (JOGNN, 2023).

Výzkumy ukazují, že porodní asistentky a lékaři v porodnictví mají stejnou míru syndromu vyhoření jako ostatní profese. Traumatické porodnické události jsou sice vzácné, ale zato velice psychicky náročné. Dochází pak k emočnímu vyčerpání a depersonalizaci. Nemocnice by měly zavést účinné strategie na podporu lékařů a porodních asistentek v takových událostech. Také vyšší míra vzdělání by mohla zvýšit znalosti a odolnost. Speciální školení by mohlo snižovat syndrom vyhoření a také zlepšovat kvalitu péče (MCN, 2024).

Existuje osobní vyhoření, pracovní vyhoření a klientské vyhoření. Z hlediska osobního vyhoření souvisí vysoká míra syndromu vyhoření s nízkým platem a nedostatkem profesního uznání, což by mohlo snižovat míru pracovního nasazení. Pracovní vyhoření souvisí s nespokojeností v organizaci a pracovními spory. Veliká míra chronického stresu a úzkostné situace rapidně zvyšují vznik syndromu vyhoření. Ačkoliv míra syndromu vyhoření, související s klienty byla nejnižší, hraje také významnou roli. Plyne to z neustále větších nároků jak klientů i celých rodin. Nutno si dobře rozvrhnout jak osobní, tak pracovní život, aby byla snížena pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření (MDPI, 2020).

1.5.1 Stresové situace, stresory při práci porodní asistentky

Stres je psychický a fyzický stav člověka, který vzniká jako reakce organismu na nepříjemnou situaci či zážitek. Jde o přirozenou obrannou reakci těla jak se s danou situací vypořádat. Z biologického hlediska dochází k vyplavování určitých hormonů (kortizol, adrenalin a noradrenalin), které nás lidi připravují na dvě nejčastější reakce v nebezpečné situaci, a to je útěk nebo boj. Primární reakce je automatická, ale pak existuje další oblast, se kterou se dá pracovat. Posilovat svoji odolnost, porozumění, vytvářet a osvojovat si dostatečné nástroje k vlastní podpoře.

Stresová reakce se dá rozdělit do několika fází. Alarmová, akutní fáze - člověk prožívá stresovou situaci a rozhoduje se, jestli bojovat nebo utéct. Je potřeba tedy tělo připravit na velký výkon. Vyplavují se adrenalinové hormony do krve a tím zajistí přísun energie do srdce, svalů a mozku. Fáze rezistence, chronický stres - člověk se snaží stresovou situaci vyřešit, zvládnout nebo se přizpůsobit. To může trvat nějakou dobu. V těle probíhá dlouhodobá aktivace v podobě uvedených příznaků. Pokud se tělu podaří stresu odolat, vrátí se do klidového režimu. Pokud ne, dochází pomalu k vyčerpání. Fáze vyčerpání - tělo se vyčerpalo dlouhodobým bojem se stresem a utlumuje imunitní systém, a to může vést k závažným zdravotním problémům.

Potom jsou ještě závažné reakce na stres. Akutní stresová reakce - přechodná porucha vznikající například kvůli traumatické situaci. Obvykle odezní do několika hodin či dnů. Posttraumatická stresová porucha - úzkostná porucha objevující se po traumatické události. Ta se nemocnému vrací ve snech nebo vzpomínkách a spouštěčem může být jen okrajové připomenutí události. Poruchy přizpůsobení - neschopnost přizpůsobit se nové situaci. Například ztráta blízkého, nemoc nebo narození dítěte (EUC, 2023).

Časté zdroje stresu jsou problémy v životě, nadměrná pracovní zátěž, problémy v ekonomické oblasti života, ztráta/smrt blízké osoby, společenský tlak a zdravotní problémy. Pokud stres přetrvává dlouho, neprojevuje se jen psychologicky, ale také fyziologicky. Třeba problémy s trávením, nedostatečné stravování nebo naopak přejídání. Dále následují bolesti hlavy, migrény, potíže se spánkem, bolest zad a dermatologické obtíže. Důsledky stresu na život člověka jsou asi každému známé. Mnoho lidí jim ale nevěnuje tolik pozornosti, kolik by měli. Můžeme tak předcházet mnohým závažnějším potížím.

Jak tedy stres zvládat. Na každého samozřejmě platí něco jiného a je proto dobré vyzkoušet víc věcí: relaxační techniky, dechová cvičení, fyzická aktivita, rozhovor s blízkými osobami, vyhnutí se zvýšenému množství podnětů, nastavení hranic a schopnost říct „ne“, vizualizace bezpečného místa, přítomné vnímání a meditace (Terapio, 2025).

Faktory, které spouštějí stresové reakce, se nazývají stresory. Vnímání stresorů je také individuální, každý může za stresor vnímat něco jiného. Mezi vnější patří – hluk, překážky, které nám brání v plnění základních potřeb, zátěž při výkonu, sociální stresory, vnitřní konflikty. Nutno říci, že takových stresorů a stresových situací mají porodní asistentky ve své práci až až. Těžké porody, dlouhé porody a mnoho dalšího. Porodní asistentky se s takovým stresem setkávají každý den. Musejí se tomu bránit, aby nedošlo k dlouhodobému nebo chronickému stresu. Pomáhá tomu například svěřit se kolegyním a poradit se s nimi o svých problémech. Nebo mít nějaké svoje koníčky, při kterých na to zapomeneme. Když už nic nepomáhá a je nejhůř, dá se použít i nějaká medikace. Zejména homeopatika, doplňky stravy s obsahem bylin a minerálů, které zvyšují schopnost organismu vypořádat se s nadměrnou fyzickou a psychickou zátěží. Patří k nim rozchodnice růžová, arálie mandžúská, klanopraška čínská a parcha saflorová. Stres zmírňuje také horčík (Opatruj se, 2021).

1.5.2 Péče o porodní asistentky při nástupu do zaměstnání

Každá porodní asistentka, která nastoupí po ukončení studia do své profese, by si měla být vědoma náročnosti a rizik své práce, a to nejen po stránce psychické, fyzické ale i emocionální. Práce vyžaduje větší výdej energie, než se jí třeba momentálně dostává. Co může být přínosem pro zdravotnickou profesi? Teoretická a praktická příprava ve škole – především přednášky psychologie a ošetřovatelství. Dále to jsou osobnostní předpoklady pro profesi a kvalitní nástupní praxe. Nástupní praxe je dána zákonem. Možno ji řadit za určitou formu supervize, kdy pracovník pracuje po určitou dobu pod odborným dohledem školitele nebo odborně zkušených kolegů. Zkušený personál by měl začínající kolegyni poskytnout pomoc a plně jí podporovat v začátcích, jelikož podle toho se bude později rozhodovat, zda na tomto pracovišti zůstane celoživotně nebo zda bude hledat práci jinde (Moravcová, 2024).

Důležitá je sebereflexe vlastních nedostatků, ale především osobní pocity, a to ve všech situacích, ve kterých se nacházíme. Aby sebereflexe byla úspěšná, je důležité se řídit

níže uvedenými body: uvědomovat si to, jak se chováme, co děláme a jak všechno prožíváme. Provádět pravidelné sebehodnocení (uvažovat o tom, jaké faktory ovlivňují naše jednání). Písemně si vše zaznamenávat a provádět rozbor výsledků sebehodnocení (introspekce). Vést osobní život, mít přátele a koníčky. Člověku, který zanedbává svůj osobní život, se tento postupně rozpadá. Mezi ohrožené patří zejména ženy, které plní roli matek a manželek. V soukromém životě si člověk upevňuje vztahy, má zde své zázemí, ale především může čerpat energii pro svoji náročnou profesi. Nedílnou součástí je kvalita partnerského vztahu i sexuálního života. Porodní asistentka by si měla pěstovat nejen dobré vztahy v rodině, ale také se svými přáteli, známými, spolupracovníky a okolím. Dobrá je fyzická kondice, relaxace, zdravá životospráva (jíst zdravěji po menších porcích 5x denně), sport, či jakékoliv další pohybové aktivity (procházky, turistika, vycházky, jóga, meditace, masáže apod.), dostatek spánku, tekutin, pravidelný denní rytmus, což zní jako neustále opakovaná a banálně znějící doporučení, která se vyskytují kdekoli, ale fungují. Důležité je oddělení práce od soukromí. Ve zdravotnictví se setkáváme s nejrůznějšími lidskými osudy různého charakteru, obzvlášť často porodní asistentka soucítí s trpícími rodičkami, potom je těžké oddělit blížící se konec pracovní doby a nebrat si problémy rodiček domů. A obráceně se mohou vyskytnout i problémy v oblasti soukromí, kdy často dochází k zavlečení těchto konfliktů do práce s následky špatného pracovního výkonu a zhoršenou péčí o pacienta (Honzák, 2022).

1.6 Vymezení pojmu porodní asistence

Porodní asistence je definována jako zdravotní péče poskytovaná porodní asistentkou. Za výkon povolání porodní asistentky považujeme poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, což zahrnuje zajištění nezbytného dohledu, péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a v šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky. Zahrnuje vedení fyziologického porodu a péči o novorozence, přičemž součástí této péče je i ošetřovatelská péče o ženu v gynekologii. Porodní asistentka rovněž spolupracuje s lékařem v preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné či dispenzární péči (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021). Tato definice je podporována i zákonem č. 96/2004 Sb., který upravuje podmínky a způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky. Vzdělávání porodních asistentek probíhá na vysokých školách a je regulováno metodickými pokyny, přičemž standardní délka studia je minimálně tři roky. Porodní asistence se dá studovat na 12 vysokých školách v České republice.

Studentky jsou povinné splnit jisté podmínky v praxi v porodnictví, gynekologii a neonatologii. Po vystudování bakalářského programu mohou dále pokračovat v magisterském a poté doktorském studiu. Porodní asistentka může pro samostatnou činnost získat od Ministerstva zdravotnictví Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu a následně být zapsána do národního registru porodních asistentek, který vede Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (Procházka et al., 2020).

1.7 Obor Porodní asistence

V České republice je porodní asistence upravena několika právními předpisy, které definují podmínky a rozsah této zdravotnické profese. Základním zákonem je zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Tento zákon stanovuje definici porodní asistentky, její kompetence a podmínky výkonu povolání, včetně práv a povinností při poskytování péče během těhotenství, porodu a šestinedělí (MZČR, 2004).

Dále je významný zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, které upravuje obecné podmínky poskytování zdravotních služeb včetně možností samostatného výkonu činností porodních asistentek. Tento zákon reguluje způsobilost k poskytování těchto služeb a stanoví rámec pro bezpečnost pacientů (MZČR, 2011).

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků stanovuje detailní podmínky a rozsah činností, které mohou porodní asistentky vykonávat samostatně, například vedení fyziologického porodu (MZČR, 2011). Kromě toho vyhláška č. 92/2012 Sb. specifikuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, kde se tyto služby poskytují (MZČR, 2012), a vyhláška č. 99/2012 Sb. určuje minimální personální zabezpečení na těchto pracovištích (MZČR, 2012).

Celkově tak právní rámec porodní asistence tvoří soubor zákonů a vyhlášek, které společně definují kompetence, odpovědnost a podmínky výkonu této profese v České republice (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021).

1.8 Kompetence porodní asistentky

Porodní asistentka má rozsáhlé kompetence v oblasti gynekologie, porodnictví, neonatologie, veřejného zdraví a etiky. Porodní asistentka zajišťuje komplexní péči

v těhotenství a dokáže rozpoznat patologické stavy. Vede bezpečný, respektující porod a je schopna zvládat nouzové situace, monitorovat vitální funkce matky, vyšetřovat dělohu, sledovat postup porodu a dbát o fyzickou i psychickou podporu ženy a rodiny. Zajišťuje i poporodní péči o novorozence, včetně hodnocení stavu novorozence, podporu kontaktu kůže na kůži a začátek kojení (UNIPA, 2025).

Důležitá je také edukace a poradenství vůči ženám, které porodní asistentka provází v průběhu těhotenství, porodu i po porodu. Nutná je také role porodní asistentky v multidisciplinárním týmu a její kontinuální profesní rozvoj, aby byla schopna reflektovat nové poznatky medicíny a péče založené na důkazech (Roztočil, 2017).

Nejenom edukace žen je důležitá, ale také poradenství a edukace celých rodin a komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reproduktivního zdraví a péče o dítě. Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoliv prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek (Laskavý porod, 2023).

Porodní asistentky se nemusejí starat pouze o těhotné ženy a ženy po porodu, ale také o ženy v menopauze. Dále také mohou pracovat na klinikách reprodukční medicíny, poskytovat poradenství ohledně sexuality, péče o ženy v rámci gynekologie jako je prevence, podílet se na odhalování rizik a na případném zprostředkování lékařské pomoci (Jornal of Midwifery & Woman´s Health, 2023).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

C1: Zjistit, zda porodní asistentky netrpí syndromem vyhoření.

C2: Zjistit, zda porodní asistentky provádějí prevenci proti syndromu vyhoření.

2.2 Hypotézy

H1: Porodní asistentky mají syndrom vyhoření v závislosti na délce praxe.

H2: Porodní asistentky provádějí prevenci syndromu vyhoření v souvislosti s volným časem.

2.3 Operacionalizace pojmů

Syndrom vyhoření je stav dlouhodobého fyzického a psychického vyčerpání způsobený nadměrným stresem, kdy člověk ztrácí energii, motivaci i chuť do práce.

Porodní asistentka je vysokoškolsky vzdělaná zdravotnická pracovnice, která v rozsahu svých kompetencí pečuje o ženy v oblasti gynekologie a porodnictví.

3 Metodika

3.1 Metodika technika výzkumu

Pro zpracování bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda. Jako technika sběru dat byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval celkem 58 otázek. Dotazník byl zaměřen na zjištění míry syndromu vyhoření u porodních asistentek, identifikaci jeho příznaků a zhodnocení možností prevence v souvislosti s volným časem.

Dotazník obsahoval uzavřené, polouzavřené i otevřené otázky. Otázky byly tematicky rozděleny do několika oblastí – identifikační údaje respondentek, fyzické a psychické příznaky syndromu vyhoření, pracovní zatížení, subjektivní prožívání práce a způsoby odpočinku a relaxace.

Získaná data byla následně převedena do kódované podoby a zpracována pomocí statistických metod. Pro ověření stanovených hypotéz byly využity kontingenční tabulky, chí-kvadrát test nezávislosti a test shody dvou relativních četností. Výsledky byly prezentovány pomocí tabulek a slovně interpretovány.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily porodní asistentky gynekologicko-porodnického oddělení v Nemocnici České Budějovice. V rámci kvantitativního výzkumného šetření bylo osloveno celkem 83 respondentek, které splnily stanovená kritéria pro zařazení do výzkumu. Dotazníkové šetření bylo realizováno anonymní formou, přičemž návratnost dotazníků činila 100 %, jelikož byly distribuovány a sbírány přímo na pracovišti.

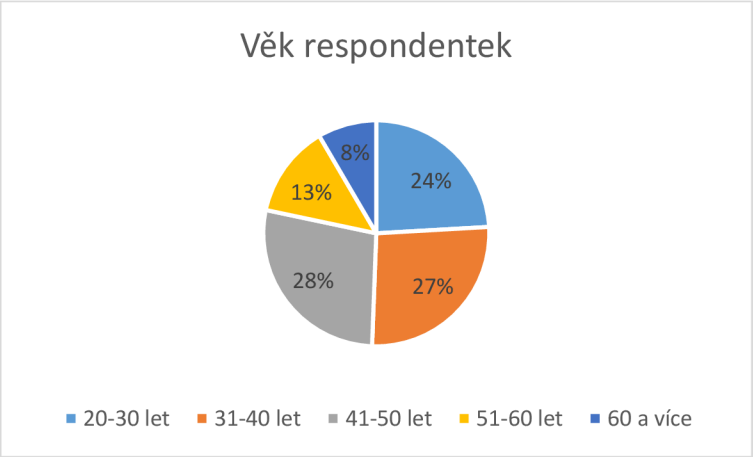
Respondentky se lišily zejména délkou odborné praxe, dosaženým vzděláním a pracovním zařazením v rámci oddělení, což umožnilo analyzovat souvislosti mezi výskytem syndromu vyhoření a jednotlivými faktory, zejména délkou praxe a možnostmi trávení volného času. Výzkumný soubor tak poskytuje dostatečně variabilní základ pro statistické zpracování dat a ověření stanovených hypotéz.

4 Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření zaměřeného na výskyt syndromu vyhoření u porodních asistentek a na faktory, které jej mohou ovlivňovat. Získaná data jsou zpracována přehledně pomocí tabulek, grafů a doplněna o slovní interpretaci. Pozornost je věnována jak jednotlivým dílčím otázkám, tak i souvislostem mezi vybranými proměnnými, které jsou dále využity při ověřování stanovených hypotéz.

4.1 Grafické výsledky dotazníkového šetření

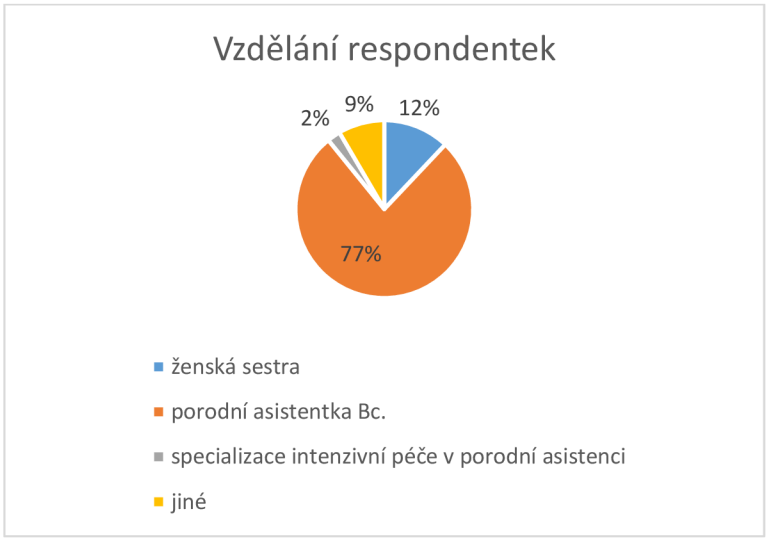
Graf 1 Věk respondentek



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 1 znázorňuje věkové rozložení respondentek. Nejpočetnější skupinu tvoří porodní asistentky ve věku 41–50 let (23 respondentek, 28 %), následované kategorií 31–40 let (22 respondentek, 27 %) a 20–30 let (20 respondentek, 24 %). Naopak méně zastoupené jsou věkové skupiny 51–60 let (11 respondentek, 13 %) a 60 a více let (7 respondentek, 8 %). Výsledky ukazují, že výzkumný soubor je tvořen převážně ženami ve středním produktivním věku, což může ovlivňovat jejich zkušenosti i vnímání syndromu vyhoření.

