

Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Katedra křesťanské sociální práce

*Charitativní a sociální práce*

*Barbora Nováková, DiS.*

Syndrom vyhoření u osobních asistentů

Bakalářská práce

vedoucí práce: ThLic. Jakub Doležel, Th.D.

2022/2023

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci dne 5.11.2023

Barbora Nováková

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé práce ThLic. Jakubu Doleželovi, Th.D. za podporu, ochotu a cenné připomínky při psaní práce. Dále také jsem respondentům za vyplnění dotazníku a mým nejbližším za podporu po celou dobu studia.

## Obsah

ÚVOD .....	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1. Osobní asistence.....	8
1.1. Teoretické ukotvení osobní asistence.....	8
1.2. Druhy osobní asistence .....	10
1.3. Osobní asistence jako součást sociální práce.....	11
1.4. Shrnutí.....	13
2. Osobní asistent .....	14
2.1. Osobní asistent a jeho charakteristiky.....	14
2.2. Předpoklady pro vykonávání práce osobního asistenta .....	16
2.3. Vztah mezi klientem a osobním asistentem .....	16
3. Syndrom vyhoření .....	18
3.1. Definice syndromu vyhoření.....	18
3.2. Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření.....	19
3.3. Symptomy a projevy .....	22
3.4. Fáze syndromu vyhoření .....	24
3.5. Nástroje pro diagnózu a měření .....	25
3.6. Prevence syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele.....	26
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	28
4. Přehled výzkumů na dané téma.....	29
5. Metoda a výzkumná technika.....	31
5.1. Cíle výzkumu .....	32
5.2. Operacionalizace dílčích výzkumných otázek.....	33
5.3. Výzkumný soubor .....	34
5.4. Interpretace výsledků výzkumu .....	35
5.5. Výsledky statistických hypotéz.....	45
6. Diskuse.....	48
7. Závěr.....	51
Seznam použitých zkratk.....	54
Bibliografie.....	55
Online zdroje .....	58
Seznam grafů.....	59
Seznam tabulek .....	60
Přílohy .....	61



## **Anotace**

Cílem práce je zjistit, v jaké míře je u osobních asistentů přítomen syndrom vyhoření a jaké hlavní příčiny respondenti uvádějí. Příčiny jsou zjišťovány pomocí třech proměnných – délka praxe, režim práce a cílová skupina. Dále práce zjišťuje nejvíce nabízené preventivní opatření ze strany zaměstnavatele, a také nejvíce využívané preventivní opatření ze strany osobních asistentů. Teoretická část definuje osobní asistenci, osobní asistenty a dále uvede čtenáře do problematiky syndromu vyhoření – jeho příčin, symptomů, fází i diagnostických možnostech míry vyhoření. Výzkumná část zkoumá míru vyhoření u osobních asistentů ve vztahu k jednotlivým proměnným.

## **Klíčová slova**

Osobní asistence, osobní asistent, syndrom vyhoření, vyhoření, prevence, míra vyhoření

## **Abstract**

The goal of the thesis is to find out to what extent the burnout syndrome is present in personal assistants and what the main causes are mentioned by the respondents. The causes are investigated using three variables – length of experience, work mode and target group. Also it finds out the most offered preventive measures by the employer, and also the most used preventive measures by the assistants. The theoretical part defines personal assistance, personal assistants and also introduces the reader to burnout syndrome – its causes, symptoms, stages and diagnostic possibilities of burnout rate. The research section examines burnout rates in personal assistants in relation to individual variables.

## **Key words**

Personal assistance, personal assistant, burnout syndrome, burnout, prevention, burnout rate

## ÚVOD

Bakalářská práce s názvem „Syndrom vyhoření u osobních asistentů“ pojednává o výskytu tohoto jevu u skupiny osobních asistentů. Cílem práce je zjistit, v jaké míře je u osobních asistentů zjištěn syndrom vyhoření a jaké příčiny asistenti uvádějí. Jako možné příčiny budu zkoumat tři proměnné – délku praxe v oboru, režim práce a cílovou skupinu, se kterou asistenti pracují. Téma práce jsem si vybrala, protože s osobními asistenty spolupracuji a sama také asistuji, proto je mi téma vyhoření právě u osobních asistentů blízké.

V důsledku narůstajícího tlaku a náročných pracovních podmínek může syndrom vyhoření postihnout i osobní asistenty, kteří mají klíčovou roli v poskytování péče a podpory lidem nejen se zdravotním postižením. Touto prací bych ráda pomohla asistentům v uvědomění si možnosti výskytu syndromu vyhoření, který je komplexní a může ovlivnit nejen jejich pracovní, ale také osobní život. Neznalost důležitých informací o syndromu vyhoření může zabránit včasné intervenci. Kromě asistentů samotných ale tato práce může být užitečná také pro zaměstnavatele a poskytovatele osobní asistence, jako ukazatel, která preventivní opatření nabízená zaměstnavatelem jsou nejvíce aktivně využívána – teda pravděpodobně i nejvíce žádaná.

Teoretická část nejprve definuje osobní asistenci jako službu, popisuje její definice, důležitost a místo v sociální práci. Následuje popis osobních asistentů, jejich předpoklady k práci a legislativní požadavky. Další kapitola již popisuje samotný syndrom vyhoření. Nejprve uvádím definice různých autorů, jeho příčiny, symptomy, jednotlivé fáze vyhoření a diagnostické možnosti měření míry vyhoření. Výzkumná část analyzuje data získaná prostřednictvím dotazníků o míře vyhoření osobních asistentů. Zkoumá vliv délky praxe, způsobu práce a cílové skupiny na míru vyhoření. Dále také zjišťuje, která preventivní opatření jsou nejvíce nabízeny zaměstnavateli a které jsou nevíce využívána asistenty.

## TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Osobní asistence

Osobní asistence je sociální služba definovaná v zákoně číslo 108/2006 Sb. – o sociálních službách, tudíž je nedílnou součástí sociální práce v ČR. Ačkoliv je všeobecně vnímaná jako velmi psychicky i fyzicky náročná profese, vykonávají ji často pracovníci pouze s kvalifikací pracovníka v sociálních službách, nikoliv sociální pracovníci, kteří nemají tak komplexní vzdělání a mohou jim proto chybět potřebné nástroje pro zvládnání každodenní zátěže, kterou s sebou jejich práce přináší. Následující kapitola se věnuje definici a legislativnímu ukotvení osobní asistence, a také popisuje osobní asistenci jako součást sociální práce.

### 1.1. Teoretické ukotvení osobní asistence

„Osobní asistence je komplex služeb, jejichž cílem je pomoci člověku se zdravotním postižením zvládnout s podporou osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby mohl“ (Uzlová, 2010, s.23)

Koláčková, Kodymová (2005, s.95) popisují osobní asistenci jako sociální službu, která pomáhá se zvládnáním běžných každodenních dovedností a úkonů, která by člověk dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo zdravotní postižení. „Osobní asistenci v České republice chápeme jako adekvátní formu sociální péče (lépe řečeno podpory) o osoby s těžkým zdravotním postižením, která v nejvyšší možné míře kompenzuje důsledky takového zdravotního postižení. Má umožnit klientovi nezávislé rozhodování o jeho životě. Jedná se o službu zachovávající individualitu jedince, umožňující plnohodnotný způsob života včetně studia, zaměstnání, ale i cestování a provozování dalších koníčků a zálib“ (Novosad, 2006, s.19). „Důvodem pro poskytování osobní asistence je snaha o vyrovnání sociálního handicapu, tj. oddělení od společnosti“ (Hrdá, 2001, s.7).

Osobní asistenci jako takovou upravuje také legislativa, konkrétně zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách následovně:

#### § 39 Osobní asistence

(1) Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje

pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách § 39).

Dle článku 19 Úmluvy o právech osob s postižením je osobní asistence považována za nezbytnou podmínku nezávislého života. „Osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci“ (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, článek 19 - Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti b))

Dále také dle zákona 108/2006 Sb. § 37 2) poskytuje služba osobní asistence, stejně jako každá jiná sociální služba základní sociální poradenství.

„Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit“ (Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách § 37 2)).

„Hlavním cílem osobní asistence, stejně jako jakékoliv jiné sociální služby, má být zachování integrity (celistvosti a neporušenosti) člověka i navzdory jeho nemohoucnosti plynoucí z postižení, stáří, nemoci nebo jiné příčiny“ (Hrdá, 2001, s.9).

Dále dle Hrdé (2001, s.9) mají služby osobní asistence klientovi zabezpečit základní životní potřeby, a to jak biologické (na příklad příjem potravy, toaletu, polohování, hygienu, dále

dopomoc při obstarání domácnosti, při nákupech, pochůzkách atp.), tak společenské (například při výchově dětí, při vzdělání a výkonu povolání, při kulturních a sportovních aktivitách). To vše je nutnou kompenzací zdravotního postižení.

Dle poskytovatele osobní asistence Asistence o.p.s. jsou cíle osobní asistence následující:

- Zajistit klientům, aby mohli dělat běžné činnosti, které by dělali, nebýt jejich postižení.
- Pomáhat žít aktivním životem při zapojování se do společnosti v oblastech vzdělání, zaměstnání, kultury, sportu apod.
- Zprostředkovat kontakt s vrstevníky, s lidmi, se kterými si mohou být vzájemně užiteční.
- Být oporou ve snižování míry potřeby našich služeb.
- Vytvářet ve společnosti prostředí přátelské k lidem s postižením.

(Asistence o.p.s.)

## **1.2.Druhy osobní asistence**

Dle Hrdé (2001, 10) rozeznáváme dva typy osobní asistence:

### a) sebeurčující osobní asistence

Sebeurčující osobní asistence nevyžaduje žádné odborné školení asistentů. Jestliže je potřebné jakékoliv školení přesahující základní (všeobecné) vzdělání, jedná se o řízenou osobní asistenci. Klient musí být schopen sám se podílet na sebeurčující osobní asistenci, tzn. že uživatel služeb musí být schopen vyškolit si osobního asistenta, organizovat a vést jeho práci. Jestliže toho klient není schopen, musí být o něho postaráno řízenou osobní asistencí, anebo jinými způsoby péče.

### b) řízená osobní asistence

řízená osobní asistence obvykle vyžaduje odbornou přípravu osobních asistentů. Týká se totiž osob, které potřebují specializovanou pomoc. Klient tohoto typu osobní asistence neškolí své osobní asistenty a neorganizuje jejich práci.

„Motivem spojujícím nezávislý život s osobní asistencí je úsilí o nezávislost, samostatnost a důstojnost každého jedince. Neznamená to však, že člověk s těžkým handicapem může žít úplně

samostatně, nýbrž má možnost se rozhodovat o vlastním životě a samozřejmě také za něj převzít odpovědnost“ (Novosad, 2006, s.31).

Dále se osobní asistence může dělit dle místa působení a pracovního režimu.

„Terénní osobní asistence má za cíl kompenzovat uživateli jeho zdravotní postižení tak, aby mohl žít maximálně samostatně ve své domácnosti a organizovat si každodenní život podle svých potřeb a přání“ (Domov pro mne, Osobní asistence [online]). Osobní asistent tedy chodí ke klientům do jejich domácností a podporuje tak jejich setrvání v domácím prostředí.

Osobní asistence také probíhá v pobytových službách, jako jsou například chráněná bydlení. „Pobytová sociální služba pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, a nejsou schopny zabezpečit péči o sebe a svou domácnost vlastními silami ani s dopomocí svých blízkých či terénní sociální služby. V chráněném bydlení žije uživatel v prostředí běžné domácnosti, o kterou se s dopomocí osobních asistentů stará a sám si organizuje každodenní život podle svých vlastních potřeb a přání. S respektem k soukromí a s maximální podporou samostatnosti“ (Domov pro mne, Chráněné bydlení [online]).

### **1.3.Osobní asistence jako součást sociální práce**

„Na počátku sociální práce byl člověk. Lidská bytost, která potřebuje pomoc jiné lidské bytosti. Pokud by člověk pomoc nepotřeboval, nebyla by za potřebí ani sociální práce. Člověk však pomoc potřebuje a vyhledává ji ve vztazích.“ Mátel (2019, s. 9)

Definicí sociální práce je mnoho, například Matoušek (in Malík Holasová, 2014, s.10). definuje sociální práci jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je vysvětlování a řešení sociálních problémů. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám či komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění a pomáhají utvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky.