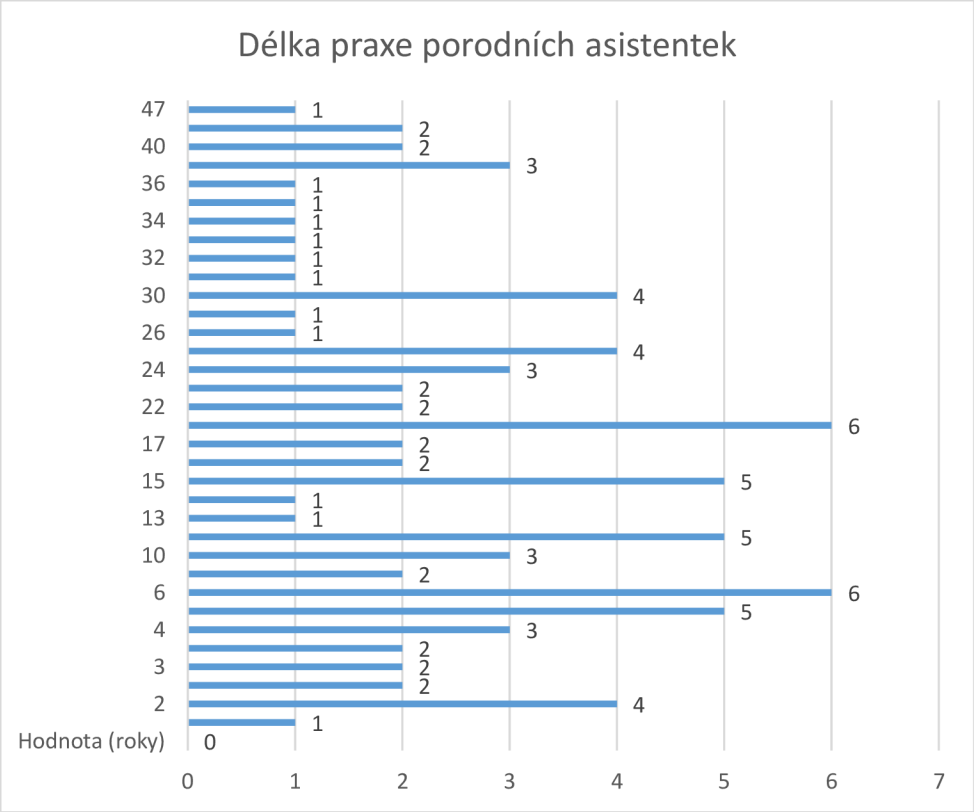
Graf 2 Vzdělání respondentek



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 2 znázorňuje dosažené vzdělání respondentek. Největší zastoupení mají porodní asistentky s bakalářským vzděláním (64, 77 %), což výrazně převažuje nad ostatními kategoriemi. Menší část tvoří ženské sestry (10, 1 %) a respondentky s jiným typem vzdělání (7, 9 %), zatímco specializaci v intenzivní péči uvedly pouze 2 respondentky (2 %). Výsledky ukazují, že většina dotazovaných má standardní odborné vzdělání v oboru porodní asistence.

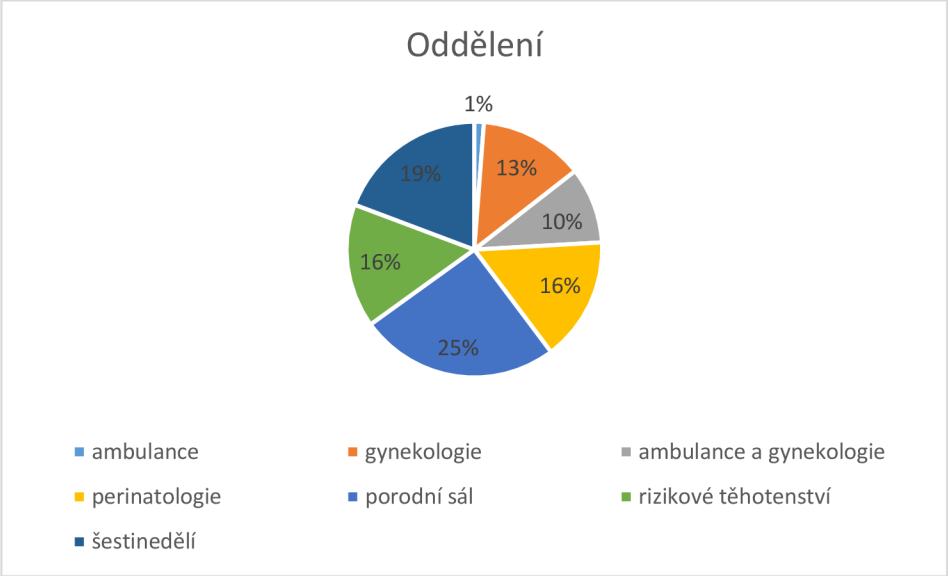
Graf 3 Délka praxe porodních asistentek



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3 znázorňuje délku praxe respondentek v oboru porodní asistence. Nejčastěji je zastoupena skupina s praxí kolem 20 let (10 odpovědí), dále pak 15 let (6 odpovědí) a 5–6 let (shodně 5 odpovědí). Z výsledků je patrné, že výzkumný soubor je velmi různorodý a zahrnuje jak začínající porodní asistentky, tak i velmi zkušené pracovnice s dlouholetou praxí. Tato rozmanitost umožňuje komplexnější pohled na problematiku syndromu vyhoření napříč různými fázemi profesní kariéry.

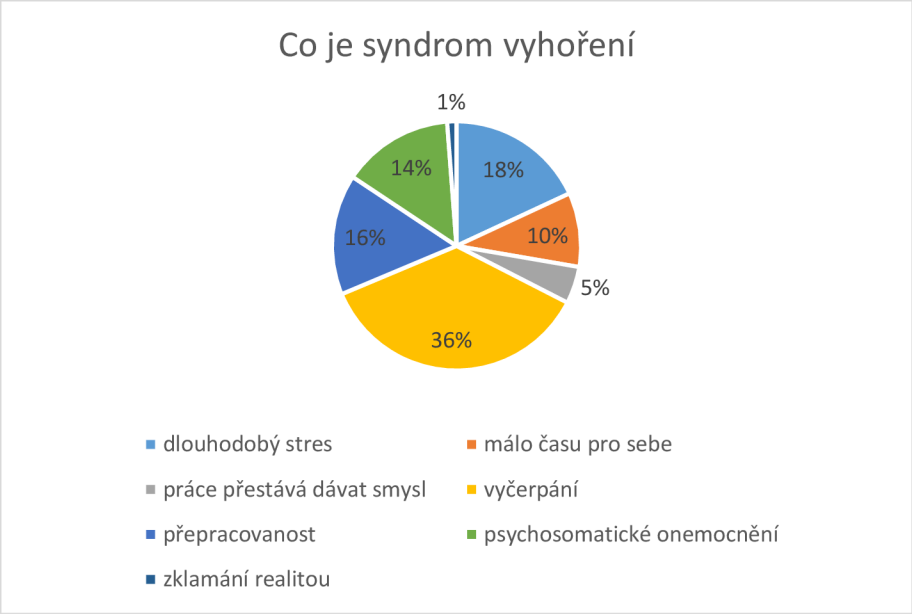
Graf 4 Oddělení, na kterém respondentky pracují



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4 znázorňuje zastoupení respondentek podle pracoviště. Nejvíce respondentek pracuje na porodním sále (21, 25 %), dále na oddělení šestinedělí (16, 19 %) a shodně na perinatologii a oddělení rizikového těhotenství (13, 16 %). Menší zastoupení mají respondentky z gynekologie (11, 13 %), kombinovaného pracoviště ambulance a gynekologie (8, 10 %) a samotné ambulance (1, 1 %). Výsledky ukazují, že většina dotazovaných pracuje na klinicky náročnějších odděleních spojených s péčí o rodičky a novorozence.

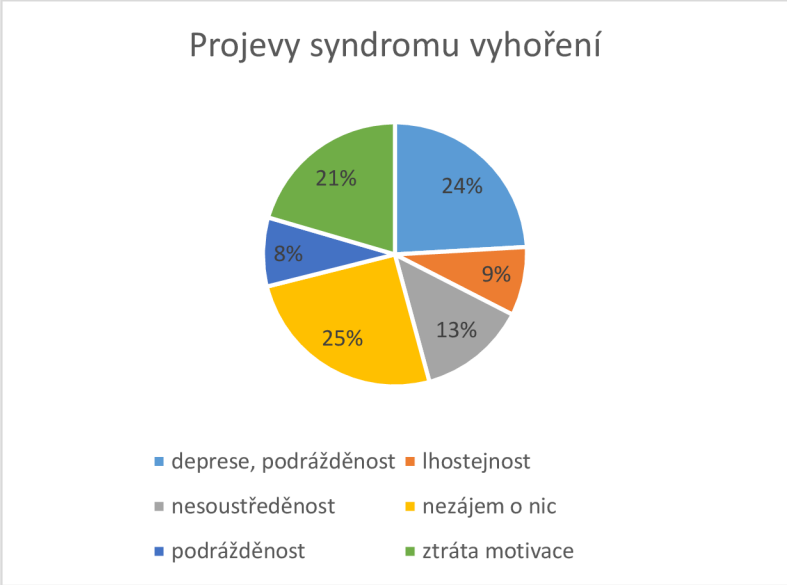
Graf 5 Pojem syndrom vyhoření



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 5 znázorňuje zastoupení jednotlivých projevů syndromu vyhoření u respondentek. Nejčastěji bylo uváděno vyčerpání (30 respondentek, 36 %), dále dlouhodobý stres (15, 18 %) a přepracovanost (13 respondentek, 16 %). Významné zastoupení má také psychosomatické onemocnění (12 respondentek, 14 %) a nedostatek času pro sebe (8, 10 %). Méně často respondentky uváděly, že práce přestává dávat smysl (4, 5 %), a pouze ojediněle bylo zmíněno zklamání realitou (1 respondentka, 1 %). Výsledky ukazují, že nejvýraznějším projevem syndromu vyhoření je celkové vyčerpání a dlouhodobá psychická i pracovní zátěž, zatímco ztráta smyslu práce a zklamání realitou se objevují spíše okrajově.

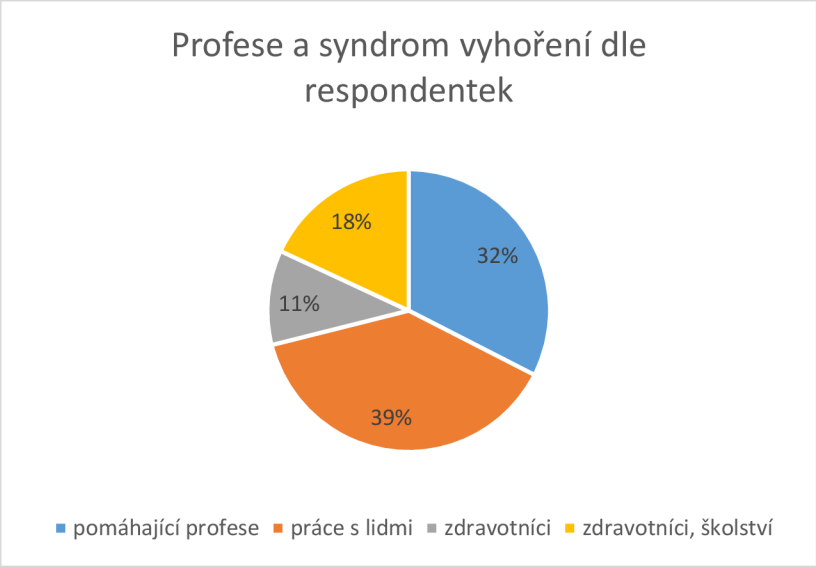
Graf 6 Projevy syndromu vyhoření



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6 znázorňuje zastoupení jednotlivých projevů syndromu vyhoření u respondentek. Nejčastěji byl uváděn nezájem o nic (21, 25 %) a deprese spolu s podrážděností (20 respondentek, 24 %). Významné zastoupení má také ztráta motivace (17, 21 %) a nesoustředěnost (11 respondentek, 13 %). Méně často respondentky uváděly lhostejnost (7, 9 %) a podrážděnost (7 respondentek, 8 %). Výsledky ukazují, že syndrom vyhoření se nejčastěji projevuje emočním vyčerpáním, ztrátou zájmu o okolí a poklesem motivace, zatímco lhostejnost a samotná podrážděnost se objevují spíše okrajově.

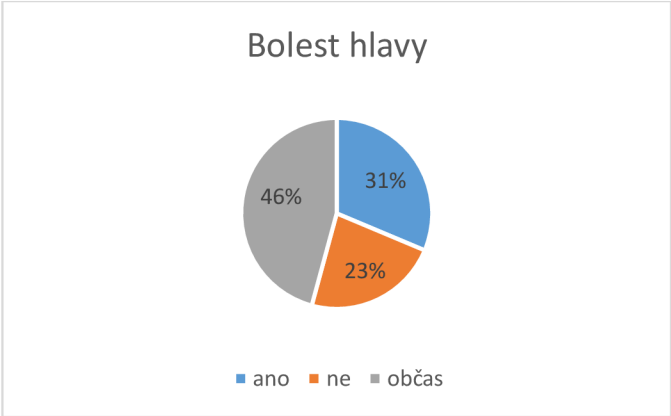
Graf 7 Profese a syndrom vyhoření dle respondentek



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 7 znázorňuje, u jakých profesí se podle respondentek nejčastěji vyskytuje syndrom vyhoření. Nejvíce odpovědí získala kategorie práce s lidmi (32 respondentek, 39 %) a pomáhající profese (27, 32 %). Dále respondentky uváděly kombinaci zdravotnictví a školství (15, 18 %) a nejméně často samotné zdravotníky (9, 11 %). Výsledky ukazují, že syndrom vyhoření je nejvíce spojován s profesemi vyžadujícími každodenní intenzivní kontakt s lidmi, přičemž nejvíce ohrožené jsou obecně pomáhající a klientsky orientované profese.

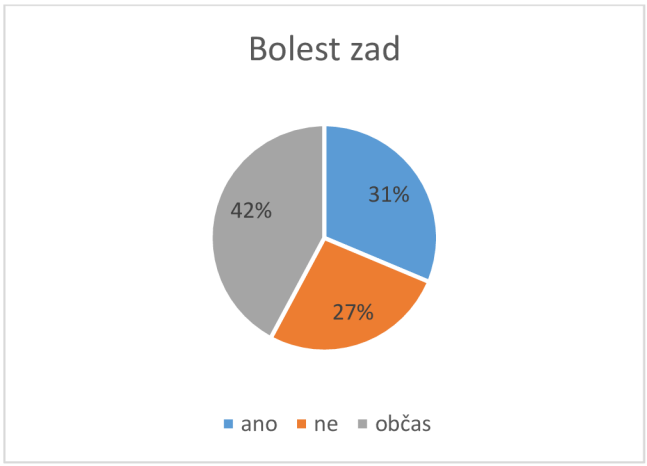
Graf 8 Bolest hlavy



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 8 znázorňuje odpovědi respondentek, zda trpí bolestmi hlavy. Nejčastěji respondentky uvedly, že bolestmi hlavy trpí občas (38, 46 %). Dále 26 respondentek (31 %) uvedlo, že bolestmi hlavy trpí stále, zatímco 19 respondentek (23 %) bolesti hlavy neguje.

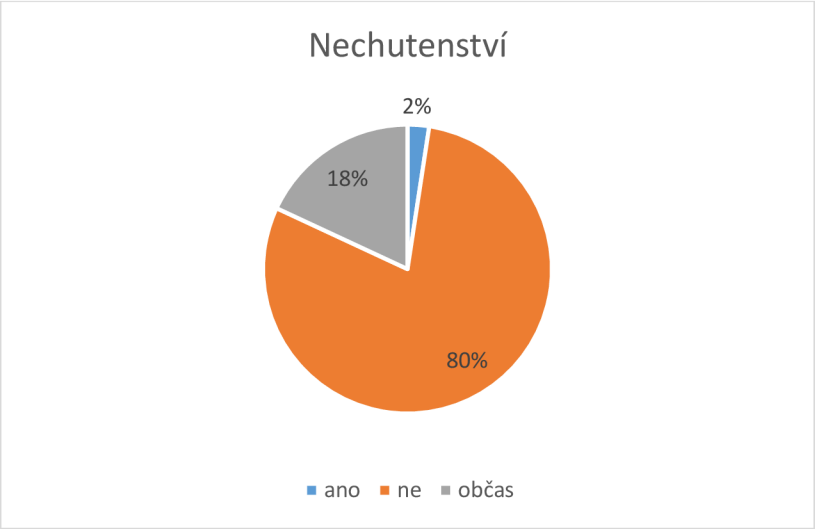
Graf 9 Bolest zad



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 9 znázorňuje odpovědi respondentek, zda trpí bolestmi zad. Nejčastěji respondentky uvedly, že bolestmi zad trpí občas (35, 42 %). Dále 26 respondentek (31 %) uvedlo, že bolestmi zad trpí stále, zatímco 22 respondentek (27 %) bolesti zad neguje.

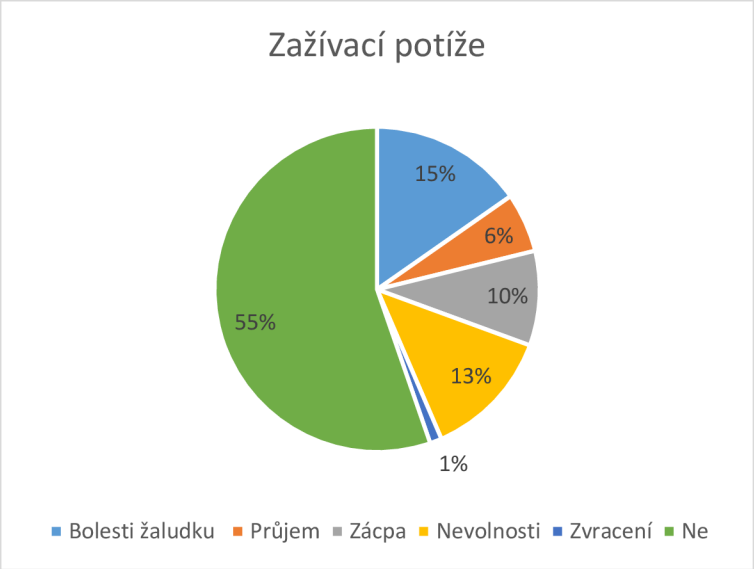
Graf 10 Nechutenství



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 10 znázorňuje odpovědi respondentek, zda trpí nechutenstvím. Největší část respondentek uvedla, že nechutenstvím netrpí (66, 80 %). Dále 15 respondentek (18 %) uvedlo, že se u nich nechutenství objevuje občas, zatímco pouze 2 respondentky (2 %) uvedly, že trpí nechutenstvím. Výsledky ukazují, že nechutenství se u většiny respondentek nevyskytuje, a jedná se tedy o méně častý somatický projev ve sledovaném souboru.

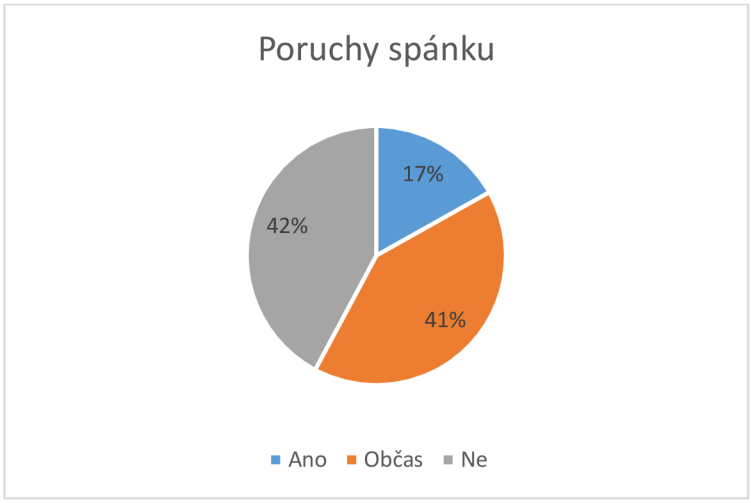
Graf 11 Zažívací potíže



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 11 znázorňuje odpovědi respondentek, zda mají zažívací potíže. Nejvíce respondentek uvedlo, že žádné zažívací potíže nemá (47, 55 %). Z konkrétních obtíží byly nejčastěji uváděny bolesti žaludku (13 respondentek, 15 %) a nevolnosti (11, 13 %), dále zácpa (8 respondentek, 10 %) a průjem (5, 6 %). Ojediněle se vyskytlo zvracení (1 respondentka, 1 %). Výsledky ukazují, že i když většina respondentek zažívací potíže neudává, u části souboru se objevují různé formy gastrointestinálních obtíží, nejčastěji ve formě bolestí žaludku a nevolností.

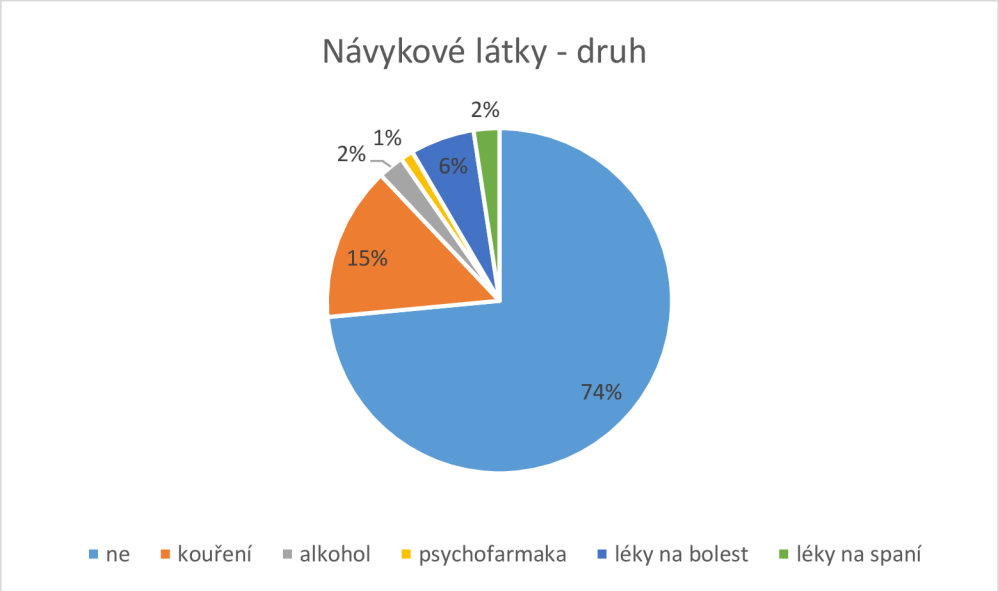
Graf 12 Poruchy spánku



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 12 znázorňuje odpovědi respondentek, zda trpí poruchami spánku. Nejvíce respondentek uvedlo, že poruchami spánku netrpí (35, 42 %). Téměř stejný počet respondentek však uvedlo, že se u nich poruchy spánku objevují občas (34, 41 %). Menší část respondentek potvrdila, že poruchami spánku trpí (14, 17 %). Výsledky ukazují, že poruchy spánku se u významné části respondentek vyskytují alespoň příležitostně, což může souviset s psychickou zátěží a celkovým stresem.

Graf 13 Používání návykových látek



Zdroj: vlastní zpracování

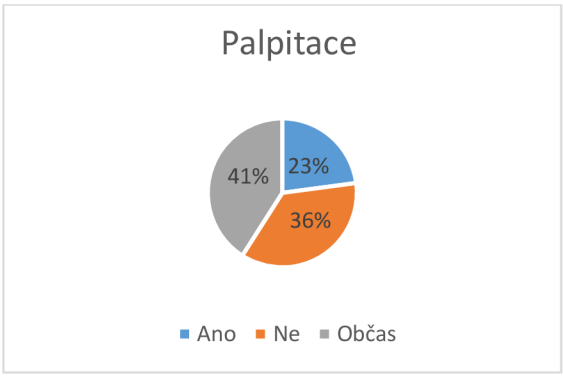
Graf 13 znázorňuje odpovědi respondentek, zda a jaké návykové látky používají. Největší část respondentek uvedla, že žádné návykové látky neužívá (61, 74 %). Z jednotlivých látek bylo nejčastěji uváděno kouření (12 respondentek, 15 %), dále léky na bolest (5, 6 %). Alkohol a léky na spaní uvedly shodně 2 respondentky (2 %), zatímco psychofarmaka byla zmíněna pouze ojediněle (1, 1 %). Výsledky ukazují, že většina respondentek neužívá návykové látky, přičemž mezi uživateli převažuje kouření jako nejčastější forma.

Graf 14 Vysoký krevní tlak

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 14 znázorňuje odpovědi respondentek, zda mají vysoký krevní tlak. Většina respondentek uvedla, že vysokým krevním tlakem netrpí (74, 89 %), zatímco 9 respondentek (11 %) tuto diagnózu potvrdilo. Výsledky ukazují, že vysoký krevní tlak se v sledovaném souboru vyskytuje pouze u menší části respondentek, což naznačuje nízkou prevalenci tohoto zdravotního problému v dané skupině.

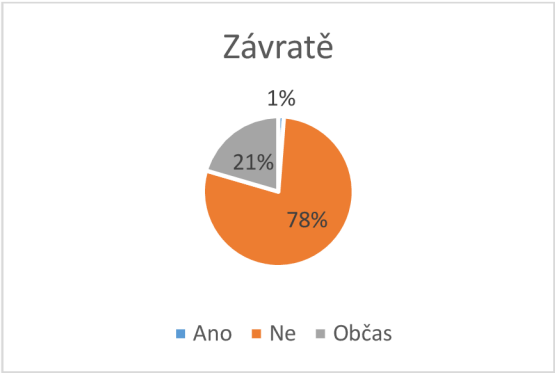
Graf 15 Stres a palpitace



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 15 znázorňuje odpovědi respondentek, zda při stresu pociťují palpitace. Nejčastěji respondentky uvedly, že palpitace se u nich objevují občas (34, 41 %). Dále 30 respondentek (36 %) uvedlo, že palpitace nepociťují, zatímco 19 respondentek (23 %) uvedlo, že se u nich při stresu vyskytují.

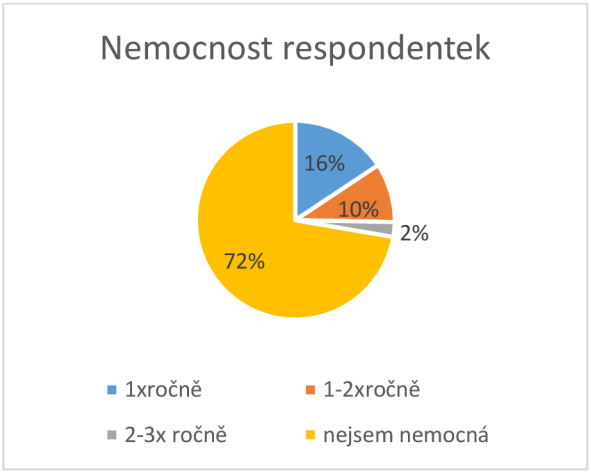
Graf 16 Závratě



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 16 znázorňuje odpovědi respondentek, zda trpí závratěmi. Nejvíce respondentek uvedlo, že závratěmi netrpí (65, 78 %). Dále 17 respondentek (21 %) uvedlo, že se u nich závratě objevují občas, zatímco pouze 1 respondentka (1 %) uvedla, že jimi trpí.

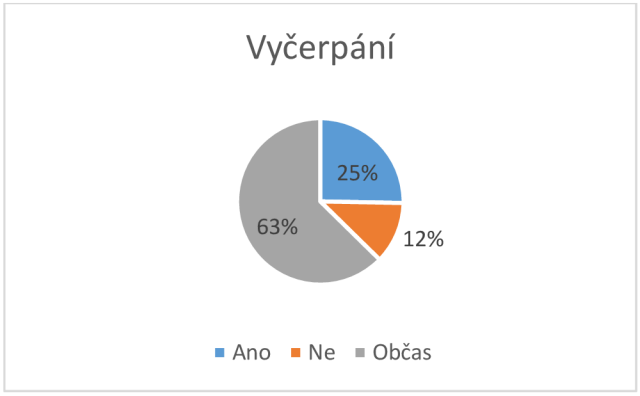
Graf 17 Nemocnost respondentek



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 17 znázorňuje odpovědi respondentek týkající se četnosti nemocnosti. Nejvíce respondentek uvedlo, že nebývají nemocné (60, 72 %). Dále 13 respondentek (16 %) uvedlo, že jsou nemocné 1× ročně, 8 respondentek (10 %) 1–2× ročně a 2 respondentky (2 %) 2–3× ročně.

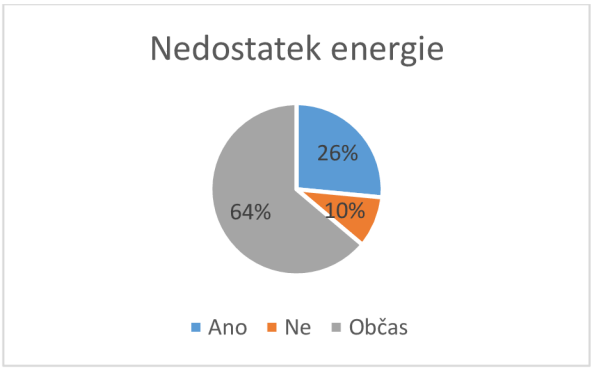
Graf 18 Pocit vyčerpání



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 18 znázorňuje odpovědi respondentek, zda se cítí vyčerpané. Nejčastěji respondentky uvedly, že se cítí vyčerpané občas (52, 63 %). Dále 21 respondentek (25 %) uvedlo, že se cítí vyčerpané pořád, zatímco 10 respondentek (12 %) uvedlo, že vyčerpání nepociťují.

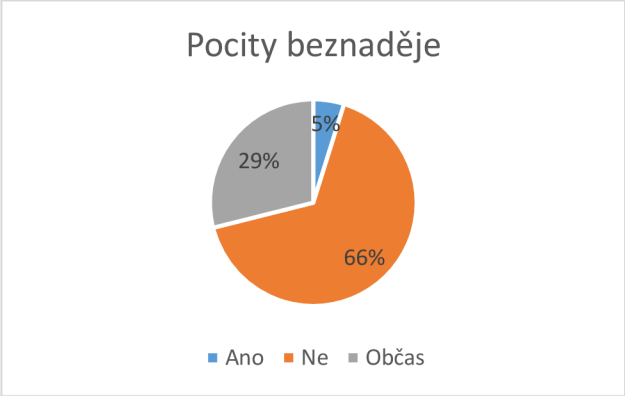
Graf 19 Nedostatek energie



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 19 znázorňuje odpovědi respondentek, zda pociťují nedostatek energie. Nejčastěji respondentky uvedly, že tento stav zažívají občas (53, 64 %). Dále 22 respondentek (26 %) uvedlo, že se cítí bez energie, zatímco 8 respondentek (10 %) uvedlo, že tento problém nepociťují.

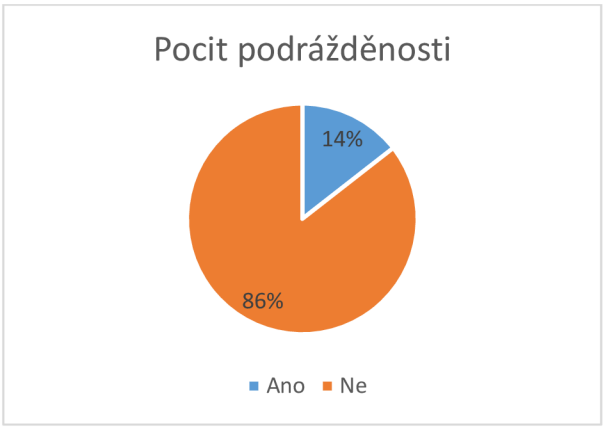
Graf 20 Pocity beznaděje



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 20 znázorňuje odpovědi respondentek, zda trpí pocity beznaděje. Nejvíce respondentek uvedlo, že pocity beznaděje nepociťují (55, 66 %). Dále 24 respondentek (29 %) uvedlo, že se tyto pocity objevují občas, zatímco 4 respondentky (5 %) uvedly, že beznadějí trpí.

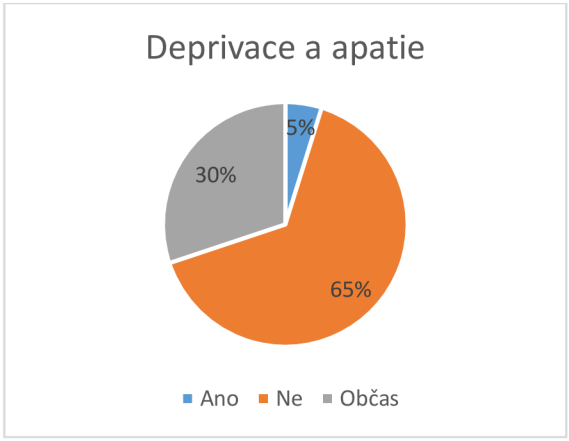
Graf 21 Pocit podrážděnosti



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 21 znázorňuje odpovědi respondentek, zda trpí podrážděností. Nejvíce respondentek uvedlo, že podrážděností netrpí (71, 86 %), zatímco 12 respondentek (14 %) uvedlo, že se u nich podrážděnost vyskytuje.

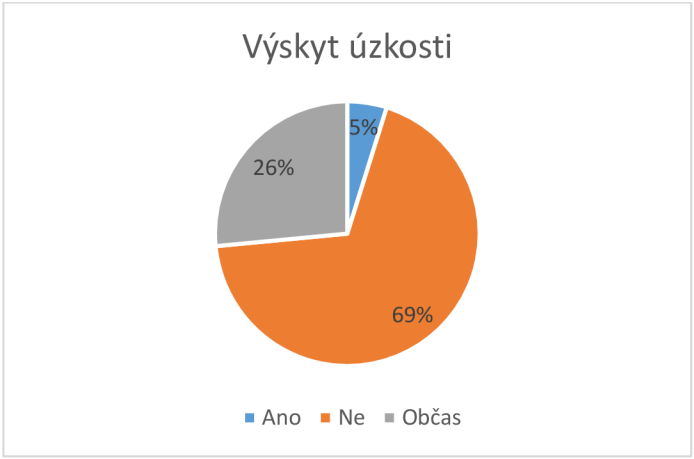
Graf 22 Deprivace a apatie



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 22 znázorňuje odpovědi respondentek, zda se cítí deprimovaně a apaticky. Nejvíce respondentek uvedlo, že tyto pocity nepociťují (54, 65 %). Dále 25 respondentek (30 %) uvedlo, že se u nich tyto stavy objevují občas, zatímco 4 respondentky (5 %) uvedly, že se cítí deprimovaně a apaticky.

Graf 23 Výskyt úzkosti



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 23 znázorňuje odpovědi respondentek, zda trpí úzkostí. Nejvíce respondentek uvedlo, že úzkostí netrpí (57, 69 %). Dále 22 respondentek (26 %) uvedlo, že se u nich úzkost objevuje občas, zatímco 4 respondentky (5 %) uvedly, že úzkostí trpí.

Graf 24 Výskyt depresí

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 24 znázorňuje odpovědi respondentek týkající se výskytu depresí. Většina respondentek uvedla, že depresemi netrpí (76, 92 %), zatímco 7 respondentek (8 %) uvedlo jejich výskyt.