„Sociální práce je považována za vědecky fundovanou odbornou disciplínu, která speciálními pracovními metodami zajišťuje provádění péče o člověka na profesionálním základě“ (Mühlpachr, 2004, s.28). Mühlpachr (2004, s.28) uvádí, že sociální práce v užším slova smyslu je charakterizována přímým, záměrným a připraveným kontaktem sociálního pracovníka

s klientem (skupinou, komunitou) za účelem stanovení sociální diagnózy a provádění sociální terapie.

„Základním východiskem sociální práce je její etická dimenze. Sociální práce vychází z etických hodnot a legislativních norem, přičemž k základním hodnotám sociální práce patří lidská práva, humanismus a sociální spravedlnost“ (SSP in Malík Holasová, 2014, s.10).

K přesnějšímu definování sociální práce je důležité vymezení cílů sociální práce. Mezi ně v současnosti patří:

Mátel (2019, 79) definuje cíle sociální práce, za nimi jsou vypsány úkony osobní asistence, prostřednictvím kterých osobní asistence přispívá k naplnění cílů sociální práce.

- Zlepšování kvality života občanů ve společnosti (v OA prostřednictvím všech úkonů dle zákona č.108/2006 Sb. § 39 2))
- Předcházení sociálního vyloučení, resp. zmírnění jeho důsledků (v OA – zejména skrze úkony e), f), g)
- Pomoc jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám ve zlepšování nebo obnovování jejich sociálního fungování ( v OA jak dopomocí samotnému klientovi, tak často i jeho rodině jako odlehčení pečujícím osobám nebo umožnění klientovi naplňovat svoje sociální role a být užitečnějším členem komunity, omezit klientovo znevýhodnění při sociálním fungování)
- Pomoc, podpora, doprovod, posilování a zmocňování klientů sociální práce a rozvoj jejich potenciálu (v OA prostřednictvím všech úkonů dle zákona č.108/2006 Sb. § 39 2))
- Pomoc při řešení problémů v lidských vztazích (v OA podobně jako bod č.3)
- Prosazování sociální změny (v OA ať už přímo konkrétnímu uživateli při realizaci úkonů spojených s g); nebo organizace poskytující OA svojí další činností (ovlivňování legislativy, prezentace veřejnosti ...); díky OA se taky mohou lidé se soc. znevýhodněním častěji zapojovat ve společnosti a sami prosazovat sociální změny)
- Podpora sociálního rozvoje a sociální soudržnosti (v OA převážně pomocí bodů e),f),g), začleňováním lidí se znevýhodněním do společnosti)
- Zlepšování blaha občanů ve společnosti (v OA všemi činnostmi perspektivou klient = občan, omezováním zátěže soc. systému celé společnosti (terénní služba umožňující setrvání v domácím prostředí méně nákladná a zatěžující pro celou spol. než ústavní



péče), omezování zátěže pečujících (a tím sekundární zátěže celé společnosti související např. s omezenými možnostmi ekonom. aktivity pečujících osob apod.)

#### **1.4. Shrnutí**

*Jaké má tedy osobní asistence místo v sociální práci?* Sociální služby jsou prakticky realizovány prostřednictvím sociálních služeb, které v ČR vymezuje zákon o soc. službách – osobní asistence je po základním sociálním poradenství hned na druhém místě. Jako služba sociální péče je prostřednictvím výše zmíněných úkonů důležitou součástí realizace výkonu sociální práce u nás.

Osobní asistence je terénní sociální služba vykonávaná obvykle pracovníky v sociálních službách, ale i sociálními pracovníky pod vedením sociálního pracovníka. Do osobní asistence patří, stejně jako výkon asistence samotné také sociální šetření, uzavření smlouvy, individuální plánování, a další výkony vykonávány sociálním pracovníkem. „Sociální služby, do níž se řadí osobní asistence je jedním z nástrojů, které může sociální pracovník poskytnout, či zprostředkovat“ (Malík Holasová, 2014). Z porovnání cílů sociální práce a osobní asistence jasně vyplývá, že cíle osobní asistence s cíli sociální práce korespondují, usilují tedy o to stejné ve svém možném rozsahu.

## 2. Osobní asistent

Předchozí kapitola se zaměřovala na službu osobní asistence a její místo v oboru sociální práce, následující kapitola naváže představením osobního asistenta, jeho předpokladů k výkonu práce a popisuje vztah mezi klientem a osobním asistentem. Pro pozdější výzkum je porozumění náplni práce osobního asistenta nutná.

### 2.1. Osobní asistent a jeho charakteristiky

„Osobní asistent v užším slova smyslu je zaměstnanec poskytovatele sociálních služeb, který je registrován pro poskytování služby osobní asistence podle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách § 39. V širším slova smyslu se jedná o fyzickou osobu, která poskytuje péči klientovi v jeho přirozeném prostředí, a to dobrovolně nebo za dohodnutou finanční odměnu, hrazenou z příspěvku na péči“ (Hrdá, 2006, s. 68).

„Pracovat v pozici osobního asistenta nebo aktivně se zajímat o realizaci služeb osobní asistence znamená rozumět důstojnosti a právům druhých a uvědomovat si, že cíle v podpoře lidí s postižením jednoznačně směřují ke zdůrazňování a respektování jedinečnosti lidského bytí a k cílené podpoře toho, aby se každý člověk, bez ohledu na svůj zdravotní stav, mohl realizovat a rozvíjet své schopnosti, nadání a vědomosti, aby se mohl podílet na životě společnosti, koexistovat s ostatními a rozhodovat o svém životě. Jde tedy o společné hledání cest ke zpřístupnění životních šancí nebo příležitostí, nikoli o realizaci nějakých speciálních, resp. Zvýhodňujících opatření akceptujících nějakou dysfunkci, poruchu, postižení a vytváření pomyslného paralelního světa pro lidi s postižením“ (Novosad, 2006, s.5).

Lze tedy říci, že osobní asistent se snaží dopomoci klientovi k úplnému začlenění do běžného života.

Ve své příručce pro asistenty rozlišuje Hrdá (2001, s.11) šest druhů nevhodně motivovaných osobních asistentů. Uvádí také, že každý typ může negativně ovlivnit výkon osobní asistence, v některých případech i narušit osobnost klienta. Typy rozděluje následovně:

- a) Typ pečovatelský – Chová se ke klientovi chová jako v nemohoucím, který není schopen za sebe rozhodovat a nařizuje mu, jak se má chovat a co má dělat. Dochází

také k tomu, že klient je tak vyloučen i z aktivit, které by i přes svoje postižení mohl zvládat sám.

- b) Typ ochranný – Má představu, že venku je zlý svět a snaží se tak klienta od všeho zlého chránit. Většinou se pojí s negativní zkušeností asistenta z minulosti, jako je např. ztráta blízké osoby.
- c) Typ postižený svou profesí – Jedná se o pracovníky, kteří nejsou schopni se přeorientovat z jedné profese do jiné (např. bývalí pedagogičtí pracovníci), následně se pak chovají k dospělým přičetným lidem jako k malým dětem.
- d) Typ řešící si své osobní neúspěchy a nízké sebevědomí – Bývá nejistý sám sebou, roztěkaný a jeho nízké sebevědomí se odráží na chování ke klientovi, dokonce si na něm může léčit i svůj komplex méněcennosti.
- e) Typ hledající mezi klienty svého partnera – Pokud asistent opravdu touží po vztahu s klientem, určitě by si měl být vztahem jistý a snažit se jej udržet dlouhodobě, pokud by bral asistent vztah pouze krátce a povrchně, mohl by klienta traumatizovat.
- f) Typ hledající sebeuplatnění – poslední nevhodně motivovaný typ asistenta je směsí předchozích typů, zejména typu ochranného, pečovatelského a řešícího své osobní neúspěchy a nízké sebevědomí (Hrdá, 2001, s.11-12).

Hrdá (2001, s.12) také ale neopomenula popsat typ vhodně motivovaného asistenta – má seriózní zájem pomáhat z důvodu pomoci samotné, např. motivace plynoucí z křesťanské víry.

Zároveň není snadné generalizovat a uvádět, jak by měl vypadat ten správný a dokonalý osobní asistent, stále se jedná o práci s lidmi a každý jeden klient je jedinečný a vyžaduje jiný přístup.

## **2.2.Předpoklady pro vykonávání práce osobního asistenta**

Dle zákona č. 108/2006 Sb. výkon osobní asistence provádí pracovníci v sociálních službách, kteří jsou povinni mít předepsané vzdělání, a to buď vysokoškolské v oblasti sociální práce, ošetrovatelství či zdravotnictví, vyšší odborné vzdělání v oblasti sociální práce, zdravotnictví či pečovatelství nebo mají základní, středoškolské vzdělání a absolvovaný kvalifikační kurz. Toto vzdělání musí mít pracovník absolvované do 18 měsíců od nástupu do sociální služby. Dále musí být pracovník v sociálních službách bezúhonný a zdravotně způsobilý (ÚZ, 2017). Konkrétní školení potřebné k výkonu práce jako jsou např. školení na polohování, manipulaci s vozíkem nebo školu zad zajišťuje zaměstnavatel, a to buď interně, nebo je lze objednat u jiné firmy či organizace. „Při stanovení kritérií pro výběr osobního asistenta záleží na míře a typu zdravotního postižení uživatele a samozřejmě i na tom, zda osobní asistent bude pomáhat dospělému, nebo dítěti“ (Uzlová, 2010, s.29).

Uzlová (2010, s.30) uvádí, že zájemce o práci osobního asistenta by měl být zralou vyváženou osobností s pozitivním přístupem k lidem a k životu. Měl by být přesvědčen o smyslu této služby a ztotožnit se s jejími cíli a principy. S tím souhlasí také Hrdá (2001, s.11): „je samozřejmé, že bez kladného postoje k osobní asistenci jako takové, tj. k jejím cílům i cestám, by mohl osobní asistent jen stěží vykonávat tak obtížnou práci“. Uzlová (2010, s.30-31) popisuje také důležitost motivace – proč chce asistent dělat právě tuhle práci.

Hrdá (2001, s.10) uvádí, že každý uchazeč o práci osobního asistenta musí být natolik zdrav, aby ho vykonávání osobní asistence nijak neohrožovalo. To znamená, že musí svůj zdravotní stav znát a být si vědom svých případných zdravotních omezení, aby uměl své zdraví chránit a své slabiny kompenzovat.

## **2.3.Vztah mezi klientem a osobním asistentem**

„Vztah mezi osobním asistentem a klientem je díky své důvěrnosti vezmi zranitelný a vyžaduje, aby oba do něj vstupovali s jasnou představou toho, co od něj očekávají, proč se pro něj rozhodli a jaký obsah či rámec mu chtějí dát“ (Novosad, 2006, s.27).

Novosad (2006, s.27) popisuje, že osobní asistent poznává klienta v řadě intimních situací, pomáhá mu v domácnosti či s „občanskou agendou“ a bývá zapojen do života rodiny (včetně toho, že má přístup do bytu, používá vybavení domácnosti a má povědomí o finanční situaci, majetku, sociálních rolích a charakteristikách, vztazích apod. v klientově rodině). Zásadním předpokladem úspěchu je takt, otevřenost a trpělivost i podmínka, že asistent musí být zralou, spolehlivou a důvěryhodnou osobností, která respektuje klienta a může být bezpečně pracovně integrován do jeho života i života jeho rodiny.

S neoddiskutovatelnou výhodou, že služba je poskytována v domácím prostředí a umožňuje tak klientovi žít jeho navykým způsobem života v prostředí, které důvěrně zná, se pojí i jedno velké riziko. Zatímco v pobytových a ambulantních službách přichází s klientem do styku spousta dalších osob, v terénu může být pracovník poskytovatele, zejména u osaměle žijících klientů, i jediný člověk, na jehož pomoci bývá často více, či méně závislý. A pokud je navíc tento pracovník pověřen, aby se svým klientem průběžně hodnotil poskytování služby a sestavoval individuální plán, hrozí nebezpečí možnosti porušování práv klienta, potlačování jeho svobodné vůle, zneužívání. (Individuální plánování v praxi, 2023[online])

Hlavním problémem při pomáhání je splývání, kdy pracovník bere záležitosti klienta příliš za svoje vlastní. Trpí nejen pomáhající, ale celý proces pomáhání. Proti splývání se může pracovník chránit netečností, což představuje další problém. A konečně zcela běžnou starostí je, jak uhájit svou hranici vůči manipulaci ze strany klienta. Zde přichází ke slovu asertivita (Kopřiva, 2016, s.78).

Osobní asistent je v některých případech jeden z mála sociálních kontaktů klienta, je třeba si tak při tak intimní práci držet osobní i profesní hranice.

### 3. Syndrom vyhoření

Třetí kapitola se věnuje problematice syndromu vyhoření, jeho možných příčin, symptomů a fází. Mimo jiné také popisuje možnosti diagnostiky a měření vyhoření, které jsou nezbytně nutné k jeho odhalení.

#### 3.1. Definice syndromu vyhoření

Pedagogický a speciálně pedagogický slovník definuje syndrom vyhoření jako: „stav postihující osobnost člověka vystaveného dlouhodobě velkému duševnímu vypětí zejména při práci s lidmi. Projevuje se různou úrovní citového a mentálního vyčerpání, celkovou únavou a nechutí pracovat. Důležitým znakem vyhoření je neustálý růst pochybností o smyslu své práce.“ (Skutil, Zíkl a kol. 2011, s. 76).

„V literatuře se o syndromu vyhoření v pomáhajících profesích mluví jako o zklamáních nadějí, vyprchané nekonečné obětavosti lidí v sociálních profesích, jejichž ideály a připravenost pomáhat ostatním se proměnily v odcizení či lhostejnosti vůči osudům klientů“ (Bérešová, 2019, s.210).

Definice syndromu vyhoření je několik, například Kebza (2003) uvádí, že syndrom vyhoření je vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Bývá popisován jako stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků, Křivohlavý (1998, s. 49) zase popisuje definici Edelwicha a Richelsona: „Burnout je proces, při němž dochází k vyčerpání fyzických a duševních zdrojů (energií), k vyplenění celého nitra, k „utahání se tím, že se člověk nadměrně intenzivně snaží dosáhnout určitých subjektivně stanovených nerealistických očekávání nebo že se snaží uspokojit takovými nerealistickými očekáváními, která mu někdo jiný stanoví“.

Matoušek (2016, s.246) definuje syndrom vyhoření jako soubor příznaků vyskytující se u pracovníků pomáhajících profesí odvozený z dlouhodobé nekompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocitem beznaděje, obavami a případně i zlostí. Pracovní motivace klesá, výkon se zhoršuje, klesá i sebevědomí. Dále Bérešová (2019, s.210) popisuje vyhoření jako psychologický a sociální

pojem, který se vyskytuje především v pomáhajících profesích, mezi které řadíme i sociální pracovníky či zaměstnance v zařízeních sociálních služeb.

Srovnáním různých definic vznikají společné znaky:

- Fyzické i psychické vyčerpání
- Únava a nechuť k práci
- Pocity beznaděje, obavy

### **3.2.Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření**

Podle V.Kezby a I. Šolcové (2003) nemají inteligence, věk, stav, vzdělání ani délka praxe v oboru významný vliv na vznik vyhoření. Názory se ale liší, pokud jde o délku praxe na úrovni jedné pracovní pozice. Někteří autoři ji považují za nepodstatný faktor, jiní za faktor rizikový. „Některé studie uvádějí, že vyhoření je častější u mladých pracovníků a jeho frekvence klesá s věkem“ (Prins a kol. in Pešek, Praško, 2016, s.17).

Křivohlavý (1998, s.26-32) popisuje pět okolností příznačné pro syndrom vyhoření. „U jednotlivých profesí je možno sledovat zcela konkrétně, co vedlo k psychickému vyhoření. Tato zjištění je však možno zobecnit. Uveďme si výsledky takovýchto pokusů o zobecnění, ohledání okolností, které vedly lidi k tomu, že ztratili nadšení, energii, motivaci a zápal pro to, co dělali“ (Křivohlavý, 1998, s.26).

#### **3.2.1. Zátěž a přetížení**

Pešek, Praško (2016, s.119) uvádějí, že zvýšená pracovní zátěž nemusí být jen formou mentálního přetěžování. Může se jednat i o nadměrnou fyzickou zátěž v případě, že pomáhající nemají k dispozici potřebné nástroje a pomůcky. Příkladem jsou pracovníci, kteří si namáhají páteř při zvedání pacientů/klientů nebo při polohování a úpravě lůžek.

#### **3.2.2. Frustrace – neuspokojení potřeb a očekávání**

„Děláme-li něco, pak máme určité představy o tom, jaké to bude, až práci dokončíme. Nemáme zde na mysli jen očekávání finanční odměny, i když i o tu jde. Jde obecně o očekávání – např. společenského uznání, ocenění naší práce a námahy druhými lidmi, o vyjádření druhých lidí k tomu, co jsme udělali atp.“ (Křivohlavý, 1998, s.28). „Když nejsme dostatečně přijímáni a

oceňování kolegy, nadřízenými a klienty, může to vést k frustrujícím pocitům méněcennosti, nedostatečnosti, nedocení, zlosti a marnosti“ (Pešek, Praško, 2016, s73).

### 3.2.3. Negativní vztahy mezi lidmi

„Pokud lidé pracují v dobře fungujícím pracovním kolektivu a pozitivním týmovým duchem, jsou v zaměstnání spokojenější a podávají lepší výkon. Práce je pro ně nejen povinností, ale i příjemným zážitkem, vzrušující výzvou a zábavou“ (Pešek, Praško, 2016, s.136).

Popisně je možno vyjádřit to, co se myslí špatnými vztahy mezi lidmi, příkladem existence nedorozumění a sporů, rozporů, konfliktů atp. Je možno hovořit i o hádkách, urážkách, slovním i brachiálním (tělesným) napadením jednoho člověka druhým, o přehnané asertivitě a agresivitě, hostilitě (nepřátelství atp.). Hlubší pohled do takovéto společenské atmosféry ukazuje malou míru vzájemné úcty (respektu), malou míru evaluace (kladného hodnocení jedněch druhými), nadměrnost projevů devalvace (ponižování, urážení, snižování kladné hodnoty druhých lidí atp.), nedostatek vzájemné důvěry, existenci nízké míry důvěryhodnosti v mezilidských jednání atp. Často jde o nadměrné nezdravé projevy touhy po moci a nadvlády, případně i snahy o zneužití moci (Křivohlavý, 1998, s.29).

### 3.2.4. Přílišná emocionální zátěž

Přestože se vyhoření vyskytuje častěji v profesích, které vyžadují kontakt s lidmi, tento faktor nemusí být nejrizikovějším pro rozvoj vyhoření. Podle Thomase a Otise (2010) se vyhoření spojuje se slabší schopností pomáhajícího pracovníka emocionálně rozlišovat mezi sebou a klientem. Pomáhající profesionál je ohrožen vyhořením, pokud se neustále zabývá problémy svých klientů, „nosí si práci domů“ a jeho pozornost je stále soustředěna na traumatické zkušenosti lidí, kterým se usiluje pomoci. Takto pomáhající pracovník nežije v přítomnosti, ale ve vzpomínkách na potíže svých klientů (Béřešová, 2019, s.218-219).

Křivohlavý (1998, s.30) popisuje, že k psychickému vyhoření dochází často tam, kde jsou kladeny příliš velké nároky na kladné emocionální vztahy mezi lidmi. Pracovníci sociálních služeb jsou vystaveni stěžujícím si klientů, kteří se k nim často chovají hrubě.

### 3.2.5. Vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce

Křivohlavý (1998, s 31-32) upozorňuje na faktory pracovního či životního prostředí, které napomáhají zrodu vyhoření jsou nimi míra kontroly a svobody – rizikem je i nadměrná kontrola i nadměrná svoboda, nesmyslnost požadavků, autorita (např. pokud pracovníci mají větší autoritu k tomu, kdo ji oficiálně pověřen není, pak je autorita vedení mizivá), odpovědnost,



neplnění úkolů, očekávání, sociální komunikace (např. špatná komunikace a nedostatečné předávání mezi vedením a podřízenými), požadavky kladené na lidi (nadměrné) a špatné organizační podmínky (např. pocit, že se nemohou pohnout z místa).

Klevetová (2017, s 83) uvádí jako rizikový faktor syndromu vyhoření také některé osobnostní rysy, jako například zvýšené nároky na sebe sama, zvýšená potřeba uznání snížené sebehodnocení nebo nedostatek času na plnění pracovních povinností.

„Je důležité držet se toho, je příznaky vyhoření nejsou žádnou nemocí, nýbrž varovnými signály. Projevují se různou intenzitou, je však nezbytné je v pravý čas rozpoznat a zabývat se jimi. Velkým nebezpečím vyhoření je neschopnost tyto příznaky a jejich sílu vnímat a snaha popírat je“ (Maroon, 2012, s.30).

Pešek, Praško (2016, s.18) popisují a rozdělují rizikové faktory vyhoření v následující přehledné tabulce:

RIZIKOVÉ FAKTORY		
Osobnost	Pracovní sféra	Mimopracovní sféra
Osobnost typu A	Nedostatečná společenská prestiž povolání	Absence partnera
Perfekcionismus	Požadavky na vysoký výkon	Nechápavý partner
Výrazně narušené emoční potřeby v dětství	Nadměrné množství práce	Konfliktní partnerství
Stresující myšlenkové postoje	Nízká míra samostatnosti	Příliš ctižadostivý partner
Nízké sebevědomí	Nedostatek podpory a ocenění od kolegů a nadřízených	Soutěžení partnerů
Vysoké míra empatie	Nedostatek zážitků úspěchu	Nedostatek hlubších přátelských vztahů
Nadměrná očekávání a nadšení při zahájení práce	Nedostatečná finanční odměna	Nedostatek koníčků a zájmů
Nadměrná potřeba soutěživosti	Špatná organizace práce	Nedostatek tělesného pohybu
Konflikt hodnot	Nespravedlivé poměry	Špatné stravování
Tendence potlačovat emoce	Jednotvárnost nebo nesmyslnost pracovní náplně	Vysoké skóre těžkých životních událostí
Neschopnost relaxace	Obtížní klienti	Špatné existenční podmínky (bydlení, finance)
Nízká míra asertivity	Absence kvalitní supervize	
Nadměrná potřeba zalíbit se druhým	Není profesní perspektiva	
Nutkové podléhání „teroru příležitosti“	Absence dalšího vzdělávání	
Neschopnost racionálního plánování času	Není využita kvalifikace	
Nízká míra sebereflexe	Žádný vliv na uskutečnění změny v organizaci	
	Špatné fyzikální parametry pracoviště	

Tabulka 1- rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření (Pešek, Praško, 2016, s.18)

### 3.3.Symptomy a projevy

„Syndrom vyhoření je postupný proces, který lze včas přerušit. Příznaky vyhoření mohou být mírné, částečné a dočasné, a to v závislosti na fázi procesu, v níž se postižený nachází (viz. kapitola 3.4). Rovněž zde působí i vnější činitele a souběh příznaků. Vyhořelý sociální

pracovník je vyčerpan a frustrován, má pocit, že jeho práce nemá smysl, že jeho pracovní vytížení je vysoké a pracovní prostředí nepodporující“ (Béřešová, 2019, s.217).

Figley (in Béřešová, 2019, s.217) uvádí, že projevy vyhoření zasahují několik sfér života pomáhajícího pracovníka. V následující tabulce jedna jsou symptomy vyhoření, které se dle autorů projevují v oblastech života.

Oblast života	Symptomy vyhoření
1. kognitivní	Apatie, rigidita, nižší sebehodnocení, zabývání se traumatem, dezorientace, nižší koncentrace
2. emocionální	Strach, úzkost, pocity viny, deprese, beznaděj, bezmocnost, hněv
3. behaviorální	Netrpělivost, poruchy spánku, noční můry, odstup, podrážděnost, změny v chuti k jídlu
4. somatická	Potíže s dýcháním, pocení, bolest, tachykardie, šok
5. spirituální	Ztráta smyslu, ztráta víry, nedostatek osobního uspokojení, dotazování se po smyslu života, zpochybňování dosavadního náboženského přesvědčení, skepse ohledně náboženství
6. vztahová	Izolace, nedůvěra, netolerance, osamělost, zvýšení konfliktů
7. pracovní	Nižší motivace a pracovní výkon, konflikty s kolegy, vyhýbání se pracovním úkolům, apatie, negativita, absentérství

Tabulka 2-symptomy vyhoření (Mesárošová in Béřešová, 2019, s.218)

„Práce s jednotlivci a v komunitě jsou dvě hlavní oblasti sociální práce. Výzkum syndromu vyhoření ukazuje, že nebezpečí vyhoření roste s požadavky na péči, s počtem a mírou utrpení, jemuž je pomáhající vystaven“ (Etzion a Pines in Maroon, 2012, s.67).