Graf 25 Ztráta empatie

Zdroj: vlastní zpracování

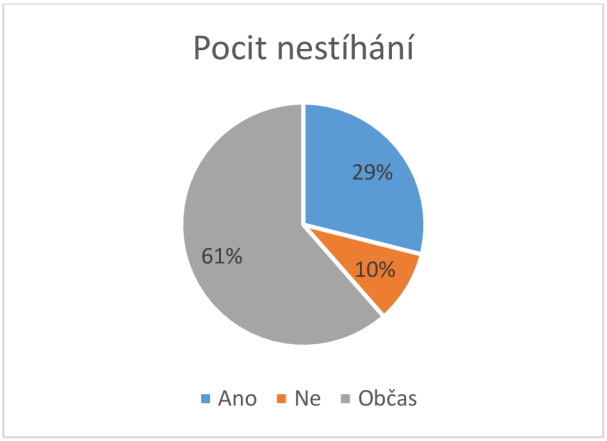
Graf 25 znázorňuje odpovědi respondentek týkající se ztráty empatie. Většina respondentek uvedla, že ztrátu empatie nepociťuje (75, 90 %), zatímco 8 respondentek (10 %) uvedlo, že se u nich tento problém vyskytuje.

Graf 26 Pocit citového vysávání

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 26 znázorňuje odpovědi respondentek, zda mají pocit, že je práce porodní asistentky citově vysává. Nejvíce respondentek uvedlo, že tento pocit nemají (72, 87 %). Dále 10 respondentek (12 %) uvedlo, že se u nich tento pocit vyskytuje, zatímco 1 respondentka (1 %) uvedla, že jej pociťuje občas.

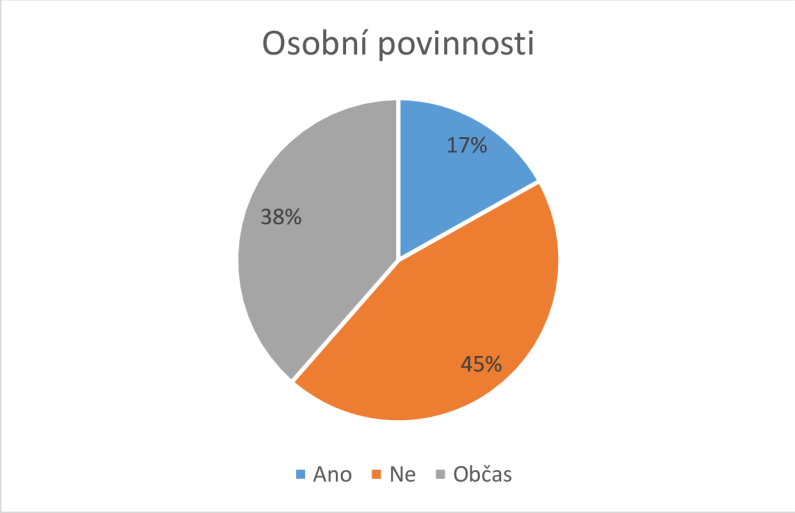
Graf 27 Pocit nestíhání



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 27 znázorňuje odpovědi respondentek, zda mají pocit, že nic nestíhají. Nejčastěji respondentky uvedly, že tento pocit mají občas (51, 61 %). Dále 24 respondentek (29 %) uvedlo, že mají pocit, že nic nestíhají, zatímco 8 respondentek (10 %) tento pocit nemá.

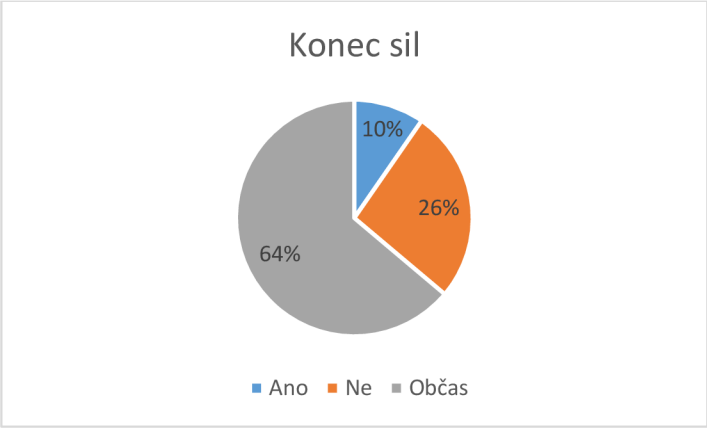
Graf 28 Zanedbávání osobních povinností



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 28 znázorňuje odpovědi respondentek, zda zanedbávají osobní povinnosti. Nejčastěji respondentky uvedly, že své osobní povinnosti nezanedbávají (37, 45 %). Dále 32 respondentek (38 %) uvedlo, že je zanedbávají občas, zatímco 14 respondentek (17 %) uvedlo, že je zanedbávají.

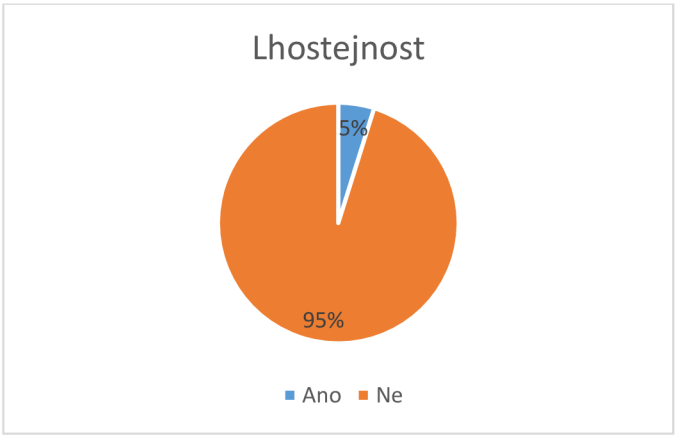
Graf 29 Vyčerpání sil po pracovní době



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 29 znázorňuje odpovědi respondentek, zda se po pracovní době cítí na konci svých sil. Nejčastěji respondentky uvedly, že tento stav pociťují občas (53, 64 %). Dále 22 respondentek (26 %) uvedlo, že se na konci svých sil necítí, zatímco 8 respondentek (10 %) uvedlo, že tento stav zažívají.

Graf 30 Lhostejnost práce



Zdroj: vlastní zpracování

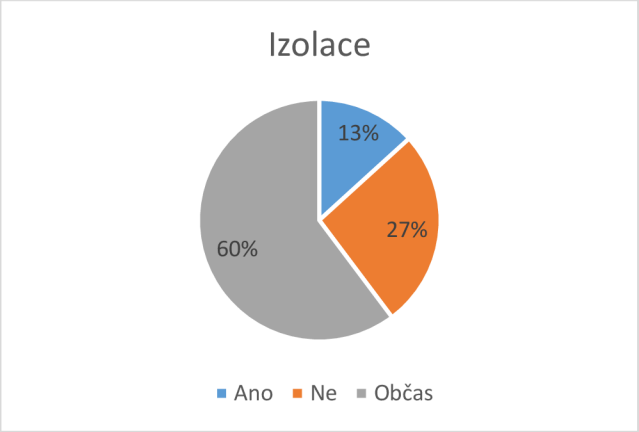
Graf 30 znázorňuje odpovědi respondentek, zda je jim jejich práce lhostejná. Většina respondentek uvedla, že jim práce lhostejná není (79, 95 %), zatímco 4 respondentky (5 %) uvedly, že k ní pociťují lhostejnost.

Graf 31 Ztráta motivace k práci

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 31 znázorňuje odpovědi respondentek, zda ztratily motivaci ve své práci. Většina respondentek uvedla, že motivaci neztratila (72, 87 %), zatímco 11 respondentek (13 %) uvedlo, že u nich k ztrátě motivace došlo.

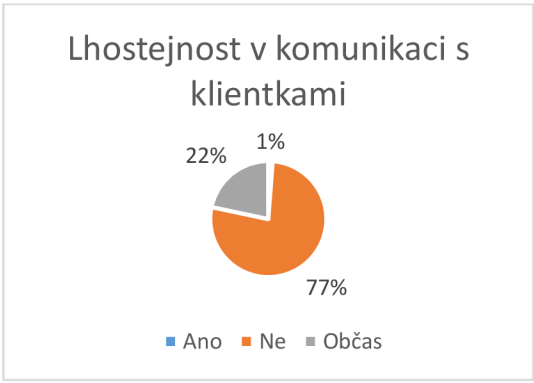
Graf 32 Potřeba izolace od ostatních spolupracovníků



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 32 znázorňuje odpovědi respondentek, zda mají potřebu se izolovat od ostatních. Nejčastěji respondentky uvedly, že tuto potřebu mají občas (50, 60 %). Dále 22 respondentek (27 %) uvedlo, že potřebu izolace nepociťují, zatímco 11 respondentek (13 %) uvedlo, že se od ostatních izolovat chtějí.

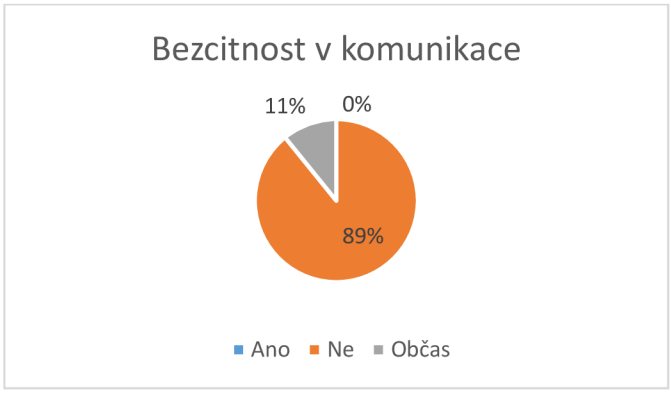
Graf 33 Pocit lhostejnosti v komunikaci s klientkami



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 33 znázorňuje odpovědi respondentek, zda při komunikaci s klientkami pociťují lhostejnost. Nejvíce respondentek uvedlo, že lhostejnost nepociťují (64, 77 %). Dále 18 respondentek (22 %) uvedlo, že se u nich tento pocit objevuje občas, zatímco pouze 1 respondentka (1 %) uvedla, že lhostejnost při komunikaci pociťuje.

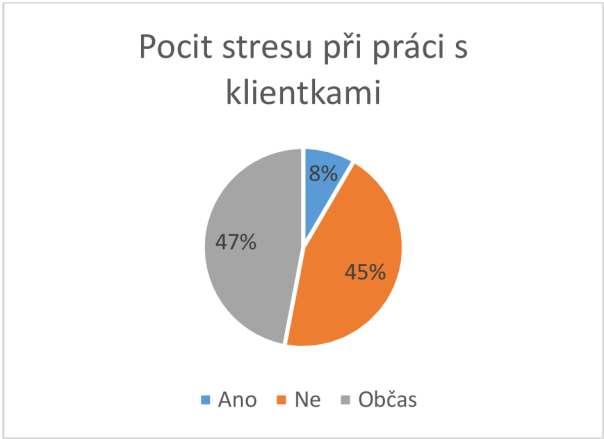
Graf 34 Pocit bezcitnosti v komunikaci



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 34 znázorňuje odpovědi respondentek, zda při komunikaci s klientkami pociťují bezcitnost. Většina respondentek uvedla, že bezcitnost nepociťují (74, 89 %). Dále 9 respondentek (11 %) uvedlo, že se tento pocit objevuje občas, zatímco žádná respondentka neuvedla, že by při komunikaci s klientkami pociťovala bezcitnost.

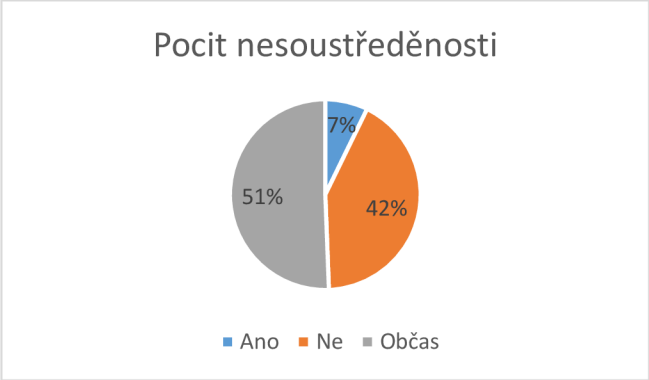
Graf 35 Pocit stresu při práci s klientkami



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 35 znázorňuje odpovědi respondentek, zda jim práce s klientkami přináší velký stres. Nejčastěji respondentky uvedly, že tento stres pociťují občas (39, 47 %). Dále 37 respondentek (45 %) uvedlo, že jim práce s klientkami velký stres nepřináší, zatímco 7 respondentek (8 %) uvedlo, že stres pociťují.

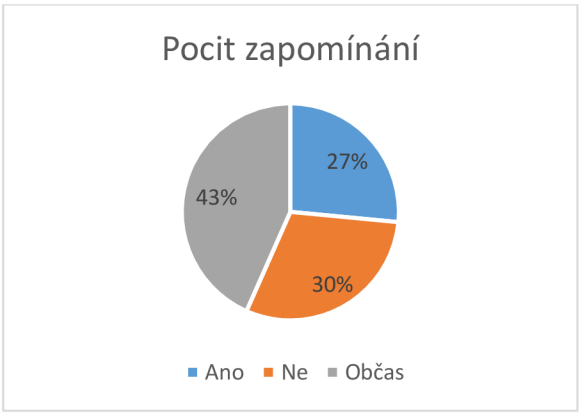
Graf 36 Pocit nesoustředěnosti



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 36 znázorňuje odpovědi respondentek, zda pociťují, že se nemohou na nic soustředit. Nejčastěji respondentky uvedly, že tento stav pociťují občas (42, 51 %). Dále 35 respondentek (42 %) uvedlo, že tento problém nepociťují, zatímco 6 respondentek (7 %) uvedlo, že se u nich nesoustředěnost vyskytuje.

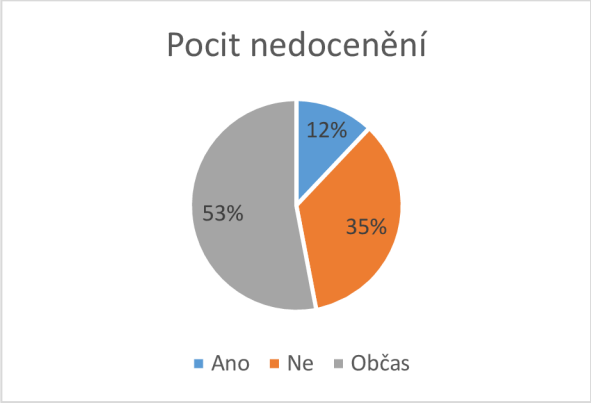
Graf 37 Pocit zapomínání



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 37 znázorňuje odpovědi respondentek, zda mají pocit, že více zapomínají. Nejčastěji respondentky uvedly, že tento stav pociťují občas (36, 43 %). Dále 25 respondentek (30 %) uvedlo, že zvýšenou zapomětlivost nepociťují, zatímco 22 respondentek (27 %) uvedlo, že ji pociťují.

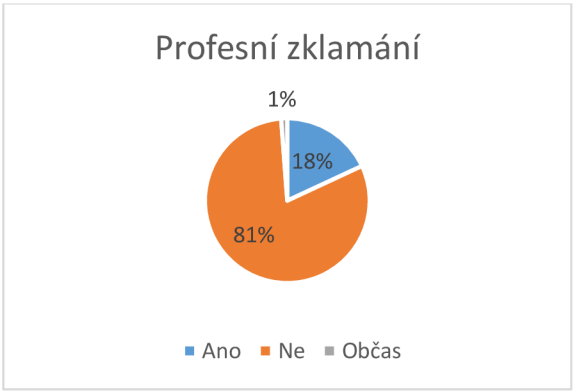
Graf 38 Pocit nedocenění



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 38 znázorňuje odpovědi respondentek, zda mají pocit, že ať dělají sebevíc, nikdo je nedocení. Nejčastěji respondentky uvedly, že tento pocit mají občas (44, 53 %). Dále 29 respondentek (35 %) uvedlo, že tento pocit nemají, zatímco 10 respondentek (12 %) uvedlo, že se u nich vyskytuje.

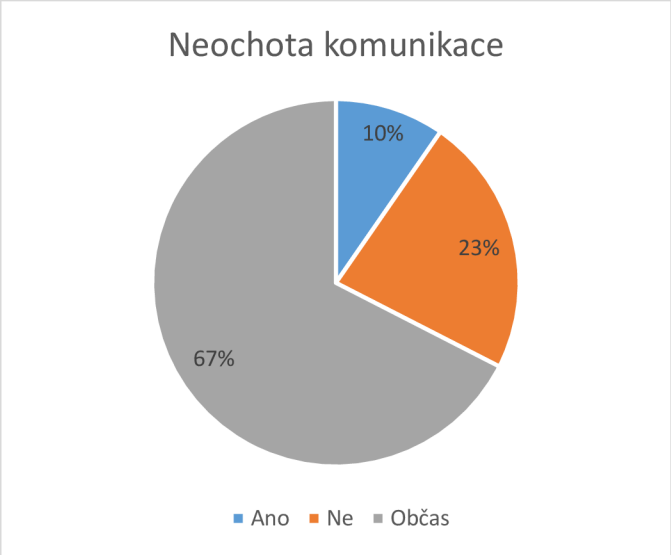
Graf 39 Profesní zklamání



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 39 znázorňuje odpovědi respondentek, zda jsou profesně zklamané. Nejvíce respondentek uvedlo, že profesně zklamané nejsou (67, 81 %). Dále 15 respondentek (18 %) uvedlo, že profesní zklamání pociťuje, zatímco 1 respondentka (1 %) uvedla, že se u ní objevuje občas.

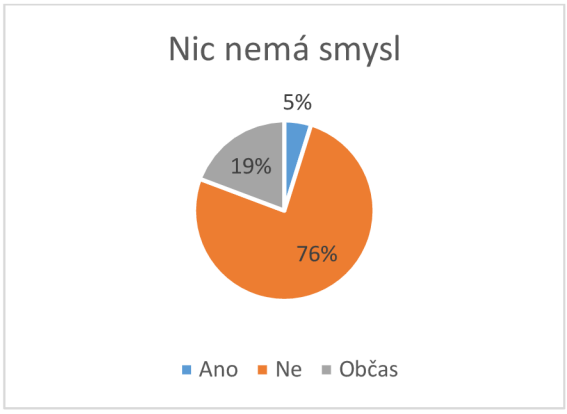
Graf 40 Neochota komunikace



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 40 znázorňuje odpovědi respondentek, zda nechtějí s nikým komunikovat. Nejčastěji respondentky uvedly, že tento stav pociťují občas (56, 67 %). Dále 19 respondentek (23 %) uvedlo, že tuto potřebu nemají, zatímco 8 respondentek (10 %) uvedlo, že se jim komunikovat nechce.

Graf 41 Nic nemá smysl



Zdroj: vlastní zpracování

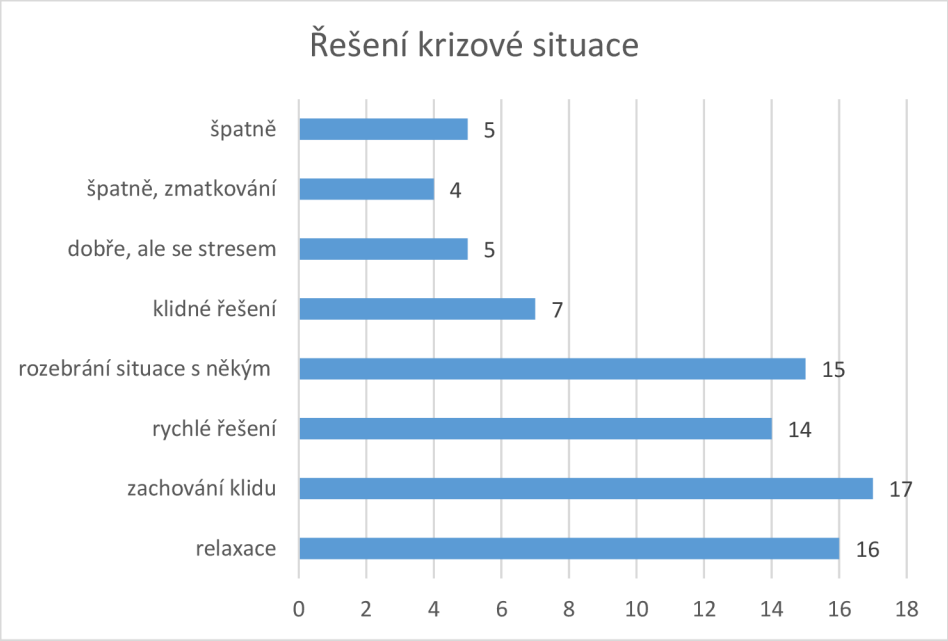
Graf 41 znázorňuje odpovědi respondentek, zda mají pocit, že nic nemá smysl. Nejvíce respondentek uvedlo, že tento pocit nemají (63, 76 %). Dále 16 respondentek (19 %) uvedlo, že se tento pocit objevuje občas, zatímco 4 respondentky (5 %) uvedly, že jej pociťují.

Graf 42 Zhoršení partnerských a rodinných vztahů

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 42 znázorňuje odpovědi respondentek, zda pociťují zhoršení partnerských a rodinných vztahů. Většina respondentek uvedla, že ke zhoršení vztahů nedochází (72, 87 %), zatímco 11 respondentek (13 %) uvedlo, že tento problém pociťuje.

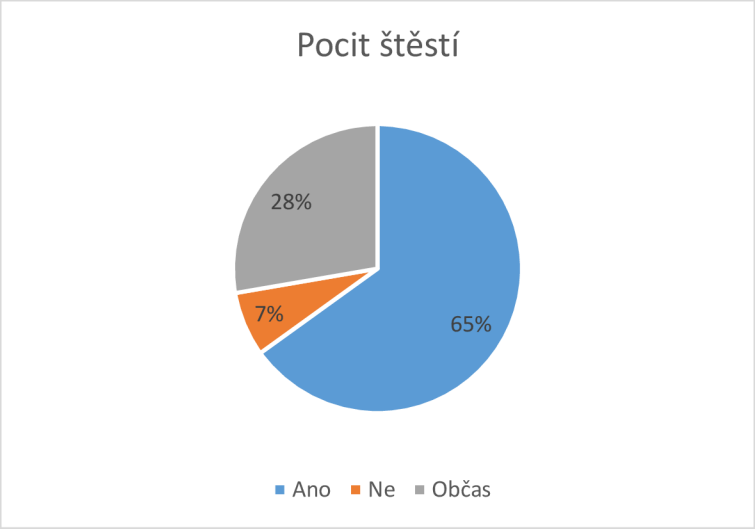
Graf 43 Řešení krizových situací v zaměstnání



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 43 znázorňuje odpovědi respondentek, jak řeší krizové situace v práci. Nejčastěji respondentky uváděly zachování klidu (17 odpovědí) a relaxaci (16 odpovědí). Dále se objevovalo rozebrání situace s někým (15 odpovědí) a rychlé řešení situace (14 odpovědí). Méně často respondentky uváděly klidné řešení (7 odpovědí), řešení se stresem (5 odpovědí), špatné zvládání bez specifikace (5 odpovědí) a zmatkování (4 odpovědi). Výsledky ukazují, že většina respondentek přistupuje ke krizovým situacím konstruktivně, nejčastěji s důrazem na zachování klidu, relaxaci a aktivní řešení, zatímco negativní způsoby zvládání se vyskytují spíše okrajově.

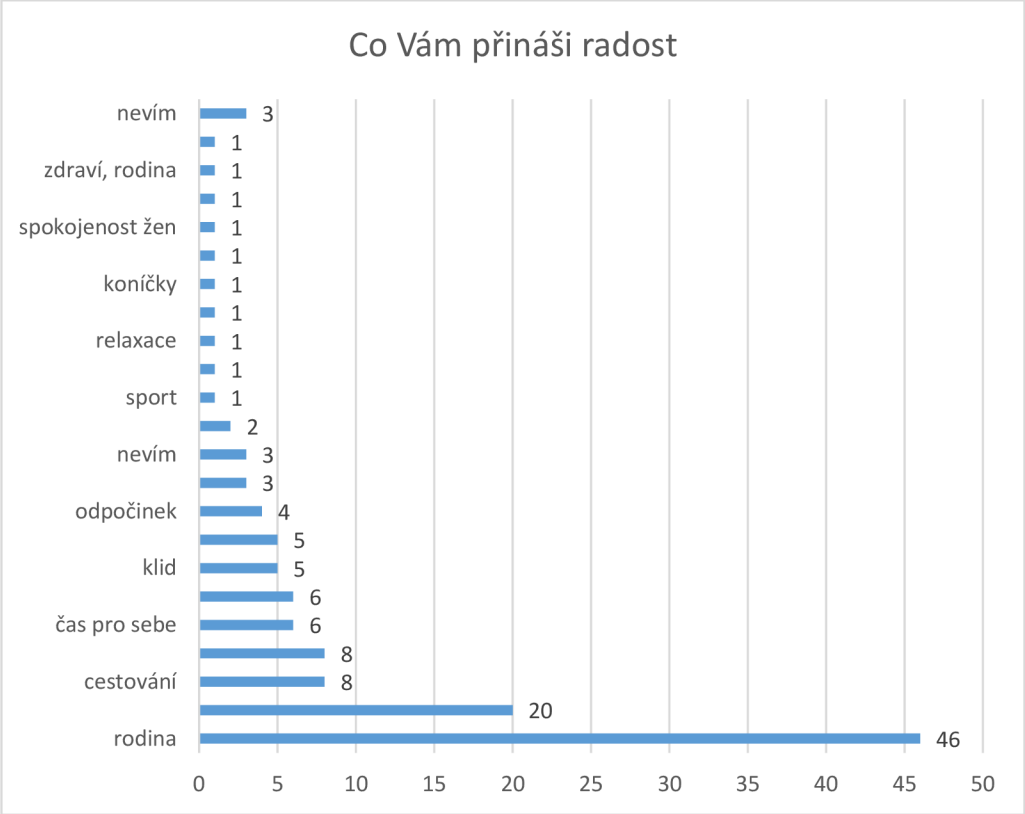
Graf 44 Pocit štěstí



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 44 znázorňuje odpovědi respondentek, zda se cítí šťastné. Většina respondentek uvedla, že se cítí šťastné (54, 65 %), zatímco 6 respondentek (7 %) uvedlo, že se šťastné necítí. Občas se cítí šťastných 23 respondentek (28 %).

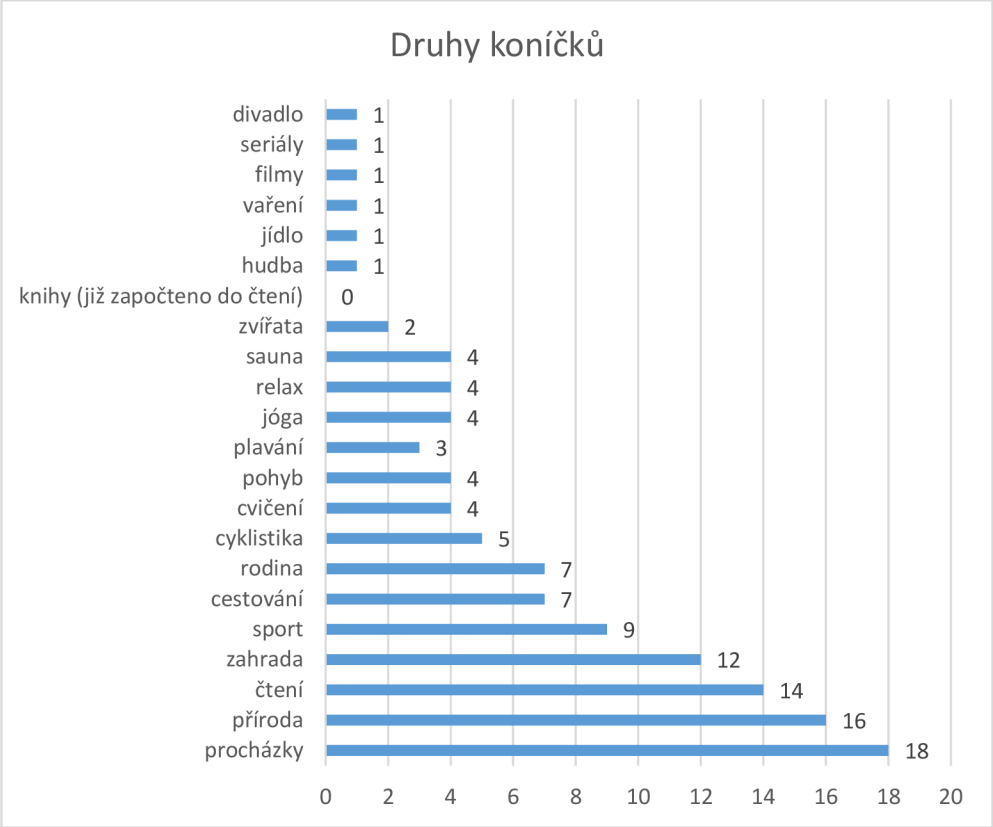
Graf 45 Pocit radosti



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 45 znázorňuje odpovědi respondentek, co jim přináší nejvíce radosti. Nejčastěji byla uváděna rodina (46 odpovědí), následovaná přáteli (20 odpovědí). Dále respondentky uváděly cestování (8), zahradu (8), čas pro sebe (6), čtení, procházky (6), klid (5) a přírodu (5). Méně často byla zmíněna radost z odpočinku (4), zdraví (3), odpověď „nevím“ (3) a děti (2). Ojediněle se objevily jednotlivé odpovědi jako sport, gastronomie, relaxace, volný čas, koníčky, spokojenost klientek či žen, nebo situace, „když vše dobře dopadne“ (vždy 1 odpověď). Výsledky ukazují, že nejvýznamnějším zdrojem radosti respondentek je rodina a mezilidské vztahy, zatímco ostatní oblasti života mají spíše doplňkový charakter.

Graf 46 Druhy koníčků

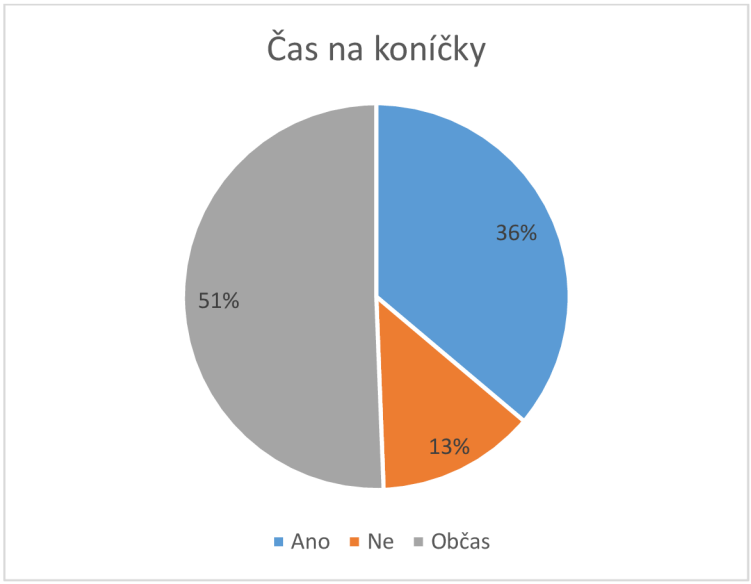


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 46 znázorňuje odpovědi respondentek, zda mají své koníčky. Nejčastěji respondentky uváděly procházky (18 odpovědí) a přírodu (16 odpovědí). Dále se často objevovalo čtení (14) a zahrada (12). Mezi další koníčky patřil sport (9), cestování (7) a rodina (7). Méně často respondentky uváděly cyklistiku (5), cvičení (4), pohyb (4), jógu (4), relax (4) a saunu (4). Ojediněle se objevily odpovědi jako plavání (3), zvířata (2), hudba, jídlo, vaření, filmy, seriály a divadlo (vždy 1 odpověď).

Výsledky ukazují, že respondentky preferují především aktivity spojené s odpočinkem, přírodou a pohybem, které mohou zároveň sloužit jako forma psychohygieny a kompenzace pracovního zatížení.

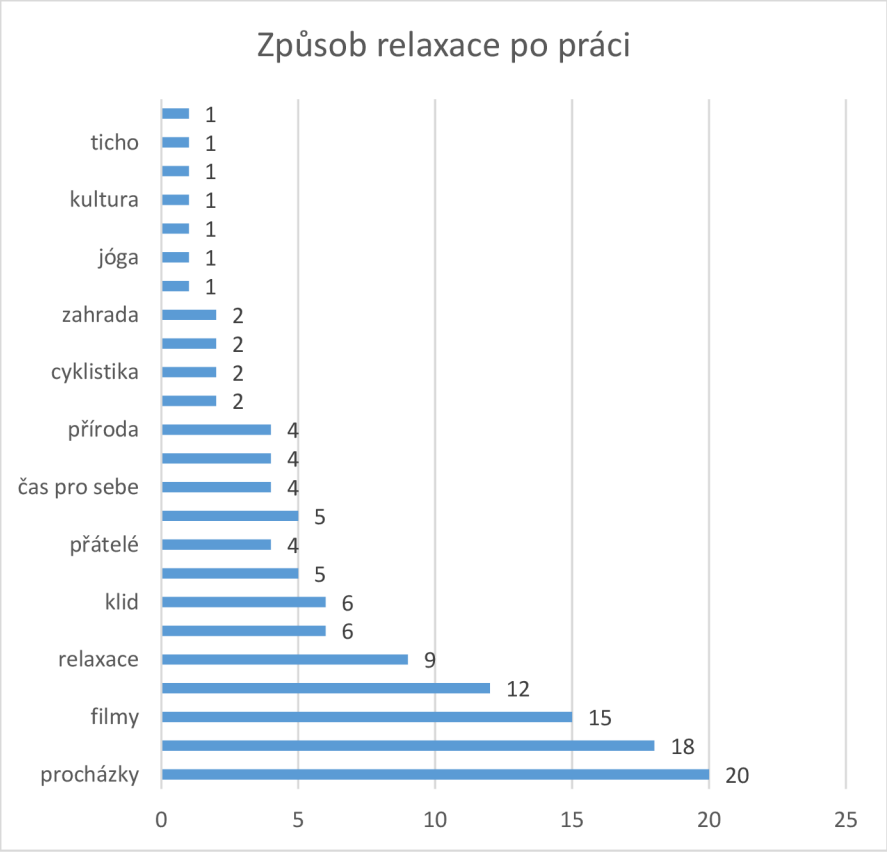
Graf 47 Čas na koníčky



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 47 znázorňuje odpovědi respondentek, zda mají čas na své koníčky. Nejčastěji respondentky uvedly, že čas na koníčky mají občas (42, 51%). Dále 30 respondentek (36 %) uvedlo, že si na koníčky čas najde, zatímco 11 respondentek (13 %) uvedlo, že čas na koníčky nemají.

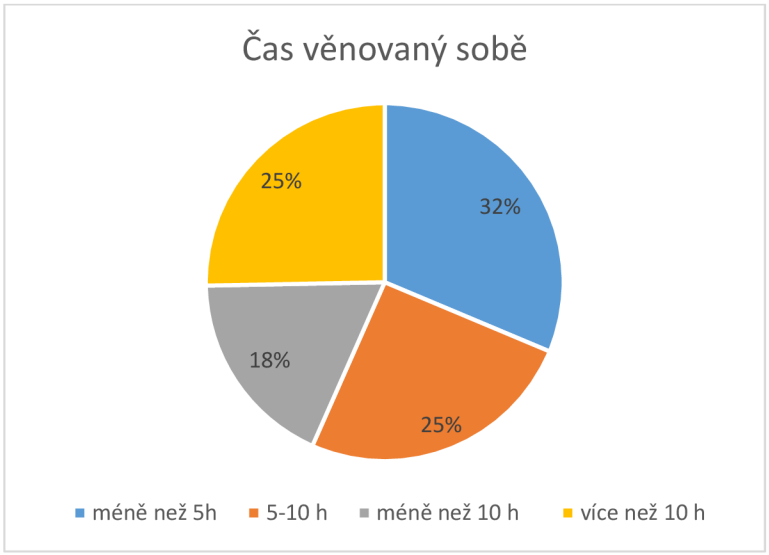
Graf 48 Způsob relaxace po práci



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 48 znázorňuje odpovědi respondentek, jakým způsobem relaxují po práci. Nejčastěji respondentky uváděly procházky (20 odpovědí) a čtení (18 odpovědí). Dále se objevovalo sledování filmů (15) a poslech hudby (12). Méně často respondentky uváděly obecnou relaxaci (9), pohyb (6), klid (6), rodinu (5) a spánek (5). Mezi další formy relaxace patřily přátelé (4), čas pro sebe (4), sport (4) a příroda (4). Ojediněle byly zmíněny sauna, cyklistika, úklid a zahrada (2 odpovědi), stejně jako sociální sítě, jóga, masáž, kultura, káva, ticho a odpověď „nevím“ (1 odpověď). Výsledky ukazují, že respondentky nejčastěji volí klid a nenáročné formy relaxace, zejména procházky, čtení a sledování filmů, které jim pomáhají regenerovat po práci.