Křivohlavý (1998, s. 51) také rozděluje příznaky syndromu vyhoření na subjektivní a objektivní. Do subjektivních řadí například velkou únavu, snížené sebehodnocení, negativismus nebo problémy se soustředěním či pozorností. Do těch objektivních dále měsíce trvající sníženou výkonnost, které si mohou všimnout kolegové, nadřízení či klienti sami.

### 3.4.Fáze syndromu vyhoření

„Syndrom vyhoření nevzniká ze dne na den. Lidé k němu mohou dospět po určité, individuálně různě dlouhé době, kterou můžeme orientačně rozdělit na fáze. V této souvislosti se vyskytují různé modely, které popisuje tři až dvanáct fází.“ (Préšek, Práško, 2016)

V pojmenování a rozlišení fází syndromu vyhoření se autoři rozcházejí a rozdělení je tak několik.

Zatímco Klevetová (2017, s.81) a Pešek, Práško (2016, s.19) uvádějí následujících pět fází:

1. Fáze idealistického nadšení – hledání smyslu ve své práci, velké představy a ideály, touha všem pomoci
2. Fáze stagnace – ztráta nadšení, přichází realita všednosti
3. Fáze frustrace – zklamání z nenaplněných ideálů, mohou se objevovat fyzické i psychické potíže
4. Fáze apatie – člověk v práci setrvává pro výdělek, přesvědčuje se, že musí zůstat, nemá odvahu změnit zaměstnání
5. Fáze vyčerpání / syndromu vyhoření – psychické, fyzické i sociální projevy, člověka vše štve, ale nemá sílu odejít

Kallwas (in Běřešová, 2019, s. 215-216) uvádí detailnější rozdělení na fázi deset.

1. Fáze – tlak osvědčit se, idealizace – *velké nasazení, vysoké osobní nároky*
2. Fáze – zesílení nasazení – *období workoholismu*
3. Fáze – zanedbávání vlastních potřeb – *člověk stále vnímá nedostatek času, nevnímá své potřeby*
4. Fáze – potlačení konfliktu potřeb – *zanedbávání koníčků, potřeb a osobního života*
5. Fáze – konverze hodnot – *hodnoty mimo práci ztrácí hodnotu, žije se jen pro práci*
6. Fáze – zesílené popření vzniklých problémů – *častý výskyt zátěžových situací v osobních i profesních vztazích*
7. Fáze – stažení se ze světa – *ztráta vztahu k sobě, práci i okolí*
8. Fáze – výrazné změny v chování, konání, postojích – *dehumanizace, dochází k vyhýbání kontaktu s kolegy, přáteli i klienty, izolace*
9. Fáze – depersonalizace, vnitřní prázdnota – *dochází k narušení vztahu k sobě sama*

## 10. Fáze – deprese a vyčerpání, úplné vyhoření – *ohrožení v rovině tělesné, psychické i imunitní*

Ať je průběh vyhoření rozdělen na 5 či 10 částí, v obou případech začíná velkým nadšením a workoholismem, pokračuje potlačováním vlastních potřeb, stagnací a frustrací, stažení se ze světa a končí vyčerpáním.

Tošner, Tošnerová (2002) uvádějí, že některé fáze syndromu vyhoření mohou být na člověku výrazně patrné, jiné mohou být jen naznačené a nevýrazné. Někdy si člověk uvědomuje, že je „přepracovaný“, jindy se necítí dobře a neví proč. Příčinu hledá většinou jinde, než ve svém životním rytmu a komunikačních stylech.

### **3.5.Nástroje pro diagnózu a měření**

„Poznávat a přesně určovat (diagnostikovat), že v daném případě jde o stav psychického vyhoření je možno různými způsoby. Je to možno poznávat na sobě-pozorováním vlastního stavu (toho, co se se mnou děje). Je to možno poznávat u druhých lidí - např. viděním změn v je jejich chování a jednání“ (Křivohlavý, 1998, s. 33). V následující podkapitole jsou uvedeny některé s diagnostických možností syndromu vyhoření.

#### A) Dotazník BM-psychického vyhoření (Burnout Measure)

„Dotazník MB A. Pinesové a E. Aronsona je zaměřen na tři různé aspekty jednoho jediného psychického jevu – celkového vyčerpání (exhausce). Jedná se o pocity fyzického (tělesného), emocionálního (citového) a duševního (psychického) vyčerpání“ (Křivohlavý, 1998, s.38). Maroon (2012, s.71) uvádí dotazník MB pod názvem „škála znechucení“ a popisuje jej jako soubor 21 výpovědí, které měří četnost určitých pocitů a postojů pracovníků k sobě samým, k práci i ke klientům.

#### B) MBI – metoda Maslach burnout inventory

Mezi nejčastěji používané metody k odbornému vyšetření syndromu vyhoření patří metoda MBI. Tato dotazníková metoda byla podrobena faktorové analýze (hledaly se tak „kořeny“

toho, co se odpověďmi na otázky vlastně měří). Ukázalo se, že se touto metodou zjišťují v podstatě tři faktory:

EE – emotional exhaustion – emocionální vyčerpání

DP – depersonalizace

PA – personal accomplishment – snížení výkonnosti (Křivohlavý, 1998, s. 40).

„Tento dotazník obsahuje 22 výroků zaměřených na zjištění tří výše uvedených složek syndromu vyhoření. Jedná se o jednoduché výroky, ke kterým respondenti přiřazují četnosti výskytu na sedmibodové škále od „nikdy“ (0) – po „každý den“ (6). V původní verzi dotazníku z roku 1981 byla také škála pro vyjádření intenzity zkoumaných pocitů, ta se ovšem ukázala jako nadbytečná a v dalších verzích již byla vypuštěna“ (Maslach, Leiter 1997).

### C) Inventář projevů syndromu vyhoření (Tošner a Tošnerová)

Čeští autoři Tošner a Tošnerová publikovali v roce 2002 vlastní metodiku-inventář projevů syndromu vyhoření. Dotazník je jedinečný tím, že mapuje rozumovou, emocionální a sociální rovinu syndromu vyhoření. Obsahuje 24 otázek, na které respondent odpovídá na pětistupňové škále od nikdy (0) – po vždy (4). Maximální dosažitelná hodnota je 96, minimální je 0. Čím je celkové dosažené skóre vyšší, tím se náchylnost ke stresu a syndromu vyhoření vyšší. Přidanou hodnotou této metodiky je, že zjišťuje symptomy ve čtyřech rovinách: rozumové, emocionální, tělesné a sociální. Pro terapeuta jsou přínosné informace, které složce osobnosti postiženého se má věnovat prioritně a intenzivněji (Béřešová, 2019, s.221).

### **3.6.Prevence syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele**

Kebza, Šolcová (2003, s.19) uvádějí, že intervence na straně organizace spočívá např. ve zvýšení participace pracovníků na rozhodování, vytvoření sociálně citlivého prostředí. Pozitivním faktorem ve spokojenosti se zaměstnáním je spokojenost s nadřízenými, spokojenost se spolupracovníky, spokojenost s postupem, spokojenost s finančním ohodnocením, jasný kariérní řád. Na straně jedince je potřeba zvládnout základní pravidla, jak si zachovat zdraví a nepodléhat stresu alespoň na úrovni znalostí, názorů a postojů k těmto otázkám. Pro lepší porozumění konkrétním preventivním opatřením několik z nich krátce definuji.

## Supervize

„Supervize se v sociální práci většinou chápe jako poradenská metoda využívaná pro zabezpečení a zvýšení kvality profesní činnosti, respektive kompetence sociálních pracovníků“ (Oláh in Mátel, 2019, s.9).

„Supervize je nástrojem propojení teorie s praxí a integrace osobnosti s profesí. Zahrnuje složku podpůrnou, kontrolní a vzdělávací. Supervize pomáhá poskytovat podporu a příležitosti k reflexi profesionální pozice, zprostředkovává náhled na rizika a možné důsledky vzájemného nepochopení a chybějícího respektu mezi účastníky supervize – pracovníky a členy pracovního týmu. Stejně tak umožňuje nahlédnout a uvědomit si rozsah a charakter vlivu profesionála v pomáhající profesi na klienta, jeho moc a bezmoc a další aspekty vztahu “pomáhající – klient”. Cílem této reflexe profesionální pozice je v konečném důsledku umožnit případnou změnu v profesionálním přístupu a jeho kvalitativní zlepšení, a tedy zlepšení spokojenosti klienta a zvýšení jeho kompetencí“ (Asociace supervizorů pomáhajících profesí, Co je supervize? [online]).

„Supervizi bezpochyby zařazujeme do procesů, které mají psychohygienický charakter. Faktem také zůstává, že čím více dbá pomáhající profesionál o oblast psychohygieny, tím je méně náchylný na ohrožení syndromem vyhoření“ (Kuzyšin, 2012, s. 259).

## Intervize

Matoušek (2003) definuje intervizi jako setkání dvou a více pracovníků, kteří se nacházejí na podobné pracovní pozici a sdílejí odpovědnost za pracovní činnost, která může formálně náležet jednomu z nich. Maroon (2012) dále uvádí, že schůze personálu je příležitost ke spřátelení, ke vzájemné pomoci, požádání o radu, debatě o plánech a ovlivňování politiky instituce. Uvádí také, že intervize pomáhají emocionálně i profesně. Při intervizi se schází pouze členové týmu a jejich přímý nadřízený, může tak vytvářet bezpečné prostředí pro sdílení problémů spojených s výkonem práce.

Kromě supervize a intervize mohou zaměstnavatelé nabízet i jiná preventivní opatření, například psychologickou pomoc. Jako preventivní mohou fungovat také některé ze zaměstnaneckých benefitů jako například karta MultiSport, víkendové pobyty nebo teambuildingy.

## VÝZKUMNÁ ČÁST



#### 4. Přehled výzkumů na dané téma

Pro hledání výzkumů na podobné téma jsem zvolila kvalifikační práce, které jsem vyhledala v systému Theses dle klíčových pojmů „syndrom vyhoření u osobních asistentů“ a „syndrom vyhoření u pracovníků v sociálních službách“. Prací zkoumajících podobné téma bylo několik, velká část z nich ale bohužel nebyla online k dispozici (k dispozici byla pouze anotace) nebo byla pouze teoretická. Nakonec jsem zvolila tři relevantní kvalifikační práce, které mému tématu odpovídaly nejvíce.

První bakalářská práce „syndrom vyhoření u pracovníků provádějících asistenci“ měla za cíl zjistit, zda si osobní asistenti uvědomují rizikové faktory, které by mohly k rozvoji syndromu přispět, a uvědomění si této problematiky celkově, osobní vztah respondentů k asistenci, jejich spokojenost v současné profesi a fungování supervize v jejich zaměstnání, tzn., co dělají nadřizení pro své zaměstnance z hlediska prevence. Autorka použila metodu kvalitativního výzkumu, konkrétně polostrukturovaného rozhovoru. Zúčastnilo se celkem 6 respondentů, z toho 4 ženy a 2 muži. Dle výzkumu se všichni zúčastnění respondenti v nějaké fázi svého profesního působení s projevy syndromu vyhoření setkali, riziko si uvědomují, ale často si projevy neuvědomují (Hamplová, 2017, s.30-57).

Jeden z dílčích cílů druhé bakalářské „syndrom vyhoření u pracovníků sociálních služeb“ práce bylo zjistit, jestli má délka praxe vliv na možnost vzniku syndromu vyhoření. Autorka použila metodu kvalitativního šetření formou rozhovoru, který je doplněn kvantitativním výzkumem zahrnující dotazník. Zkoumaný vzorek byl celkem 20 pracovníků v sociálních službách, z toho 19 žen a 1 muž. Zde autorka vyvrátila svou hypotézu, že delší dobou v praxi se zvyšuje riziko syndromu vyhoření. Zjistila, že lepší výsledky a menší míry vyhoření dosáhli respondenti s delší dobou praxe (Bartošová, 2013, s.42-56).