Graf 49 Čas věnovaný sobě



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 49 znázorňuje odpovědi respondentek, kolik hodin týdně věnují sami sobě. Nejčastěji respondentky uvedly méně než 5 hodin týdně (26, 32 %). Dále 21 respondentek (25 %) uvedlo 5–10 hodin týdně a stejný počet respondentek 21 (25 %) uvedl více než 10 hodin týdně. Méně často se objevila odpověď „méně než 10 hodin“ (15 odpovědí, 18 %).

Graf 50 Dostatek volna na zotavení po práci

Zdroj: vlastní zpracování

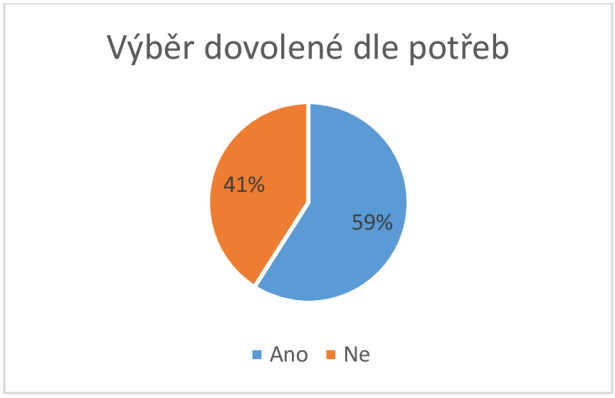
Graf 50 znázorňuje odpovědi respondentek, zda mají dostatek volna na zotavení po práci. Téměř vyrovnaný počet respondentek uvedl, že dostatek volna mají (41, 51 %) a že volno nemají (42, 49 %).

Graf 51 Dostatek personálu na oddělení

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 51 znázorňuje odpovědi respondentek, zda je na oddělení dostatek personálu. Většina respondentek uvedla, že personálu je dostatek (62, 75 %), zatímco 21 respondentek (25 %) uvedlo, že personální kapacita dostatečná není.

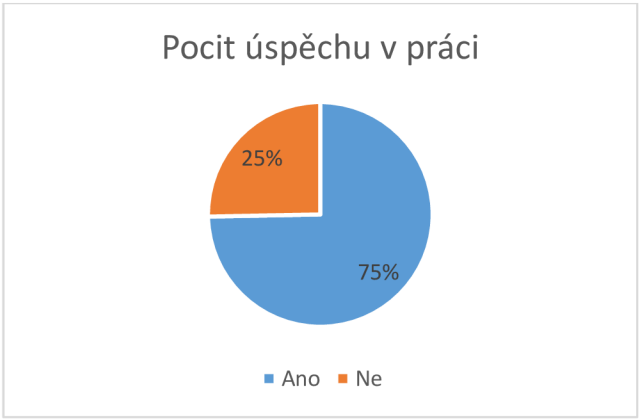
Graf 52 Výběr dovolené dle potřeby



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 52 znázorňuje odpovědi respondentek, zda si mohou vybrat dovolenou vždy, když ji potřebují. Většina respondentek uvedla, že tuto možnost má (49, 59 %), zatímco 34 respondentek (41 %) uvedlo, že si dovolenou podle potřeby vybrat nemůže.

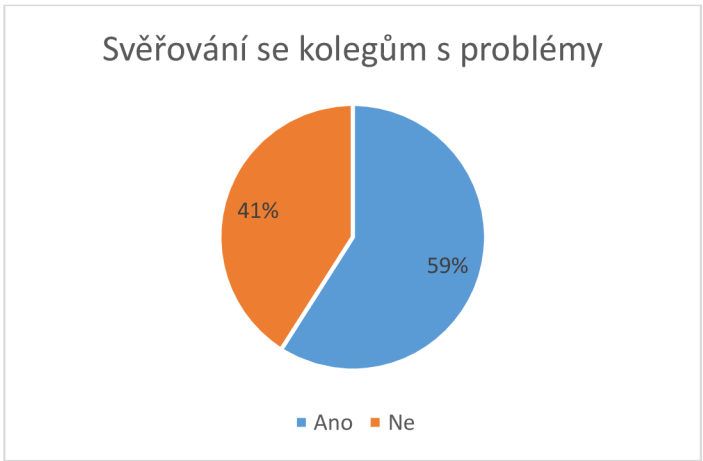
Graf 53 Pocit úspěchu v práci



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 53 znázorňuje odpovědi respondentek, zda se ve své práci cítí úspěšné. Většina respondentek uvedla, že se cítí úspěšné (62, 75 %), zatímco 21 respondentek (25 %) uvedlo, že tento pocit nemají.

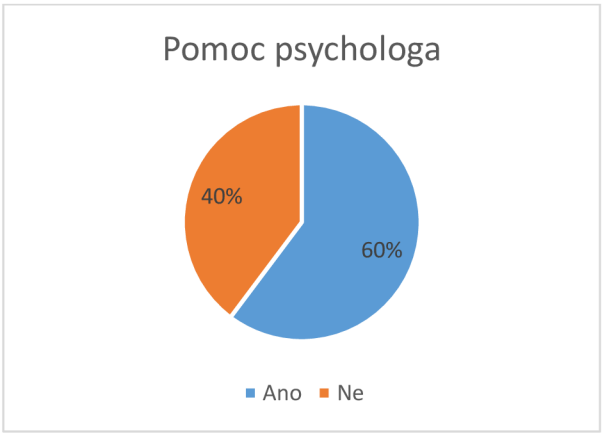
Graf 54 Svěřování se kolegům s problémy



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 54 znázorňuje odpovědi respondentek, zda by se v případě problémů svěřily svým kolegyním. Většina respondentek uvedla, že by se svěřila (49, 59 %), zatímco 34 respondentek (41 %) uvedlo, že by se se svými problémy nesvěřilo.

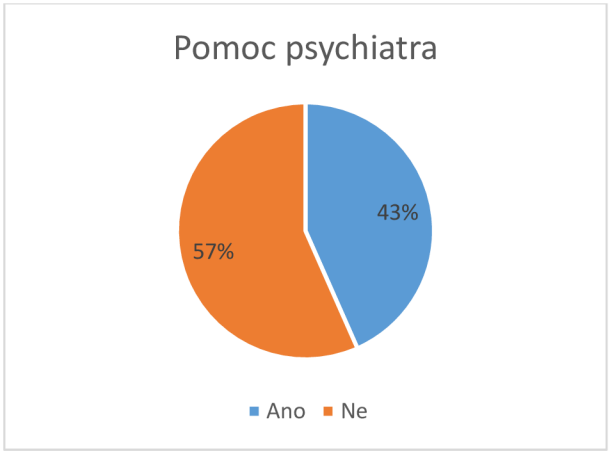
Graf 55 Pomoc psychologa



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 55 znázorňuje odpovědi respondentek, zda by si v případě potřeby řekly o odbornou psychologickou pomoc. Většina respondentek uvedla, že by tuto pomoc vyhledala (50, 60 %), zatímco 33 respondentek (40 %) uvedlo, že by si o psychologickou pomoc neřekly.

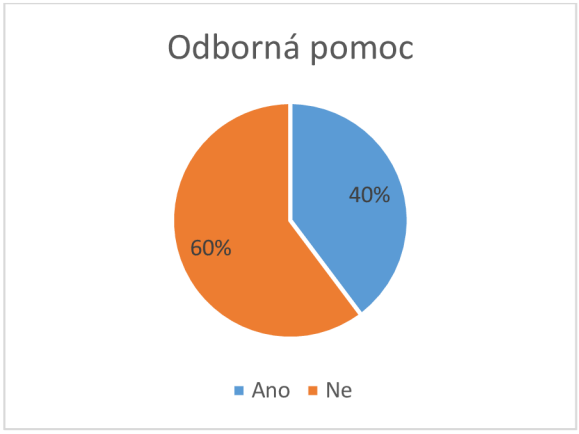
Graf 56 Pomoc psychiatra



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 56 znázorňuje odpovědi respondentek, zda by si v případě potřeby řekly o odbornou psychiatrickou pomoc. Nejčastěji respondentky uvedly, že by si o tuto pomoc neřekly (47, 57 %), zatímco 36 respondentek (43 %) uvedlo, že by odbornou psychiatrickou pomoc vyhledaly.

Graf 57 Odborná pomoc



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 57 znázorňuje odpovědi respondentek, zda si myslí, že požádat o odbornou pomoc je něco, co by neudělaly. Většina respondentek uvedla, že by si o odbornou pomoc říct dokázaly (50, 60 %), zatímco 33 respondentek (40 %) uvedlo, že by tuto možnost nevyužily.

Závěrečné vyjádření respondentek: Co byste doplnily?

Na poslední otázku z dotazníku všechny respondentky shodně uvedly, že nemají žádné další připomínky ani doplnění. Tento výsledek naznačuje, že dotazník byl z jejich pohledu dostatečně srozumitelný a komplexní a nepociťovali potřebu uvádět další informace

4.2 Statistické zpracování dotazníků

V této kapitole je provedeno statistické zpracování stanovených výzkumných hypotéz, které vycházejí z hlavního cíle práce a zaměřují se na problematiku syndromu vyhoření u porodních asistentek. K ověření vztahů mezi sledovanými proměnnými byly využity vhodné statistické metody, zejména kontingenční tabulky, chí-kvadrát test nezávislosti a test shody dvou relativních četností.

4.2.1 Vyhodnocení hypotéz H1, H2

Cílem statistické analýzy je posoudit, zda existuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe a výskytem syndromu vyhoření a dále ověřit, zda existuje vztah mezi

množstvím volného času a prováděním prevence syndromu vyhoření. Jedná se tedy o následující dvě hypotézy:

H1: Porodní asistentky mají syndrom vyhoření v závislosti na délce praxe.

H2: Porodní asistentky provádějí prevenci syndromu vyhoření v souvislosti s volným časem.

Tyto hypotézy budou postupně testovány na základě získaných dat z dotazníkového šetření. Pro analýzu vztahu mezi sledovanými proměnnými byla vytvořena kontingenční tabulka, která zachycuje rozdělení respondentek podle délky praxe a výskytu syndromu vyhoření. Tabulka obsahuje absolutní četnosti v jednotlivých kategoriích. K posouzení vztahu mezi proměnnými byl použit chí-kvadrát test nezávislosti, který ověřuje, zda existuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe a výskytem syndromu vyhoření. Byly stanoveny následující hypotézy:

- H0: Mezi proměnnými neexistuje vztah
- H1: Mezi proměnnými existuje vztah

Výsledek testu byl posuzován na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Pokud $p < 0,05$, hypotéza H1 se potvrzuje (existuje závislost). Pokud $p \geq 0,05$, hypotéza H1 se nepotvrzuje. Pro doplnění výsledků byl dále proveden test relativních četností, který umožňuje porovnat podíl výskytu syndromu vyhoření v jednotlivých kategoriích délky praxe. Výsledky tohoto testu slouží jako podpůrná interpretace a napomáhají lepšímu pochopení případných rozdílů mezi skupinami respondentek.

H1: Porodní asistentky mají syndrom vyhoření v závislosti na délce praxe

Pro ověření této hypotézy bylo nejprve nutné vytvořit proměnnou vyjadřující přítomnost syndromu vyhoření a následně ji porovnat s délkou praxe respondentek. Pro konstrukci proměnné „syndrom vyhoření“ byly vybrány otázky z dotazníku, které odpovídají hlavním projevům tohoto syndromu, konkrétně pocit vyčerpání, nedostatek energie, pocity deprese a apatie, pocit citového vysávání prací, vyčerpání po pracovní době, ztráta motivace a pocit, že nic nemá smysl. Tyto položky byly zvoleny na základě jejich obsahové relevance k problematice syndromu vyhoření. Jednotlivé odpovědi byly následně převedeny do numerické podoby (kódovány) takto:

- „Ano“ = 1
- „Občas“ = 1
- „Ne“ = 0

Tímto způsobem bylo možné kvantifikovat výskyt jednotlivých příznaků u respondentek. Následně byl pro každou respondentku vypočítán součet bodů ze všech vybraných položek. Na základě celkového skóre byla vytvořena nová dichotomická proměnná:

- 0–2 body = 0 (syndrom vyhoření se neprojevuje)
- 3 a více bodů = 1 (přítomen syndrom vyhoření)

Tímto postupem byla každá respondentka zařazena do jedné ze dvou kategorií.

Tabulka 1 Kontingenční tabulka k Hypotéze 1 – *Reálné hodnoty*

Délka praxe	Nepřítomnost syndromu vyhoření	Přítomnost syndromu vyhoření	Celkový součet
1-5 let	6	12	**18**
6 - 10 let	3	8	**11**
11 - 20 let	6	17	**23**
21 - 30 let	5	12	**17**
31 - 40 let	6	5	**11**
41 a více let	0	3	**3**
CELKEM	**26**	**57**	**83**

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 2 Kontingenční tabulka k Hypotéze 1 – Očekávané hodnoty

Délka praxe	Nepřítomnost syndromu vyhoření	Přítomnost syndromu vyhoření	Celkový součet
1-5 let	5,64	12,36	**18**
6 - 10 let	3,45	7,55	**11**
11 - 20 let	7,20	15,80	**23**
21 - 30 let	5,33	11,67	**17**
31 - 40 let	3,45	7,55	**11**
41 a více let	3,45	2,06	**3**
CELKEM	**26**	**57**	**83**

Zdroj: vlastní zpracování

Výsledek chí-kvadrát test (χ^2 test) = 0,215382

Tabulka 3 Test relativní četnosti k Hypotéze 1

Délka praxe	Vyhoření (ANO)	Celkem	Relativní četnost
1–5 let	12	18	0,67
6–10 let	8	11	0,73
11–20 let	17	23	0,74
21–30 let	12	17	0,71
31–40 let	5	11	0,45
41+ let	3	3	1,00
Délka praxe	**Vyhoření (NE)**	**Celkem**	**Relativní četnost**
1–5 let	6	18	0,33
6–10 let	3	11	0,27
11–20 let	6	23	0,26
21–30 let	5	17	0,29
31–40 let	6	11	0,55
41+ let	3	3	1,00

Zdroj: vlastní zpracování

Hypotéza H1 předpokládala, že výskyt syndromu vyhoření u porodních asistentek závisí na délce jejich praxe. K ověření této hypotézy byl použit chí-kvadrát test nezávislosti a doplňkově také test relativních četností.

Výsledek chí-kvadrát testu ukázal hodnotu $\chi^2 = 0{,}215$, která není statisticky významná ($p > 0{,}05$). Na základě tohoto výsledku nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe a výskytem syndromu vyhoření. Hypotézu H1 tedy nelze potvrdit.

Tento závěr podporují také výsledky analýzy relativních četností. Relativní výskyt syndromu vyhoření se mezi jednotlivými kategoriemi délky praxe výrazně neliší. U respondentek s praxí 1–5 let činila relativní četnost výskytu vyhoření 0,67, u skupiny 6–10 let 0,73 a u skupiny 11–20 let 0,74. Podobné hodnoty byly zjištěny i u skupin 21–30 let (0,71). Výjimku tvoří skupina 31–40 let s hodnotou 0,45 a skupina 41 a více let s hodnotou 1,00, avšak tyto kategorie obsahují nízký počet respondentek, což omezuje jejich vypovídací hodnotu.

Relativní četnosti tedy celkově nevykazují jednoznačný trend, který by potvrzoval závislost syndromu vyhoření na délce praxe. Výsledky obou statistických metod se

shodují v tom, že mezi sledovanými proměnnými nebyla prokázána statisticky významná souvislost.

H2: Porodní asistentky provádějí prevenci syndromu vyhoření v souvislosti s volným časem.

Pro ověření této hypotézy bylo nejprve nutné vytvořit proměnnou „volný čas“, která vystupuje jako nezávislá proměnná, a následně ji porovnat s výskytem známek syndromu vyhoření u respondentek. Pro konstrukci proměnné „volný čas“ byly vybrány otázky z dotazníku zaměřené na možnosti regenerace a odpočinku, konkrétně otázky týkající se času na koníčky, dostatku volna po práci a možnosti čerpání dovolené dle potřeby. Tyto položky byly zvoleny s ohledem na jejich vztah k prevenci syndromu vyhoření. Jednotlivé odpovědi byly následně převedeny do numerické podoby (kódovány) takto:

- „Ano“ = 1
- „Občas“ = 1
- „Ne“ = 0

Pro každou respondentku byl následně vypočítán součet bodů ze všech vybraných položek. Na základě celkového skóre byla vytvořena nová dichotomická proměnná:

- 0–1 bod = 0 (nedostatek volného času)
- 2 a více bodů = 1 (dostatek volného času)

Současně byla vytvořena závislá proměnná vyjadřující výskyt známek syndromu vyhoření, resp. psychickou pohodu respondentek. Pro její konstrukci byly vybrány otázky zaměřené na subjektivní prožívání psychického stavu, konkrétně pocit štěstí, vyčerpání, nedostatek energie, beznaděj, podrážděnost, depresi a úzkost.

Odpovědi byly opět převedeny do numerické podoby:

- „Ano“ = 1
- „Občas“ = 1
- „Ne“ = 0

Následně byl pro každou respondentku vypočítán součet bodů a na jeho základě byla vytvořena dichotomická proměnná:

- 0–3 body = 0 (nejsou přítomny známky syndromu vyhoření)
- 4 a více bodů = 1 (jsou přítomny známky syndromu vyhoření)

Tímto postupem byla každá respondentka zařazena do jedné ze dvou kategorií jak z hlediska volného času, tak z hlediska výskytu známek syndromu vyhoření.