Třetí bakalářská práce s názvem „syndrom vyhoření u pracovníků v sociálních službách“ se zaměřuje na problematiku syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách, konkrétně u poskytovatelů pečovatelských služeb v Hradci Králové. Praktická část výzkumu byla provedena kvantitativní metodou pomocí dotazníku. Cílem výzkumu bylo popsat problematiku syndromu vyhoření a zjistit názory pracovníků na tuto problematiku. Výsledky ukázaly, že pracovníci mají zájem o vzdělávání v této oblasti a že by jim pomohla supervize a psychohygiena. Výzkumný cíl i dílčí cíle byly splněny. Výsledky výzkumu ukázaly, že

pracovníci přímé péče mají zájem o vzdělávání v oblasti syndromu vyhoření a že by jim pomohla supervize a psychohygienu. Výsledky výzkumu byly porovnány s podobnými výzkumy a ukázalo se, že většina z nich se zaměřuje na pracovníky pobytových sociálních služeb nebo na neformální pečující (Patrová, 2019, s. 26-49).

## 5. Metoda a výzkumná technika

Pro výzkumnou část práce byl použit kvantitativní výzkum a dále pro diagnostiku míry vyhoření Inventář projevů syndromu vyhoření, jehož autory jsou Tamara a Jiří Tošnerovi. Z různých diagnostických testů syndromu vyhoření jsem si vybrala právě tento, protože se zaměřuje na konkrétní projevy syndromu vyhoření, což může poskytnout důležité informace pro diagnostiku a výzkum. Také má škálu s nejnižším rozpětím (0 – nikdy – 4 - vždy) v porovnání s dotazníkem MBI (0 – vůbec – 7 velmi silně) nebo dotazníkem BM (1 – nikdy – 7 – vždy) a může tak být rychlejší na vyplnění než některé jiné, rozsáhlejší nástroje. Vzhledem rozesílání dotazníků online formou, vyššímu počtu otázek a cílové skupině osobních asistentů jsem zvolila tuto variantu.

Kvantitativní výzkum je vědecký přístup, který se zaměřuje na sběr a analýzu kvantitativních dat, tj. dat, která lze vyjádřit čísly a statisticky zpracovat. Tento typ výzkumu je často používán k objektivnímu zkoumání vztahů mezi proměnnými, stanovení vzorců a zákonitostí a k vytvoření obecných závěrů z velkého množství dat. Disman (2002) zmiňuje, že v kvalitativním výzkumu o redukci dat v podstatě rozhodují respondenti tím, že výzkumníkovi řeknou to, co oni považují za relevantní; on v tom pak hledá struktury. – jak se vyrábí sociální znalost.

Kvantitativní sběr dat byl proveden výzkumnou technikou prováděnou dotazníkovým šetřením v online formě Formuláře Google. V dotazníku jsou využity otázky uzavřené a polouzavřené a je rozdělen na dvě části. Dotazník byl zcela anonymní. Část první (7 otázek) obsahuje socio-demografické polouzavřené otázky a dále otázky týkající se práce respondentů. Druhá část je standardizovaný inventář projevů syndromu vyhoření od J. a T. Tošnerových (24 otázek). Tyto otázky vyžadují odpověď formou škály 0 (nikdy) – 4 (vždy).<sup>1</sup> Inventář naleznete v příloze č.1. Celkem je tedy otázek 31. Zkušební dotazník jsem vyzkoušela nejprve já, potom jsem jej na zkoušku rozeslala třem svým kolegům abych se ujistila, že všechny možnosti a funkce otázek jsou funkční (např. jestli odpověď „jiné“ nabízí možnost vepsání vlastní odpovědi). Následně jsem dotazník rozeslala vedoucím různých služeb OA prostřednictvím speciálního odkazu. Celý dotazník naleznete v příloze č.2.

---

<sup>1</sup> Více o inventáři projevů SV naleznete v kapitole 3.5.

## 5.1. Cíle výzkumu

### Určení výzkumného problému:

- V jaké míře se u osobních asistentů projevuje syndrom vyhoření a souvisí s vybranými proměnnými?

### Dílčí výzkumné otázky:

- Souvisí délka praxe v osobní asistenci s mírou vyhoření?
- Souvisí režim výkonu práce s mírou vyhoření?
- Souvisí cílová skupina, se kterou osobní asistenti pracují s mírou vyhoření?
- Které preventivní opatření nabízí zaměstnavatelé a jaké z nich asistenti aktivně využívají?

### Cíl výzkumu:

- Cílem výzkumu je zjistit, v jaké míře je u osobních asistentů přítomen syndrom vyhoření a zda jeho hladina souvisí s vybranými proměnnými.

### Formulace hypotéz:

„Hypotéza je domněnka, která je podmíněná pravdivým výrokiem o vztahu mezi dvěma jevy. Svou formulací předjímá určitý stav, který je možné zjišťovat a empiricky ověřovat. Hypotézy tedy tvoří tzv. spojnici mezi teoretickou a empirickou složkou. Z teoretické složky jsou odvozené a jejich potvrzení/ vyvrácení obohacuje teorii“ (Reichel, 2009).

- **Výzkumná otázka 1: Souvisí délka praxe v osobní asistenci s mírou vyhoření?**

H0: Délka praxe v osobní asistenci nemá významný vliv na míru vyhoření.

H1: Délka praxe v osobní asistenci má významný vliv na míru vyhoření.

### **Výzkumná otázka 2: Souvisí režim práce s mírou vyhoření?**

H0: Pracovní režim nemá významný vliv na úroveň vyhoření.

H1: Pracovní režim má významný vliv na úroveň vyhoření.

- **Výzkumná otázka 3: Souvisí cílová skupina, se kterou osobní asistenti pracují s mírou vyhoření?**

H0: Cílová skupina, se kterou osobní asistenti pracují, nemá významný vliv na míru vyhoření.

H1: Cílová skupina, se kterou osobní asistenti pracují, má významný vliv na míru vyhoření.

## **5.2. Operacionalizace dílčích výzkumných otázek**

Stanovené otázky v dotazníkovém šetření jsem sestavila podle dílčích výzkumných otázek, které jsem si zvolila.

### **Výzkumná otázka 1: Souvisí délka praxe v osobní asistenci s mírou vyhoření?**

Délka praxe může být krátce definována jako období, po které jednotlivec pracoval nebo působil v určeném oboru. Délka praxe je ordinální proměnná (měřená v letech) ve výzkumu rozdělena dle intervalů a) méně než jeden rok, b) 1-5 let, c) 6-10 let, d) 11-20 let, e) více než 20 let. Zjišťováno bude otázkou 4 a následně otázkami 8-31.

### **Výzkumná otázka 2: Souvisí režim výkonu práce s mírou vyhoření?**

Režim výkonu práce lze krátce definovat jako způsob, jakým je práce organizována a prováděna v pracovním prostředí. Režim práce je ordinální proměnná, která nabývá hodnot a) pracuji jako terénní osobní asistent, docházím denně za několika klienty, b) pracuji jako terénní osobní asistent, docházím denně za jedním klientem, c) pracuji s několika klienty na jednom místě, kde mám své zázemí (např. chráněné bydlení), d) jiné (otevřená otázka vyžadující vlastní odpověď). Zjišťováno bude otázkou 3 a dále otázkami 8-31.

### **Výzkumná otázka 3: Souvisí cílová skupina, se kterou osobní asistenti pracují s mírou vyhoření?**

Cílová skupina je krátce definována jako specifická skupina jednotlivců nebo komunity, na které je zaměřena sociální práce a která má určité potřeby, problémy nebo výzvy, jež se sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách snaží pomoci řešit. Tato skupina je vybrána na základě určitých charakteristik, jako jsou věk, pohlaví, zájmy, chování, nebo demografické údaje. Cílová skupina je ordinální proměnná, která nabývá hodnot a) Senioři, b) dospělí s mentálním postižením, c) děti s mentálním postižením, d) dospělí s fyzickým postižením, e)

děti s fyzickým postižením, f) jiné (otevřená otázka vyžadující vlastní odpověď). Zjišťováno bude otázkou 5 a otázkami 8-31).

#### **Výzkumná otázka 4: Která preventivní opatření nabízí zaměstnavatelé a jaké z nich asistenti aktivně využívají?**

Preventivní opatření mohou zahrnovat všechny aspekty pracovního prostředí, které mají za cíl snižovat riziko vzniku zdravotních problémů nebo stresu u zaměstnanců. Například mohou to být wellness programy, flexibilní pracovní doba, mentorování, podpora duševního zdraví, konzultace atd.

„Intervence na straně organizace může spočívat např. ve zvýšení participace pracovníků na rozhodování, vytvoření sociálně citlivého prostředí. Pozitivním faktorem ve spokojenosti se zaměstnáním je spokojenost s nadřízenými, spokojenost se spolupracovníky, spokojenost s postupem, spokojenost s finančním ohodnocením, jasný kariérní řád“ (Kebza, Šolcová, 2003, s.19)

Konkrétní zkoumané preventivní faktory vzhledem k cílové skupině osobních asistentů jsou týmová supervize, individuální supervize, psychologická podpora, karta MultiSport, intervize a jakékoliv jiné vyplněné respondenty v otevřené doplňující otázce „jiné“.

Aktivně využívat lze stručně definovat jako skutečné provádění nebo uplatňování preventivních opatření nebo faktorů ve svém pracovním prostředí nebo v životě. Aktivně využívání zahrnuje, že jedinec nejen ví o existenci těchto opatření, ale také je prakticky uplatňuje nebo aplikuje s cílem dosáhnout příslušných výhod nebo účinků.

Zjišťováno bude otázkami 6 a 7.

### **5.3. Výzkumný soubor**

Dotazníkové šetření bylo realizováno formou online dotazníku v pěti organizacích, které poskytují osobní asistenci. Všechny organizace jsou z neziskového sektoru a z různých měst České republiky. Organizace i respondenti zůstanou v anonymitě (většina organizací to požadovala a konkrétní údaje nejsou k výzkumu nutné). Dotazníky jsem rozeslala online formou prostřednictvím emailové komunikace s vedoucími služby, návratnost tedy nelze určit. Celkem mi dotazník vyplnilo 103 respondentů. Z celkového počtu (n=103) 70 žen (68 %) a 33 (32 %) mužů.

Nejvíce zastoupená věková kategorie byla s počtem respondentů 37 (35,9 %) 18-24 let, dále 29 (28,2 %) respondentů bylo ve věku 31-39 let, 20 (19,4 %) respondentů ve věku 25-30 let, 12 (11,7 %) respondentů ve věku 40-49 let a pouze 5 (4,9 %) ve věku 50 a více let.

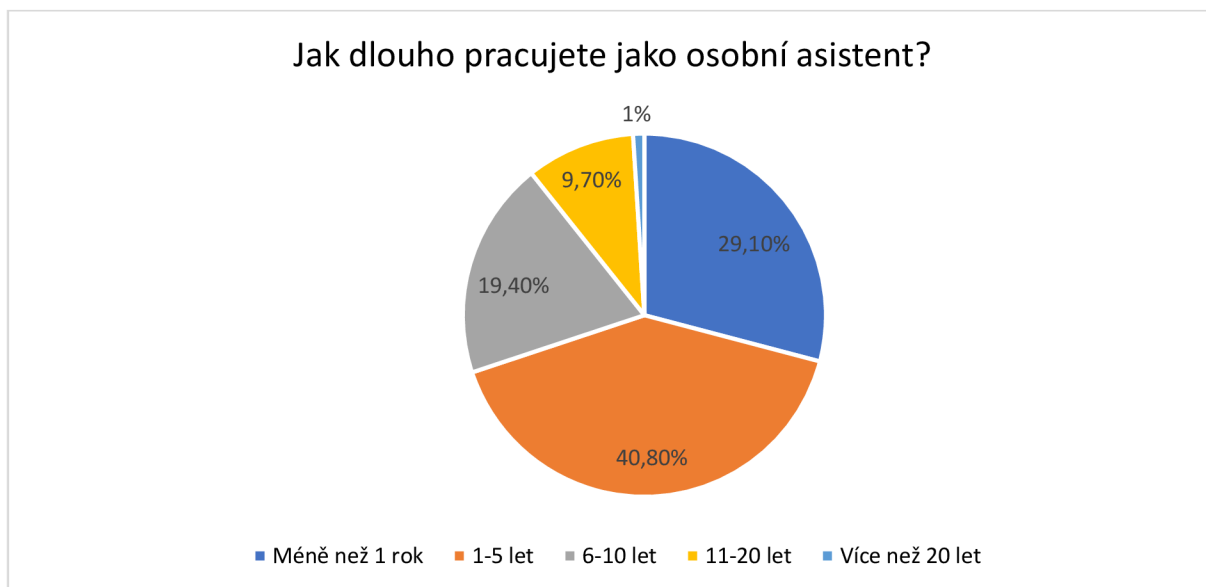
#### **5.4. Interpretace výsledků výzkumu**

Jak je již uvedeno výše, cílem výzkumu je zjistit, v jaké míře je u osobních asistentů přítomen syndrom vyhoření a zda jeho hladina souvisí s vybranými proměnnými. Tento cíl naplňuji pomocí odpovědí na dílčí výzkumné otázky, na které odpovídám pomocí vyhodnocení dotazníků. Data získaná od respondentů jsem zpracovávala v softwaru Microsoft Excel a dále jsem v práci použila výsečové a sloupcové grafy.