Tabulka 4 Kontingenční tabulka k Hypotéze 2 – Reálné hodnoty

Volný čas	Nepřítomnost známek syndromu vyhoření	Přítomnost známek syndromu vyhoření	Celkový součet
Nemám dostatek volného času	5	21	26
Mám dostatek volného času	36	21	57
CELKEM	41	42	83

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 5 Kontingenční tabulka k Hypotéze 2 – Očekáváné hodnoty

Volný čas	Nepřítomnost známek syndromu vyhoření	Přítomnost známek syndromu vyhoření	Celkový součet
Nemám dostatek volného času	12,84	13,16	**26**
Mám dostatek volného času	28,16	28,84	**57**
CELKEM	**41**	**42**	**83**

Zdroj: vlastní zpracování

Výsledek chí-kvadrát test (χ^2 test) = 0,000205

Tabulka 6 Test relativní četnosti k Hypotéze 2

Volný čas	Přítomnost známek syndromu vyhoření	Celkem	Relativní četnost
Nemám dostatek volného času	21	26	0,81
Mám dostatek volného času	21	57	0,37
Volný čas	**Nepřítomnost známek syndromu vyhoření**	**Celkem**	**Relativní četnost**
Nemám dostatek volného času	5	26	0,19
Mám dostatek volného času	36	57	0,63

Zdroj: vlastní zpracování

Hypotéza H2 předpokládala, že porodní asistentky provádějí prevenci syndromu vyhoření v souvislosti s volným časem. K ověření této hypotézy byl použit chí-kvadrát test nezávislosti a doplňkově také test relativních četností.

Výsledek chí-kvadrát testu ukázal hodnotu $\chi^2 = 0{,}000205$, která je statisticky významná ($p < 0{,}05$). Na základě tohoto výsledku byla prokázána statisticky významná souvislost mezi dostatkem volného času a výskytem syndromu vyhoření. Hypotéza H2 se tedy potvrzuje.

Tento závěr podporují také výsledky analýzy relativních četností. U respondentek, které nemají dostatek volného času, byla relativní četnost výskytu syndromu vyhoření vysoká (0,81), zatímco u respondentek s dostatkem volného času byla výrazně nižší (0,37). Naopak nepřítomnost známek syndromu vyhoření byla častější u respondentek s dostatkem volného času (0,63) než u těch, které volný čas postrádají (0,19).

Relativní četnosti tedy ukazují jasný trend, kdy dostatek volného času souvisí s nižším výskytem syndromu vyhoření. Výsledky obou statistických metod se shodují v tom, že mezi sledovanými proměnnými existuje statisticky významná souvislost.

4.2.2 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

Na základě výsledků dotazníkového šetření lze konstatovat, že problematika syndromu vyhoření je u porodních asistentek aktuálním a významným tématem, avšak jeho projevy se vyskytují spíše v mírnější nebo příležitostné formě než v plně rozvinuté podobě.

Výzkumný soubor tvořily převážně ženy ve středním věku s různorodou délkou praxe, což umožnilo komplexní pohled na sledovanou problematiku. Respondentky prokázaly dobrou informovanost o syndromu vyhoření a jeho projevech, přičemž nejčastěji jej spojovaly s vyčerpáním, stresem a přepracovaností.

Z hlediska zdravotních a psychických obtíží se ukázalo, že většina respondentek netrpí závažnými projevy syndromu vyhoření, jako jsou deprese, úzkost, ztráta smyslu práce či ztráta empatie. Na druhou stranu se u významné části respondentek objevují mírnější příznaky, zejména:

- pocit vyčerpání,
- nedostatek energie,
- poruchy spánku,
- bolesti hlavy a zad,
- pocit časového tlaku a nedostatku času.

Tyto obtíže se nejčastěji vyskytují „občas“, což naznačuje zvýšenou pracovní a psychickou zátěž, která však zatím u většiny respondentek nepřerůstá v závažný syndrom vyhoření.

Významným zjištěním je, že většina porodních asistentek si zachovává pozitivní vztah ke své profesi – nepociťují lhostejnost k práci, neztrácejí motivaci ani empatii vůči klientkám a cítí se ve své práci úspěšné. To lze považovat za důležitý protektivní faktor proti rozvoji syndromu vyhoření.

V oblasti prevence bylo zjištěno, že respondenti využívají různé formy psychohygieny, zejména trávení času s rodinou, pobyt v přírodě, procházky, čtení či relaxaci. Přesto však značná část respondentek uvádí nedostatek času na sebe a omezené možnosti regenerace, což může představovat rizikový faktor do budoucna.

Statistické ověření hypotéz přineslo následující závěry:

- Hypotéza H1 nebyla potvrzena – nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe a výskytem syndromu vyhoření.
- Hypotéza H2 (na základě charakteru výsledků) naznačuje, že volný čas a možnosti regenerace hrají důležitou roli v prevenci syndromu vyhoření, i když míra této závislosti závisí na konkrétních podmínkách respondentek.

Celkově lze shrnout, že porodní asistentky jsou vystaveny zvýšené psychické i fyzické zátěži, která se projevuje především v rovině únavy a vyčerpání. Přesto si většina z nich zachovává profesní spokojenost, motivaci a psychickou stabilitu. Klíčovým faktorem prevence syndromu vyhoření se jeví dostatek volného času, možnost odpočinku a podpora psychohygieny. Výsledky této práce poukazují na potřebu podpory pracovních podmínek porodních asistentek, zejména v oblasti organizace práce, dostatku času na regeneraci a dostupnosti odborné pomoci.

5 Diskuze

Výsledky tohoto šetření potvrzují, že syndrom vyhoření představuje v profesi porodních asistentek stále aktuální a významné riziko, což je v souladu s poznatky většiny recentních českých i zahraničních studií. I přesto, že v rámci tohoto výzkumu nebyl zaznamenán vysoký výskyt plně rozvinutého syndromu vyhoření, nelze tento výsledek interpretovat jako zcela pozitivní. Naopak přítomnost mírnějších či počínajících forem vyhoření představuje důležitý varovný signál, který může při dlouhodobém působení rizikových faktorů vést k rozvoji závažnějších stavů. Tento aspekt je v odborné literatuře často zdůrazňován, protože právě rané fáze syndromu vyhoření bývají přehlíženy nebo bagatelizovány, a tím dochází k jejich postupnému prohlubování. Zároveň je třeba zdůraznit, že tyto počáteční projevy mohou mít nenápadný charakter a často se manifestují spíše jako obecná nespokojenost, snížená pracovní pohoda či kolísání výkonnosti, což může ztěžovat jejich včasnou identifikaci jak samotnými pracovníky, tak i jejich okolím. Právě v této fázi však existuje největší prostor pro efektivní preventivní zásahy, které mohou zabránit dalšímu rozvoji syndromu a jeho negativním dopadům nejen na samotné zdravotnické pracovníky, ale i na kvalitu poskytované péče.

Získaná data ukazují, že mezi nejčastější projevy patří zejména únava, pocit vyčerpání, nedostatek energie, poruchy spánku, bolesti hlavy a zad, časový tlak a omezené možnosti regenerace. Tyto symptomy odpovídají jak klasickému pojetí syndromu vyhoření, tak i závěrům obdobných studií realizovaných v České republice (Bláhová, 2017; Menšíková, 2015; Fáberová, 2012). Lze konstatovat, že charakter projevů syndromu vyhoření u porodních asistentek je relativně stabilní napříč různými výzkumy, což poukazuje na dlouhodobou přítomnost obdobných pracovních podmínek a stresorů v této profesi. Současně je patrné, že uvedené obtíže se často kumulují a vzájemně prolínají, což může vést ke zhoršení celkové psychické i fyzické kondice pracovníků. Zvláště kombinace somatických a psychických příznaků může výrazně ovlivňovat každodenní fungování v pracovním procesu, a tím nepřímo zasahovat i do kvality poskytované péče. Tyto projevy tak nelze vnímat izolovaně, ale spíše jako součást širšího obrazu dlouhodobé pracovní zátěže v této profesní skupině.

Z hlediska jednotlivých dimenzí syndromu vyhoření se jako nejvýraznější ukázalo emocionální vyčerpání, které je považováno za klíčovou složku tohoto syndromu. Dále byla zaznamenána ztráta motivace a snížený zájem o okolí. Naopak závažnější projevy, jako je ztráta smyslu práce, depersonalizace, cynismus nebo depresivní ladění, se vyskytovaly méně často. Tento výsledek naznačuje, že většina respondentek se nachází spíše v počátečních nebo středních fázích syndromu vyhoření. A zjištěný trend potvrzuje také Bláhová (2017), která uvádí, že emocionální vyčerpání je nejčastější a zároveň první složkou syndromu vyhoření, která se u zdravotnických pracovníků objevuje. Její zjištění (emocionální vyčerpání 38,6 %, depersonalizace 31,4 % a snížené osobní uspokojení 40 %) jsou s výsledky tohoto šetření plně srovnatelná. Zároveň je vhodné doplnit, že rozdíly v intenzitě jednotlivých dimenzí mohou souviset s individuální mírou psychické odolnosti a také s odlišným způsobem zvládání zátěžových situací, což může ovlivňovat to, jak se jednotlivé složky syndromu vyhoření u respondentek projevují v praxi.

V rámci ověřování hypotéz nebyla potvrzena hypotéza H1, která předpokládala souvislost mezi délkou praxe a výskytem syndromu vyhoření. Tento výsledek je zajímavý zejména ve srovnání se staršími studiemi (např. Menšíková, 2015), které považovaly délku praxe za významný rizikový faktor. V tomto výzkumu byl výskyt syndromu vyhoření relativně rovnoměrný napříč všemi kategoriemi délky praxe. To může naznačovat, že samotná délka působení v oboru není rozhodujícím faktorem, ale že významnější roli hraje aktuální pracovní zatížení, pracovní podmínky a individuální schopnost zvládat stres. Zároveň tento výsledek poukazuje na to, že riziko vzniku syndromu vyhoření může být v čase proměnlivé a není nutně vázáno na kumulaci let v profesi, ale spíše na konkrétní kontext výkonu práce v daném období. Tento pohled odpovídá modernějším přístupům, které zdůrazňují dynamickou povahu syndromu vyhoření a jeho vazbu na aktuální interakci mezi jedincem a pracovním prostředím. Zjištěné výsledky jsou v souladu s moderním pojetím syndromu vyhoření jako multifaktoriálního jevu, kde se uplatňuje kombinace pracovních, osobních a sociálních faktorů. Podobné závěry uvádějí i Pešek a Praško (2023) a studie publikovaná v JOGNN (2023), které zdůrazňují význam aktuálních pracovních podmínek, organizační kultury a dostupnosti podpory. Z jejich pohledu je syndrom vyhoření vnímán jako dynamický proces, který vzniká postupně na základě dlouhodobé nerovnováhy mezi požadavky prostředí a možnostmi jedince na ně adekvátně reagovat. Lze tedy

konstatovat, že riziko syndromu vyhoření není vázáno pouze na délku praxe, ale spíše na dynamickou interakci mezi jednotlivcem a jeho pracovním prostředím, přičemž klíčovou roli hraje i schopnost organizace vytvářet podmínky podporující stabilní pracovní výkon a psychickou rovnováhu zaměstnanců.

Na druhou stranu byla potvrzena hypotéza H2, která poukazuje na význam dostatku volného času a možnosti regenerace jako klíčového ochranného faktoru. Porodní asistentky, které měly dostatek prostoru pro odpočinek, vykazovaly nižší míru příznaků syndromu vyhoření a častěji využívaly preventivní strategie. Tento výsledek jednoznačně potvrzuje význam psychohygieny v prevenci syndromu vyhoření. V odborné literatuře je opakovaně zdůrazňováno, že pravidelný odpočinek, kvalitní spánek, volnočasové aktivity a schopnost oddělit pracovní a osobní život patří mezi nejúčinnější preventivní opatření. Zároveň se ukazuje, že právě dostatečná regenerace umožňuje obnovu psychických i fyzických kapacit, což je zásadní zejména v profesích s vysokou emoční a časovou zátěží. Dlouhodobé zanedbávání těchto faktorů může naopak vést k postupnému snižování odolnosti vůči stresu a k vyšší náchylnosti k rozvoji vyčerpání.

Významným zjištěním je také skutečnost, že většina respondentek si i přes pracovní zátěž zachovává pozitivní vztah ke své profesi. Neztrácejí motivaci, empatii vůči klientkám a vnímají svou práci jako smysluplnou. Tento faktor lze považovat za významný protektivní prvek, který může působit proti rozvoji syndromu vyhoření. Profesní identita a pocit smysluplnosti práce jsou v odborné literatuře často uváděny jako klíčové faktory odolnosti zdravotnických pracovníků. Zároveň tento vnitřní postoj může přispívat k lepšímu zvládání zátěžových situací, protože umožňuje jedincům vnímat náročné pracovní podmínky v širším kontextu jejich profesního poslání. Právě schopnost nacházet v práci hodnotu a význam může fungovat jako stabilizační prvek, který zmírňuje dopady dlouhodobého stresu a podporuje psychickou odolnost.

Důležitý pohled na problematiku přináší také Chladová (2023), která se zaměřila na souvislost syndromu vyhoření s osobnostními charakteristikami. Její výsledky ukazují, že vyšší míra otevřenosti vůči zkušenostem může představovat rizikový faktor, zatímco svědomitost a přívětivost působí protektivně. Tento poznatek naznačuje, že individuální predispozice hrají významnou roli v tom, jak jednotlivci reagují na pracovní zátěž. Lze

tedy předpokládat, že efektivní prevence syndromu vyhoření by měla zohledňovat nejen pracovní podmínky, ale i osobnostní charakteristiky jednotlivců.

Další souvislosti lze nalézt ve studii publikované ve sborníku Ostravské univerzity (2019), která identifikuje hlavní rizikové faktory syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků. Mezi tyto faktory patří zejména dlouhodobá psychická zátěž, vysoké pracovní tempo, nedostatek personálu a emočně náročný kontakt s pacienty. Tyto charakteristiky jsou typické i pro profesi porodních asistentek, což potvrzují i výsledky tohoto šetření. Zároveň tato zjištění ukazují, že uvedené rizikové faktory nejsou izolované, ale často se vzájemně kombinují a mohou se kumulovat, čímž se jejich negativní dopad na psychickou pohodu pracovníků dále zvyšuje. V tomto kontextu je zřejmé, že dlouhodobé působení těchto podmínek může vést k postupnému oslabování psychické odolnosti a zvyšování vulnerability vůči syndromu vyhoření.

Podobné závěry přináší také Píšková (2022), která se zaměřila na všeobecné a praktické sestry. Její výsledky potvrzují vysoký výskyt syndromu vyhoření v této profesní skupině a poukazují na význam faktorů, jako je pracovní zátěž, nedostatek personálu a emoční náročnost práce. Zajímavým zjištěním je také vliv rodinného zázemí jako ochranného faktoru, což naznačuje význam sociální podpory.

Problematiku prevence dále rozšiřuje Černáková (2023), která upozorňuje na nedostatečné využívání podpůrných nástrojů, jako je supervize a vzájemné podpory. Přestože většina respondentů zná základní principy prevence, jejich praktická aplikace je omezená. Tento rozpor představuje významný problém v praxi. Zároveň naznačuje, že samotná informovanost o preventivních opatřeních nemusí být dostačující, pokud nejsou vytvořeny vhodné organizační a časové podmínky pro jejich reálné využívání. V důsledku toho může docházet k situaci, kdy jsou preventivní strategie spíše oznamovány, než skutečně realizovány, což snižuje jejich efektivitu v každodenní praxi zdravotnických pracovníků.

Významná zjištění přináší také studie dostupná v databázi Západočeské univerzity (ZČU, 2023), která potvrzuje, že jedním z hlavních faktorů rozvoje syndromu vyhoření je dlouhodobé vystavení stresu v kombinaci s nedostatečnými možnostmi regenerace. Studie dále zdůrazňuje význam pracovního prostředí, zejména kvality mezilidských vztahů, stylu vedení a míry organizační podpory. Nedostatek podpory ze strany

nadřízených a kolegů může významně zvyšovat riziko vyhoření, zatímco pozitivní pracovní klima, otevřená komunikace a možnost sdílení zkušeností působí jako ochranné faktory.

Tato zjištění jsou plně v souladu s výsledky tohoto výzkumu, zejména v oblasti významu regenerace a pracovního prostředí. Studie zároveň upozorňuje na nutnost systematické prevence na organizační úrovni, která by měla zahrnovat například supervizi, podporu týmové spolupráce, adekvátní personální zajištění a podporu rovnováhy mezi pracovním a osobním životem. Zároveň je zdůrazněno, že zdravotničtí pracovníci často podceňují vlastní psychickou zátěž a upřednostňují potřeby pacientů před svými, což může vést k postupnému vyčerpání.

Za důležité považuji také zmínit širší kontext zdravotnických profesí, kde se syndrom vyhoření vyskytuje dlouhodobě a systematicky. Specifika práce porodních asistentek, jako je vysoká míra odpovědnosti, nepředvídatelnost situací a emoční náročnost péče, zvyšují jejich zranitelnost vůči tomuto syndromu.

Současně je však nutné reflektovat i limity tohoto výzkumu. Mezi hlavní omezení patří velikost výzkumného souboru a způsob sběru dat, který byl založen na subjektivním hodnocení respondentek. Subjektivní pohled může být ovlivněn aktuálním psychickým stavem, osobními zkušenostmi nebo ochotou otevřeně odpovídat. Dalším limitem je skutečnost, že výzkum nezohledňoval detailně všechny možné proměnné, jako jsou konkrétní pracovní podmínky, typ pracoviště nebo organizační kultura.

Dalším omezením může být i průřezový charakter výzkumu, který neumožňuje sledovat vývoj syndromu vyhoření v čase. Tento design poskytuje pouze okamžitý obraz situace, avšak nezachycuje dynamiku změn ani možné přechody mezi jednotlivými fázemi syndromu vyhoření. Pro hlubší pochopení problematiky by bylo vhodné realizovat dlouhodobou studii, která by umožnila sledovat změny v čase a identifikovat příčinné souvislosti, a tím přesněji popsat, jak se vyhoření v profesi postupně rozvíjí a jaké faktory jej mohou urychlovat nebo naopak zpomalovat. Např. Všeobecná zdravotní pojišťovna České Republiky (2021) takovou dlouhodobou a rozsáhlou studii provedla, nešlo ale pouze o zdravotníky, ale všechny občany. Na základě všech uvedených poznatků lze konstatovat, že syndrom vyhoření u porodních asistentek je komplexní a multifaktoriální problém. Jeho vznik je ovlivněn nejen pracovními podmínkami, ale

také individuálními charakteristikami a úrovní sociální podpory, přičemž jednotlivé faktory se mohou vzájemně prolínat a posilovat. Tento komplexní charakter zároveň ztěžuje jednoznačnou identifikaci klíčových příčin, což je důležité zohlednit při interpretaci výsledků.

Zásadní význam má proto prevence, která by měla být systematická a komplexní. Na individuální úrovni je důležité zaměřit se na podporu psychohygieny, rozvoj technik zvládání a schopnost vyhledat pomoc včas, tedy ještě před rozvojem závažnějších projevů vyčerpání. Na organizační úrovni je nezbytné zajistit dostatek personálu, podporovat otevřenou komunikaci, poskytovat supervizi a vytvářet pozitivní pracovní klima, které umožňuje sdílení zátěže a snižuje riziko dlouhodobého přetížení.

Celkově lze shrnout, že výsledky tohoto šetření jsou v souladu s odbornou literaturou a potvrzují, že syndrom vyhoření zůstává významným tématem v oblasti zdravotnických profesí. Současně poukazují na potřebu systematické prevence a dalšího výzkumu, který by přispěl k hlubšímu pochopení tohoto fenoménu, zejména s ohledem na jeho dynamický charakter a specifika jednotlivých profesních skupin.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřila na problematiku syndromu vyhoření u porodních asistentek. Výsledky dotazníkového šetření potvrdily, že syndrom vyhoření zůstává aktuálním tématem i v současné klinické praxi. Většina porodních asistentek ve výzkumném souboru sice nevykazovala plně rozvinutý syndrom vyhoření, nicméně u významné části se objevovaly jeho mírné nebo příležitostné projevy – zejména únava, pocit vyčerpání, nedostatek energie, poruchy spánku, bolesti hlavy a zad či časový tlak. Tyto obtíže naznačují zvýšenou pracovní a psychickou zátěž, které jsou porodní asistentky dlouhodobě vystaveny.

Práce dále ukázala, že délka praxe sama o sobě nebyla v tomto šetření statisticky významným rizikovým faktorem pro rozvoj syndromu vyhoření. Výskyt příznaků byl poměrně vyrovnaný napříč skupinami s různou délkou profesní zkušenosti, což odpovídá některým novějším odborným zjištěním, že na riziko vyhoření má větší vliv komplexní soubor pracovních a osobních faktorů než samotná délka setrvání v oboru.

Naopak byla potvrzena zásadní souvislost mezi možnostmi prevence a dostatkem volného času. Porodní asistentky, které mají více příležitostí k odpočinku, relaxaci, koníčkům a trávení času s rodinou či přáteli, vykazují podstatně nižší míru příznaků syndromu vyhoření. Psychohygiena, sociální opora, kvalitní pracovní vztahy, možnost sdílení problémů a dobré podmínky pro regeneraci se ukazují jako klíčové faktory ochrany před vyhořením.

Pozitivním zjištěním je, že většina porodních asistentek si i přes zvýšenou pracovní zátěž udržuje pozitivní vztah ke své profesi, neztrácí motivaci ani empatii vůči klientkám a cítí se úspěšná. Tento postoj lze označit za významný protektivní faktor, který napomáhá prevenci syndromu vyhoření.

Z výsledků práce vyplývá, že prevence syndromu vyhoření by měla být komplexní – zaměřená jak na individuální úrovni (péče o sebe, psychohygiena, schopnost říct si o pomoc), tak i v rámci pracovního kolektivu a organizace (jasné kompetence, dostatek personálu, otevřená komunikace, možnost supervize, uznání, benefity a kontinuální vzdělávání). Tato doporučení jsou v souladu s poznatky dalších autorů, kteří se problematice syndromu vyhoření v porodnictví věnují.

Závěrem lze říci, že syndrom vyhoření zůstává u porodních asistentek významným rizikem, jehož projevy mohou v náročnějších podmínkách rychle narůstat. Klíčové proto je, aby porodní asistentky měly dostatek možností pro odpočinek, podporu ze strany kolektivu i vedení a přístup k odborné pomoci v případě potřeby. Je žádoucí, aby byla prevence syndromu vyhoření systematicky začleněna do praxe a vzdělávání porodních asistentek a aby byla podporována jak na úrovni jednotlivce, tak i celé organizace.

7 Seznam použité literatury

American Journal of Health-System Pharmacy. (2018). *Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků.* https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/75/3/147/5102013?redirectedFrom=fulltext&login=false

Bláhová, V. (2017). *Syndrom vyhoření v profesi porodní asistentky.* Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.

BOZP.cz. (2025). *Syndrom vyhoření (burn-out). Příznaky, projevy, rizika, dopady a prevence.* https://www.bozp.cz/aktuality/syndrom-vyhoreni-burn-out/

BMJ. (2018). *Stručná historie syndromu vyhoření.* https://www.bmj.com/content/363/bmj.k5268.full

Centrum triangl. (2025). *Interpersonální vztahy: Jak je rozvíjet.* https://www.centrumtriangl.cz/vztahy/interpersonalni-vztahy-jak-je-rozvijet/

Černáková, K. (2023). *Syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a jeho prevence.* Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. (2025). *Se syndromem vyhoření se potýká každý pátý Čech, jak ale vypadá?* https://www.cpzp.cz/se-syndromem-vyhoreni-se-potyka-kazdy-paty-cech-jak-ale-vypada

Československá psychologie. (2017). *Supervize jako jedna z možností prevence a ovlivnění syndromu vyhoření ve zdravotnictví.* http://cspsych.psu.cas.cz/result.php?id=985

Déhora consultancy. (2025). *Prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců.* https://dehora.cz/blog/prevence-syndromu-vyhoreni-u-zamestnancu/

Dohnal, J. (2025). *Vyhoření nepostihuje jen workoholiky. Jak ho rozpoznat a co dělat, když vás dožene?* https://www.terapio.cz/blog/vyhoreni

Dufková, V. (2016). *Jak rozpoznat syndrom vyhoření a jak mu předcházet?* https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/7/jak-rozpoznat-syndrom-vyhoreni-a-jak-mu-predchazet/

Dutková, A. (2023). *Jak vnímat stres: průvodce pro vnitřní pohodu.* Grada Publishing.

Edmondsová, J. K. (2023). *Syndrom vyhoření u zdravotních sester a porodních asistentek je hrozbou pro zdraví matky a novorozence.* https://www.jognn.org/article/S0884-2175(23)00002-3/fulltext

EUC. (2023). *Stres – proč ho prožíváme a jak nás ovlivňuje? Příznaky a léčba.* https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/stres-proc-ho-prozivame-a-jak-nas-ovlivnuje-priznaky-a-lecba/

Fáberová, I. (2012). *Syndrom vyhoření na porodnickém pracovišti.* Praha: Univerzita Karlova.

Frontiers. (2023). *Syndrom vyhoření v České republice: Klesající trend v průběhu let.* https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1099528/full

Honzák, R. (2022). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření* (3. vydání). Vyšehrad.

Chladová, N. (2023). *Souvislost syndromu vyhoření s osobnostními charakteristikami u porodních asistentek.* Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

Journal of Midwifery & Women's Health. (2023). *Co je porodní asistentka?* https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.13523

Journal of School Health. (2023). *Zdravé a spravedlivé mezilidské vztahy, nerovnosti v oblasti zdraví a socioedukační intervence.* https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/josh.13318

Kabele, J. (2018). *Opora sociální.* https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Opora_soci%C3%A1ln%C3%AD

Kabátová, M. (2016). *Dvě třetiny Čechů drtí stres z práce.* Lidové noviny, 1–2.

Kyselová, L. (2022). *Syndrom vyhoření a nutné změny v pracovních podmínkách ohrožených zaměstnanců.* https://www.josra.cz/vydani/clanek/syndrom-vyhoreni-a-nutne-zmeny-v-pracovnich-podminkach-ohrozenych-zamestnancu

Laskavý porod. (2023). *Kompetence porodní asistentky.* https://laskavyporod.cz/kompetence-porodnich-asistentek/

Loono. (2025). *Syndrom vyhoření.* https://www.loono.cz/syndrom-vyhoreni

MCN. (2024). *Syndrom vyhoření u zdravotních sester, porodních asistentek a lékařů v mateřské péči vystavených traumatickým událostem při porodu.* https://journals.lww.com/mcnjournal/abstract/2024/11000/burnout_among_nurses,_midwives,_and_physicians_in.5.aspx

MDPI. (2020). *Prevalence a prediktory syndromu vyhoření u porodních asistentek: Systematický přehled a metaanalýza.* https://www.mdpi.com/1660-4601/17/2/641

Menšíková, M. (2015). *Syndrom vyhoření v porodní asistenci.* Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

Mindwell. (2025). *Co je syndrom vyhoření, jaké jsou jeho příznaky a jak z něj ven.* https://mindwell.cz/blog/co-je-syndrom-vyhoreni-priznaky-a-jak-z-nej-ven

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2021). *Ošetřovatelství a nelékařská povolání.* https://mzd.gov.cz/category/osetrovatelstvi-a-nelekarska-povolani/

MOJE AMBULANCE a.s. (2024). *Psychohygiena: Klíč k duševnímu zdraví v hektickém světě.* https://www.mojeambulance.cz/psychohygiena-klic-k-dusevnimu-zdravi-v-hektickem-svete/

Moravcová, I. (2024). *Zářit a nevyhořet.* Grada Publishing.

Nedvědová, D. (2019). *Stres a syndrom vyhoření v profesi porodních asistentek.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě.

Nevyhasni. (2023). *Prevence syndromu vyhoření.* https://www.nevyhasni.cz/prevence-syndromu-vyhoreni

Opatruj se. (2021). *Stres a vyhoření.* https://www.opatruj.se/informuj-se/stres-a-vyhoreni

Padevětová, T. (2020). *Syndrom vyhoření u sestry ve směnném provozu.* Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

Pešek, R., & Praško, J. (2023). *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit.* Pasparta.

Peterková, M. (2026). *Syndrom vyhoření.* https://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/kde-hledat-pomoc

Píšková, K. (2022). *Syndrom vyhoření ve zdravotnických profesích.* Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

Procházka, M., & kolektiv. (2020). *Porodní asistence.* Maxdorf Jesenius.

Pugnerová, M., & kolektiv. (2019). *Psychologie pro studenty pedagogických oborů.* Grada Publishing.

Roztočil, A. (2017). Moderní porodnictví (2. vydání). Grada Publishing.

Scholz, U. (2018). *Sociální podpora a zdravé chování: Jak se posunout od dobře míněné pomoci k odborné podpoře.* https://practicalhealthpsychology.com/cz/2018/01/social-support-and-health-behavior-how-to-move-from-well-intentioned-to-skilled-support/

SciELO. (2019). *Syndrom vyhoření by se neměl podceňovat.* https://www.scielo.br/j/ramb/a/rJqpgLZr6NNGkdWcKJQJMwb/?lang=en

Skvělí lidé. (2022). *Atlas péče o sebe – 8. díl Supervize.* https://skvelilide.cz/atlas-pece-o-sebe-8-dil-supervize/

Světová zdravotnická organizace. (2019). *Syndrom vyhoření.* https://www.who.int/

Švamberk Šauerová, M. (2018). *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele.* Grada Publishing.

Terapie.cz. (2024). *Co je syndrom vyhoření a jaké dopady má na člověka a jeho okolí?* https://www.terapie.cz/blog/co-je-syndrom-vyhoreni-a-jake-dopady-ma-na-cloveka-a-jeho-okoli

Terapio. (2025). *Jak se zbavit stresu? Co je to chronický stres a co způsobuje?* https://www.terapio.cz/blog/stres

Unie porodních asistentek. (2025). *Porodní asistentka.* https://unipa.cz/porodni-asistentka/

VoZP.cz. (2023). *Psychohygiena.* https://www.zdravisvozp.cz/clanky/psychohygiena

Všeobecná zdravotní pojišťovna. (2021). *Syndrom vyhoření – přichází nenápadně, ale ničí důsledně.* https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/syndrom-vyhoreni-prichazi-nenapadne-ale-nici-dusledne

Zdravotnické zařízení ministerstva vnitra. (2025). *Syndrom vyhoření*. https://www.zzmv.cz/syndrom-vyhoreni

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník pro respondentky

Syndrom vyhoření u porodních asistentek

Vážené respondentky, jmenuji se Nikola Šitlerová a jsem studentkou 3. ročníku programu Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník je součástí bakalářské práce na téma "Syndrom vyhoření u porodních asistentek". Hlavním cílem práce je zjistit míru syndromu vyhoření u porodních asistentek. Ráda bych Vás požádala o věnování několika minut Vašeho času k vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je určen pro porodní asistentky na gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích. Veškerá data budou zcela anonymní a budou využita výhradně pro výzkumné účely. Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně 10-15 minut. Děkuji Vám za Váš čas a ochotu dotazník vyplnit.

1. Kolik je Vám let
○20-30 let
○31-40 let
○41-50 let
○51-60 let
○60 a více

2. Jaké máte vzdělání/specializaci?
○ženská sestra
○porodní asistentka Bc.
○specializace intenzivní péče v porodní asistenci
○ jiné ……..

3. Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka?

4. Na kterém oddělení pracujete?

5. Co je syndrom vyhoření? Doplňte

6. Víte, jak se syndrom vyhoření projevuje? Doplňte

7. U jakých profesí se nejčastěji syndrom vyhoření projevuje?

8. Trpíte na bolesti hlavy?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

9. Trpíte bolestmi zad?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

10. Trpíte nechutenstvím?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

11. Máte zažívací potíže?

Bolesti žaludku	Průjem	Zácpa	Nevolnosti	Zvracení	Ne
○	○	○	○	○	○

12. Máte poruchy spánku?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

13. Používáte návykové látky? Pokud ano doplňte (např. kouření, alkohol, léky na spaní/na bolest, drogy)

14. Máte vysoký krevní tlak

Ano	Ne
○	○

15. Máte při stresu palpitaci?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

16. Máte závratě?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

17. Jste často nemocná? Doplňte případné onemocnění.

18. Cítíte, že jste vyčerpaná?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

19. Cítíte, že nemáte energii?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

20. Trpíte pocity beznaděje?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

21. Jste neustále podrážděná?

Ano	Ne
○	○

22. Cítíte se deprimovaně a apaticky?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

23. Trpíte úzkostí?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

24. Trpíte depresí?

Ano	Ne
○	○

25. Ztratila jste empatii?

Ano	Ne
○	○

26. Máte pocit, že Vás práce porodní asistentky citově vysává?

Ano	Ne
○	○

27. Máte pocit, že nic nestíháte?

Ano	Občas	Ne

○ ○ ○

28. Zanedbáváte osobní povinnosti?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

29. Cítíte se po pracovní době na konci svých sil?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

30. Je Vám vaše práce lhostejná?

Ano	Ne
○	○

31. Ztratila jste motivaci ve Vaší práci?

Ano	Ne
○	○

32. Máte potřebu se izolovat od ostatních?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

33. Pociťujete při komunikaci s klientkami lhostejnost?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

34. Pociťujete při komunikaci s klientkami bezcitnost?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

35. Přináší Vám práce s klientkami velký stres?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

36. Pociťujete, že se nemůžete na nic soustředit?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

37. Máte pocit, že víc zapomínáte?

Ano	Občas	Ne

○ ○ ○

38. Máte pocit, ať děláte sebevíc, tak Vás nikdo nedocení?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

39. Jste profesně zklamaná?

Ano	Ne
○	○

40. Nechce se Vám s nikým komunikovat?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

41. Máte pocit, že nic nemá smysl?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

42. Cítíte zhoršení partnerských a rodinných vztahů?

Ano	Ne
○	○

43. Jak řešíte krizové situace v práci? Doplňte

44. Cítíte se šťastná?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

45. Co Vám přináší nejvíce radosti? Doplňte

46. Máte svoje koníčky? Doplňte

47. Máte na ně čas?

Ano	Občas	Ne
○	○	○

48. Jakým způsobem ještě relaxujete po práci? Doplňte

49. Kolik hodin týdně věnujete sobě?

více než 10 h	méně než 10 h	5-10 h	méně než 5h
○	○	○	○

50. Máte dostatek volna na zotavení po práci?

Ano	Ne
○	○

51. Je vás dostatek na oddělení?

Ano	Ne
○	○

52. Můžete si vybrat dovolenou vždy, když jí potřebujete?

Ano	Ne
○	○

53. Cítíte se ve Vaší práci úspěšná?

Ano	Ne
○	○

54. Když byste měla problémy, svěřila byste se svým kolegyním?

Ano	Ne
○	○

55. Řekla byste si o odbornou psychologickou pomoc?

Ano	Ne
○	○

56. Řekla byste si o odbornou psychiatrickou pomoc?

Ano	Ne
○	○

57. Myslíte si, že říct si o odbornou pomoc je něco, co byste neudělala?

Ano	Ne
○	○

58. Co byste doplnila?

9 Seznam zkratek

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences, Statistický balík pro společenské vědy

AJHP - American Journal of Health-System Pharmacy, Americký časopis o farmacii ve zdravotnictví

MBI - Maslach Burnout Inventory, Maslachův dotazník k vyhoření

WHO - World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

ZZMV - Zdravotnické zařízení ministerstva vnitra

HH syndrom – helplessness hopelessness syndrom, bezmoc a beznaděj syndrom

BOZP – Bezpečnost práce – web

Atd. – A tak dále

PA – Porodní asistentka

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna

Např. – Například

JoSRA – Jornal of Safety Research and Application, Časopis pro výzkum a aplikace v oblasti bezpečnosti

ČAPZ – Česká asociace pro psychické zdraví

CKI – Centrum krizové intervence

JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, Časopis pro porodní, gynekologické a neonatologické ošetřovatelství

MCN - The American Journal of Maternal/Child Nursing, Americký časopis pro ošetřovatelství matek a dětí

MDPI - Multidisciplinary Digital Publishing Institute, Institut pro multidisciplinární digitální publikování

EUC - Europen Union Clinics, Evropská Unie Klinik

Apod. – A podobně

Sb. – Sbírka zákonů

MZČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

UNIPA – Unie porodních asistentek