Průměr bodů v diagnostickém dotazníku – inventáři symptomů syndromu vyhoření u všech respondentů výzkumu byl 29,712 bodů z maximálních 96. Nejnižší bodové hodnoty byly zjištěny v otázce „vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech“ a to hodnota 75 bodů (průměr zaokrouhleně 0,7 bodu na osobu). Nejvyšší hodnoty byly zjištěny v otázce „připadám si fyzicky „vyždímaný/á“ a to hodnota 193 bodů (průměr zaokrouhleně 1,9 bodu na osobu). Míra vyhoření u respondentů byla zjištěna nejvíce v emocionální rovině, a to celkem s 819 body. Následovala tělesná rovina s 815 body, následně rozumová rovina se 762 body a na posledním místě s 670 body rovina sociální. Dále budu výsledky výzkumu popisovat dle jednotlivých výzkumných otázek.

#### **Výzkumná otázka 1: Souvisí délka praxe v osobní asistenci s mírou vyhoření?**

Délku praxe v oboru jsem zkoumala otázkou č. 4. Na výběr bylo 5 uzavřených možných odpovědí dle let praxe v oboru.

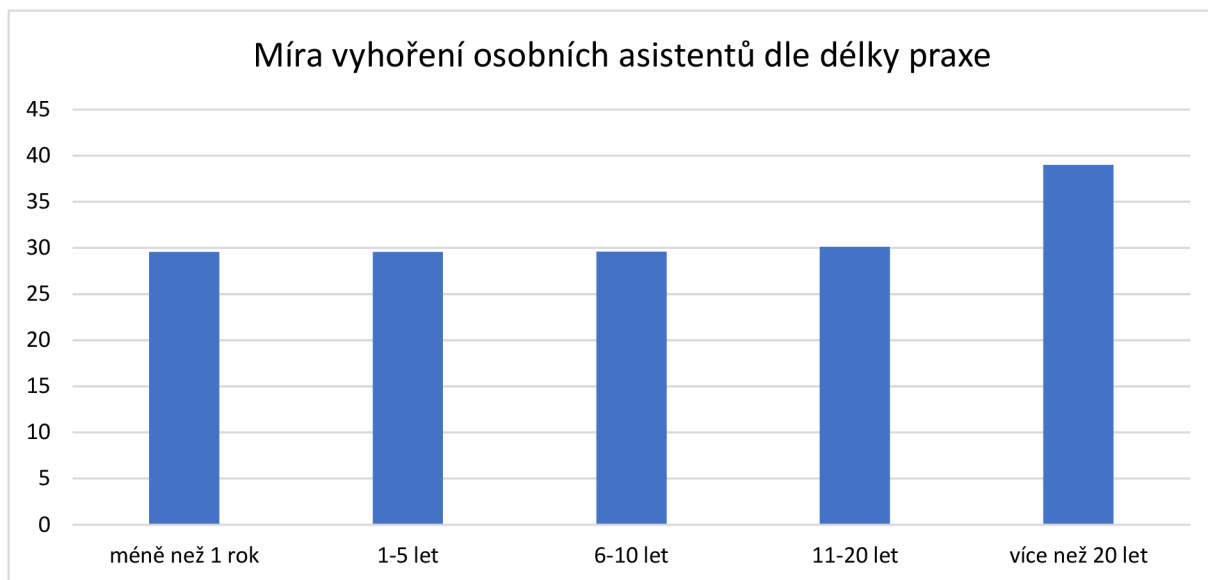


*Graf 1- Délka praxe respondentů*

Z grafu vyplývá, že doba praxe osobních asistentů účastníků se výzkumu se liší. Nejvíce zastoupenou skupinou jsou ti respondenti, kteří v oboru pracují po dobu 1-5 let, tuto odpověď uvedlo 42 respondentů (40,8 %) z celkového počtu 103. Následuje skupina pracující na pozici osobního asistenta po dobu méně než jednoho roku, takto odpovědělo 30 respondentů (29,1 %). Dále 20 respondentů (19,4 %) uvedlo 6-10 let praxe v oboru, 10 respondentů (9,7 %) uvedlo 11-20 let praxe a 1 z nich (1 %) uvedl, že je v oboru více než 20 let.

Míru vyhoření respondentů jsem zkoumala otázkami 8-31 – inventářem projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových. Průměr vyhodnocení inventáře symptomů syndromu vyhoření u všech respondentů výzkumu byl 29,712 bodů z maximálních 96. Nejvyšší dosažené skóre celkem bylo 65 bodů v kategorii délky praxe 1-5 let. Nejmenší dosažené skóre 0 bylo dosaženo celkem dvakrát, a to jednou v kategorii 1-5 let a jednou v kategorii 6-10 let.



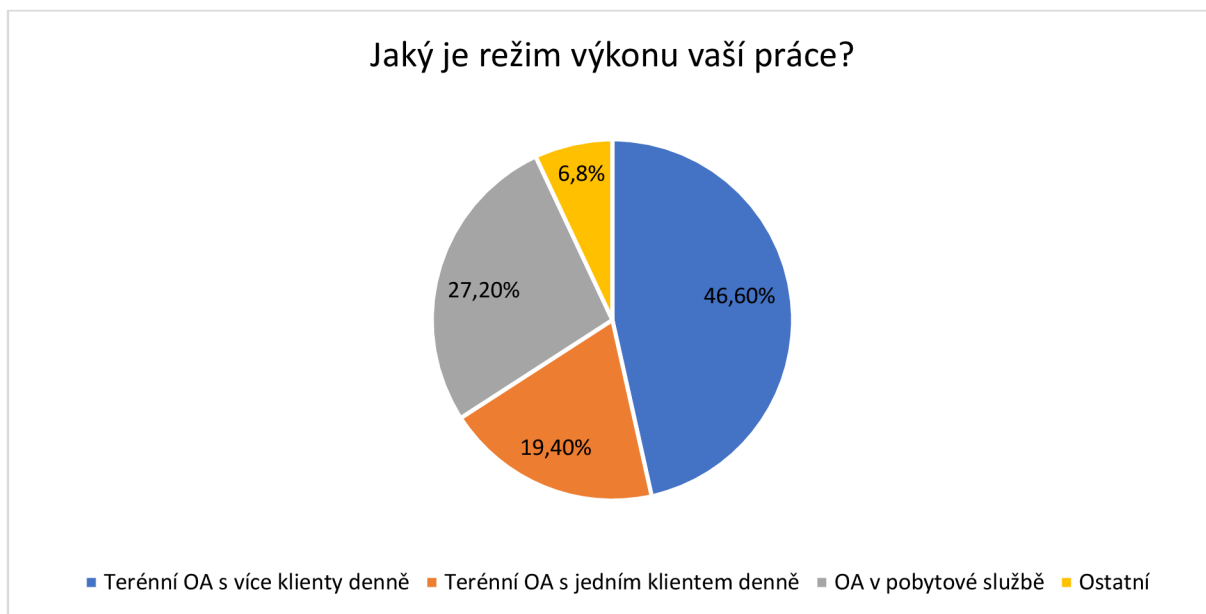


Graf 2- Míra vyhoření respondentů dle délky praxe

Jak vyplývá z grafu 2, míra vyhoření dle délky praxe má skoro stejné hodnoty. Respondenti s délkou praxe méně, než jeden rok dosáhli v testu míry vyhoření průměrně 29,56 bodů z 96 (míra vyhoření je přibližně 30.83 %), asistenti pracující v oboru 1-5 let taktéž 29,56 (míra vyhoření je přibližně 30.83 %), asistenti s délkou praxe 6-10 let také 29,6 bodů (míra vyhoření je taktéž přibližně 30.83 %) a asistenti pracující v oboru 11-20 let dosáhli 30,1 bodů (míra vyhoření je přibližně 31.35 %). Délku praxe více než let uvedl pouze jeden respondent, který sice dosáhl 39 bodů (míra vyhoření by odpovídala přibližně 40.63 %), jednoho respondenta ale nepovažuji za dostatečný vzorek. Z toho tedy vyplývá, že mezi délkou praxe a mírou vyhoření nebyla zjištěna žádná korelace.

### **Výzkumná otázka 2: Souvisí režim výkonu práce s mírou vyhoření?**

Režim výkonu práce respondentů jsem zjišťovala otázkou č. 3. Na výběr byly 3 odpovědi plus otevřená odpověď „jiné“ s možností vepsat vlastní odpověď.

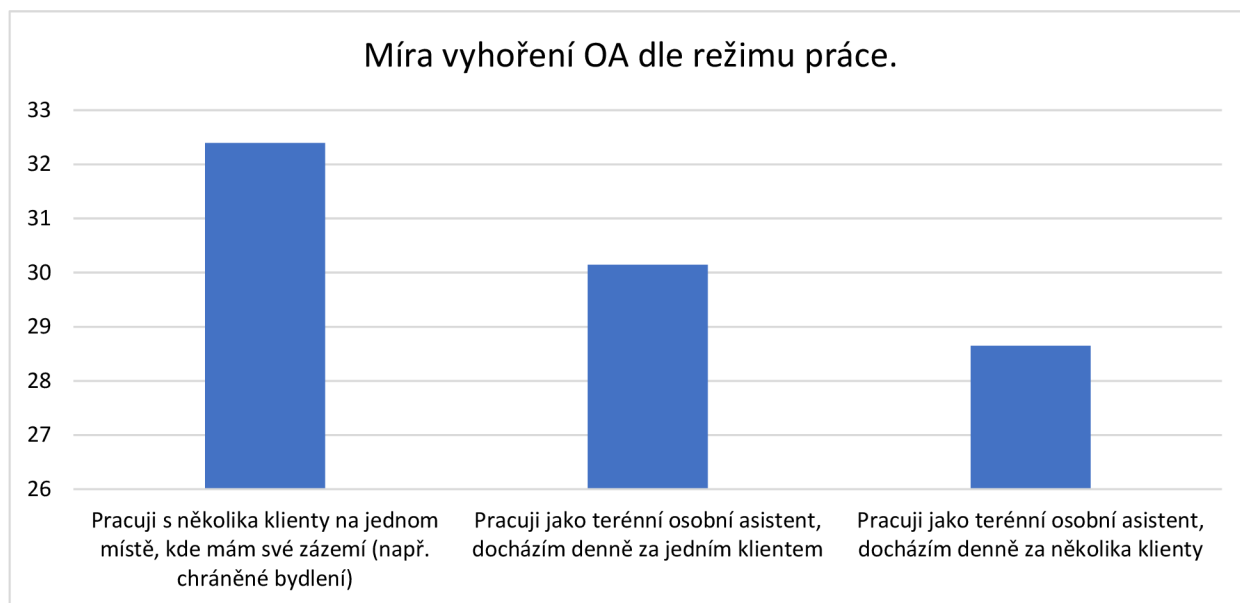


*Graf 3- režim práce respondentů*

Dle grafu 3 vyplývá, že nejvíce respondentů pracuje jako terénní osobní asistent a dochází denně za několika klient, tuto odpověď uvedlo celkem 48 respondentů (46,6 %), dále 28 respondentů (27,2 %) uvedlo jako režim práce práci s několika klienty na jednom místě, kde mají své zázemí (např. chráněné bydlení), a 20 respondentů (19,4 %) uvedlo jako režim své práce terénní osobní asistenci s docházením denně za jedním klientem. Dále 7 respondentů uvedlo vlastní odpověď v odpovědi „jiné“, konkrétně 1 (1 %) uvedl studium, 1 (1 %) dochází ke klientům nepravidelně, 1 (1 %) pracuje brigádně jako osobní asistentka, momentálně jednou týdně za několika klienty, 1 (1 %) pracuje jako osobní asistent a několikrát týdně docházím za několika klienty, 1 pracuje jako koordinátor osobní asistence i osobní asistent, 1 (1 %) uvádí 1 až 4 klienti za den, je to velice proměnné a 1 (1 %) uvádí domov pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením.

Míru vyhoření respondentů jsem zkoumala otázkami 8-31 – inventářem projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových. Průměr bodů z inventáře symptomů syndromu vyhoření u všech respondentů výzkumu byl 29,712 z maximálních 96. Nejvyšší dosažené skóre celkem bylo 65 bodů v režimu práce s několika klienty na jednom místě, kde mají své zázemí (např. chráněné bydlení). Nejmenší dosažené skóre 0 bylo dosaženo celkem dvakrát, a to jednou taktéž v kategorii práce s několika klienty na jednom místě, kde mají své zázemí (např. chráněné

bydlení) a jednou v kategorii práce terénní osobní asistence s docházením denně za jedním klientem.



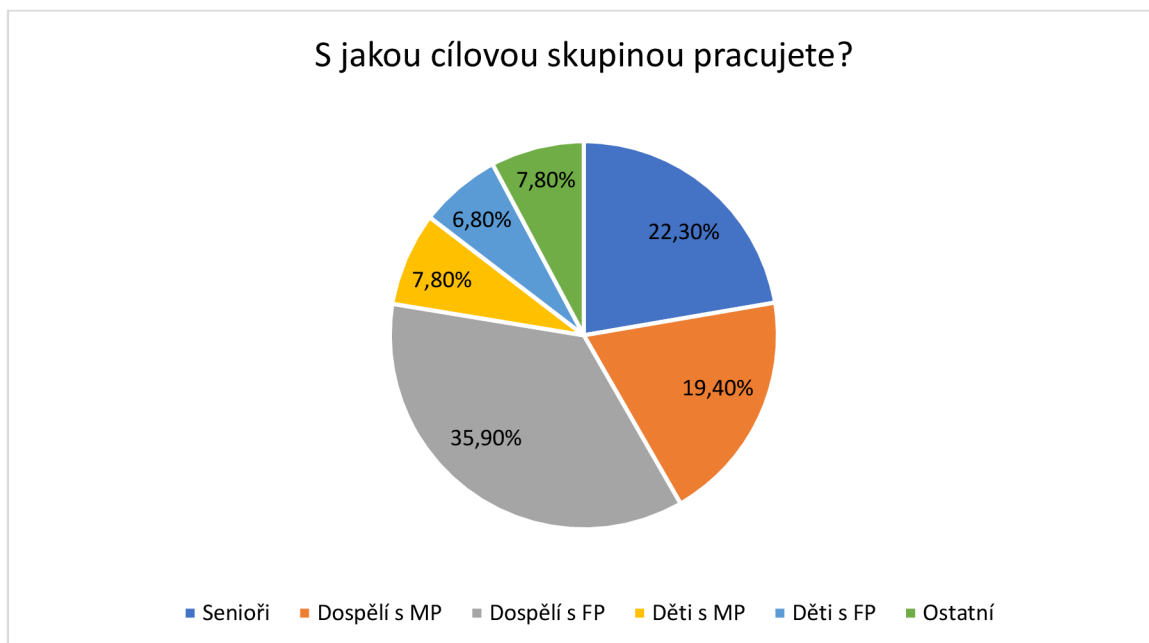
Graf 4- míra vyhoření dle režimu práce

Z grafu 4 je vyplývá, že nejvyšší míru vyhoření vykazují osobní asistenti pracující s několika klienty na jednom místě, kde mají své zázemí. Průměr získaných bodů v testech míry vyhoření byl 32,4 z maximálních 96 (míra vyhoření odpovídá přibližně 33,75 %). Respondenti pracující jako terénní osobní asistenti docházející denně za jedním asistentem měli v testu míry vyhoření průměrně 30,1 bodů (míra vyhoření odpovídá přibližně 31.35 %). Nejnižší počet bodů dosáhli asistenti pracující v terénu s několika klienty denně a to průměrně 28,6 bodů (míra vyhoření odpovídá přibližně 29.79 %).

Rozdíly v míře vyhoření jsou vyšší než u DVO1 – délky praxe, pro určení statistické významnosti je však potřeba další analýzy.

### **Výzkumná otázka 3: Souvisí cílová skupina, se kterou osobní asistenti pracují s mírou vyhoření?**

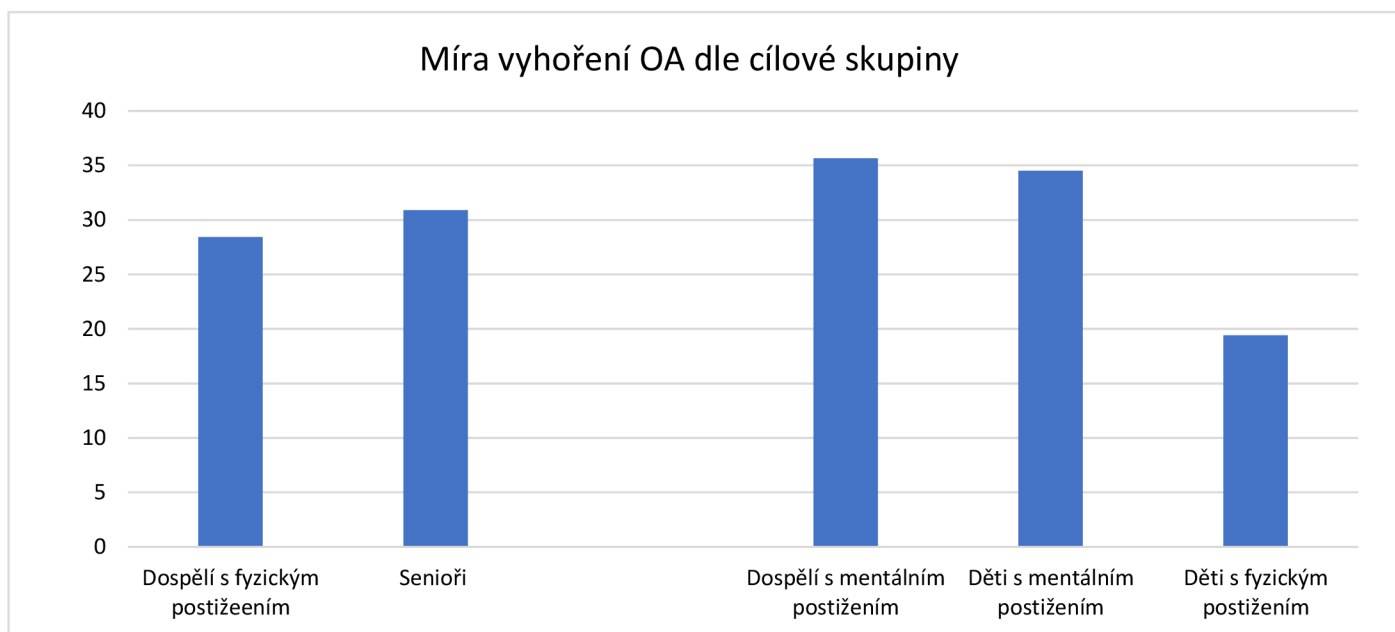
Cílovou skupinu, se kterou respondenti pracují jsem zjišťovala otázkou č. 5. Na výběr bylo 5 odpovědí plus otevřená odpověď „jiné“ s možností vepsat vlastní odpověď.



*Graf 5- Cílové skupiny, se kterými respondenti pracují*

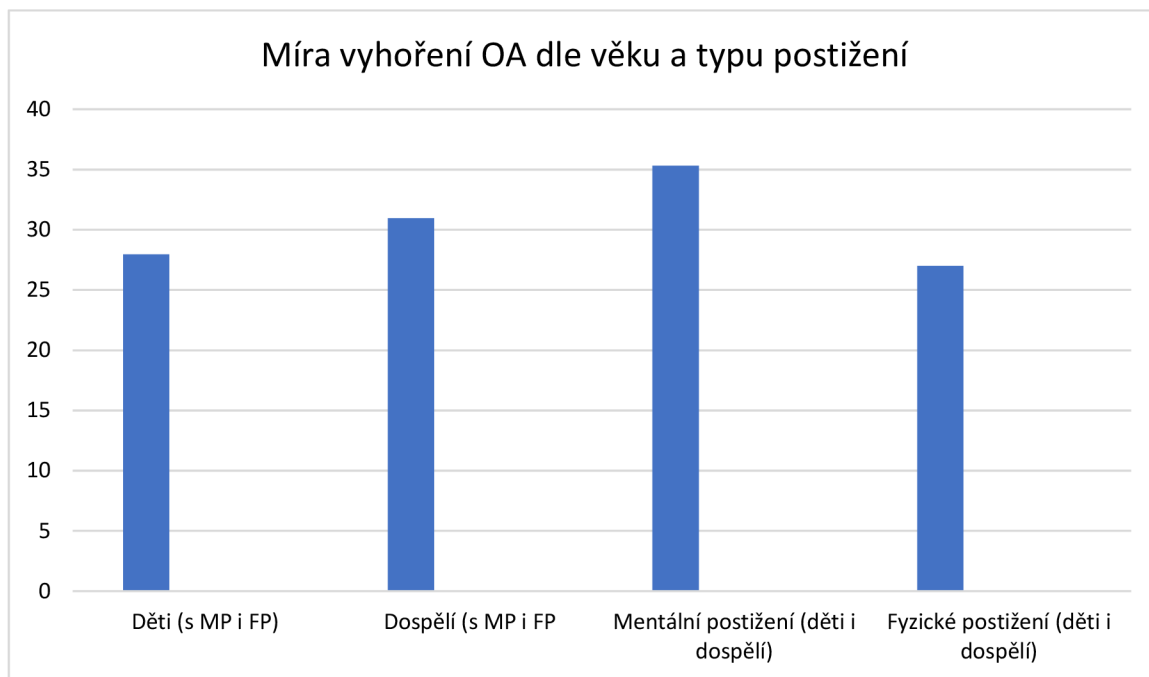
Dle odpovědí z grafu 5 nejvíce respondentů s počtem 37 (35,9 %) uvedlo jako cílovou skupinu se kterou pracují dospělé klienty s fyzickým postižením. Dále 23 respondentů (22,3 %) uvedlo seniory, 20 respondentů (19,4 %) uvedlo dospělé s mentálním postižením, 8 respondentů (7,8 %) uvedlo děti s mentálním postižením a 7 (6,8 %) uvedlo děti s fyzickým postižením. Dále v otevřené otázce „jiné“ někteří respondenti uvedli vlastní odpověď. Konkrétně děti s mentálním a fyzickým postižením (1 %), všichni (1 %) všechny cílové skupiny výše uvedené (1 %), osoby s poruchou autistického spektra (1 %), děti i dospělí s MP, děti i dospělí s TP (1 %) děti s MP a dospělí s FP (1 %), tělesně postižení od 7 let (1 %), děti a mladí lidé s kombinovaným postižením (1 %).

Míru vyhoření respondentů jsem zkoumala otázkami 8-31 – inventářem projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových. Průměr vyhodnocení inventáře symptomů syndromu vyhoření u všech respondentů výzkumu byl 29,712 bodů z maximálních 96. Nejvyšší dosažené skóre celkem bylo 65 bodů s cílovou skupinou dětí s mentálním postižením. Nejmenší dosažené skóre 0 bylo dosaženo celkem dvakrát, a to jednou s cílovou skupinou seniorů a jednou s cílovou skupinou dětí s fyzickým postižením.



*Graf 6-Míra vyhoření OA dle cílové skupiny, se kterou pracují*

Graf 6 znázorňuje míru vyhoření respondentů dle cílové skupiny, se kterou pracují. Nejvyššího počtu bodů, průměrně 35,65 z celkového počtu 96, tedy i nejvyšší míry vyhoření (přibližně 37.18 %) dosáhli respondenti pracující s dospělými klienty s mentálním postižením. Respondenti pracující s dětmi s mentálním postižením dosáhli průměrně 34,5 bodů (míra vyhoření přibližně 35.94 %), respondenti pracující se seniory 30,9 bodů (míra vyhoření přibližně 32.19 %), respondenti pracující s dospělými klienty s fyzickým postižením 28,3 bodů (míra vyhoření je přibližně 29.48 %) a respondenti pracující s dětmi s fyzickým postižením dosáhli průměrně celkem 19,5 bodů (míra vyhoření je přibližně 20.31 %). Ve volitelné odpovědi „jiné“ několik respondentů uvedlo vlastní odpověď, v tomto výzkumu je ale nepoužiji, vzorek není dostatečně velký.



Graf 7- Míra vyhoření respondentů dle věku a typu postižení

Kromě cílových skupin uvedených v grafu 6 jsem zkoumala rozdíl v míře vyhoření u osobních asistentů dle věku klientů (dospělí vs. děti) a také dle postižení klientů (fyzické vs. mentální).

U rozdělení cílové skupiny na děti a dospělé s různými druhy postižení byla míra vyhoření vyšší u dospělých, a to průměrně 31 bodů (míra vyhoření je přibližně 32,29 %). U dětí to bylo bodů 27,95 (míra vyhoření je přibližně 29,07 %). Vyplývá z toho tedy, že respondenti pracující s dospělými klienty vykazují vyšší míru vyhoření než ti, kteří pracují s klienty dětskými.

U rozdělení dle postižení na mentální a fyzické byla míra vyhoření vyšší u klientů s mentálním postižením, a to celkem s průměrně 35,3 body (míra vyhoření cca 36,77 %). U postižení fyzického byla zjištěna hodnota 27 bodů (míra vyhoření přibližně 28,13 %). Vyplývá z toho, že osobní asistenti pracující s klienty s mentálním postižením dosahují vyšší míry vyhoření než asistenti pracující s klienty s postižením fyzickým.

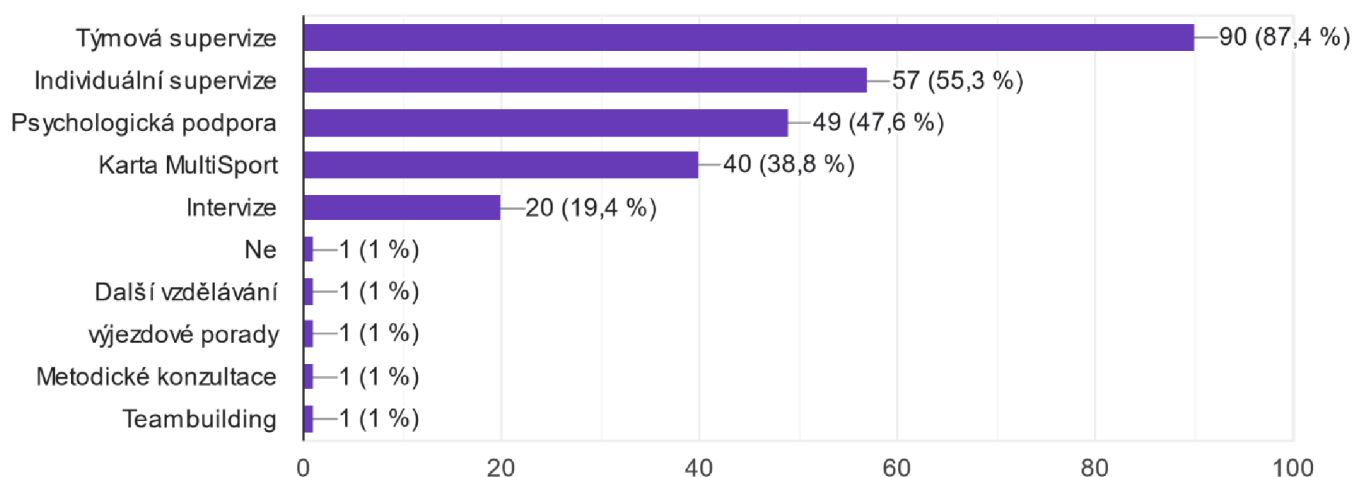
Rozdíly v míře vyhoření jsou vyšší než u předchozích kategorií – délky praxe a režimu práce, pro určení statistické významnosti je však potřeba další analýzy.

#### Výzkumná otázka 4: Která preventivní opatření nabízí zaměstnavatelé a jaké z nich asistenti aktivně využívají?

Odpovědi na otázku č. 6 byly různorodé. Nejvíce respondentů (12) uvedlo jako používané preventivní faktory týmovou supervizi a kartu Multisport, dále 11 respondentů uvedlo týmovou a individuální supervizi, 11 respondentů týmovou supervizi, individuální supervizi a psychologickou podporu a také 11 respondentů týmovou supervizi, individuální supervizi a psychologickou pomoc.

Existují opatření, která působí proti vyhoření preventivně. Nabízí váš zaměstnavatel některá z uvedených, popř. nějaká jiná?

103 odpovědí

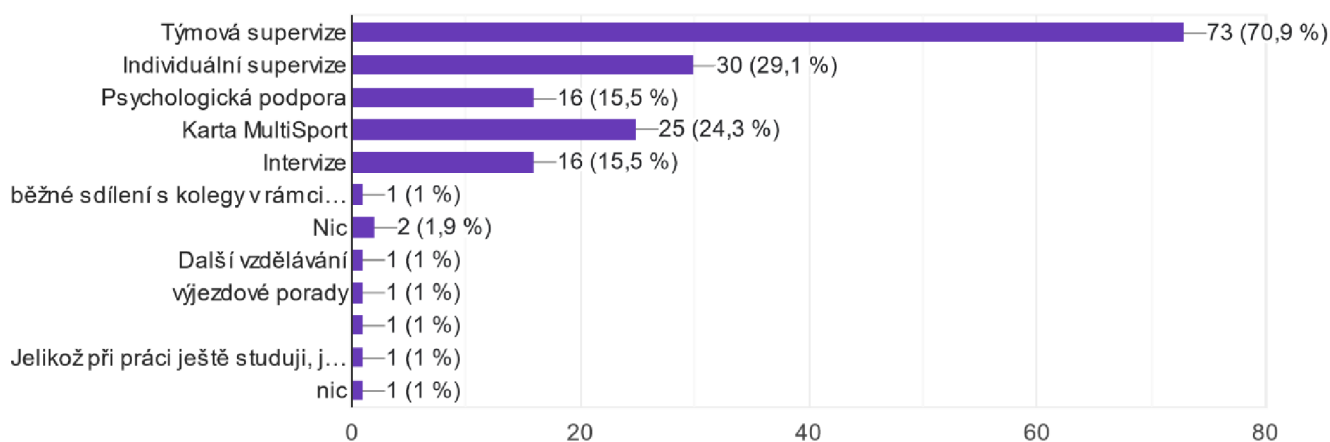


Graf 8- Preventivní opatření, která zaměstnavatelé respondentů nabízí

Preventivní opatření, která zaměstnavatelé nabízejí jsem zjišťovala pomocí otázky č. 6. Z grafu 8 vyplývá, že největší zastoupení z nabízených opatření má bezkonkurenčně týmová supervize, kterou uvedlo z celkového počtu 103 respondentů 90 (87,4 %). Následuje individuální supervize, kterou uvedlo 57 respondentů (55,3 %), dále psychologickou podporu uvedlo 49 respondentů (47,6 %), kartu MultiSport uvedlo celkem 40 respondentů (38,8 %) a intervizi 20 respondentů (19,4 %). Dále v otázce „jiné“ někteří respondenti uvedli vlastní odpovědi, konkrétně 1 respondent (1 %) uvedl ne, 1 respondent (1 %) další vzdělávání, 1 respondent (1 %) výjezdové porady, 1 respondent (1 %) metodické konzultace a 1 respondent (1 %) uvedl teambuilding.

## Která z nabízených opatření aktivně využíváte?

103 odpovědí



Graf 9-Preventivní opatření, která osobní asistenti aktivně využívají

Na grafu 9 můžeme vidět ta opatření, která asistenti označilo jako ta, která aktivně využívají. Nejvíce respondentů uvedlo týmovou supervizi, konkrétně 73 respondentů z celkového počtu 103 (70,9 %), dále 30 z nich (29,1 %) uvedlo individuální intervizi, a jako třetí nejčastější uvedlo celkem 25 respondentů (24,3 %) kartu MultiSport. Dále 16 respondentů (15,5 %) uvedlo psychologickou podporu a 16 (15,5 %) uvedlo intervizi. Stejně jako u otázky předchozí v doplňující otázce „jiné“ někteří respondenti uvedli vlastní odpovědi, konkrétně 3 respondenti (2,9 %) uvedli nic, 1 respondent (1 %) uvedl další vzdělávání, 1 respondent (1 %) výjezdové porady a 1 respondent (1 %) uvedl „jelikož při práci ještě studuji, jsem v práci pouze na dohodu. Opatření se poskytují pro vyšší úvazky“.

Z dat vyplývá, že nejvíce nabízeným a zároveň nejvíce využívaným preventivním opatřením je týmová supervize. 87 % všech respondentů uvedlo, že ji jejich zaměstnavatel poskytuje a 70 % z nich ji aktivně využívá. 55 % respondentů dále uvedlo, že jejich zaměstnavatel nabízí individuální supervizi, 48 % zaměstnavatelů nabízí psychologickou podporu, 39 % zprostředkovává kartu MultiSport a 19 % zaměstnavatelů poskytuje intervizi. 29 % asistentů využívá individuální supervizi, 24 % kartu MultiSport, a 15 % psychologickou podporu a intervizi.



Zkoumaná opatření	Zaměstnavatelů nabízí (v %)	Aktivní využívání asistenty (v %)
Týmová supervize	87,40 %	70,90 %
Individuální supervize	55,30 %	29,10 %
Psychologická podpora	47,60 %	15,50 %
Intervize	19,40 %	15,50 %
Karta MultiSport	38,80 %	24,30 %

Tabulka 3-nabízení a využívání preventivních opatření v %

### 5.5. Výsledky statistických hypotéz

Na základě studia odborné literatury a zpracované teoretické části práce jsem stanovila následné hypotézy. K vyhodnocení hypotéz byla využita data z dotazníku, který byl vyplněn osobními asistenty v rámci několika organizací. Získaná data byla zpracována pomocí MS Excel. Déle jsem pro statistické výpočty použila program STATISTICA a statistickou kalkulačku. K testování jsem použila Pearsonův korelační koeficient. Testovala jsem korelace ve všech rovinách vyhoření Inventáře symptomů syndromu vyhoření, tedy rovinách rozumové, emoční, tělesné a sociální. Pro analýzu jsem zvolila běžnou hladinu významnosti  $\alpha=0,05$  – pokud je p-hodnota vyšší než 0,05, není korelace statisticky významná.

#### Výzkumná otázka č. 1: Souvisí délka praxe v osobní asistenci s mírou vyhoření?

**H0 (nulová hypotéza):** Délka praxe v osobní asistenci nemá významný vliv na míru vyhoření.

**H1 (alternativní hypotéza):** Délka praxe v osobní asistenci má významný vliv na míru vyhoření.

Pearsonův korelační koeficient - DVO1		
rovina vyhoření	p-hodnota	korelační koeficient (r)
rozumová rovina (RR)	0,3088	0.0926
emoční rovina (ER)	0,3937	0.1873
tělesná rovina (TR)	0,2479	0.1887
sociální rovina (SR)	0,4227	0.0762

Tabulka 4-Pearsonův korelační koeficient – DVO1

Na základě zjištěných slabých až velmi slabých korelací přijímám nulovou hypotézu (H0) pro všechny dimenze vyhoření. Výsledky naznačují, že délka praxe v osobní asistenci nemá na základě poskytnutých údajů významný vliv na míru vyhoření.

Jinými slovy, neexistují silné důkazy, které by podporovaly alternativní hypotézu (H1), že délka praxe významně ovlivňuje míru vyhoření. Naopak, korelace jsou slabé, což naznačuje, že vztah mezi délkou praxe a vyhořením ve všech dimenzích není dostatečně silný, aby bylo možné vyvodit závěr, že zkušenosti mají významný vliv.

### **Výzkumná otázka 2 - Souvisí režim výkonu práce s mírou vyhoření?**

**H0:** Pracovní režim nemá významný vliv na míru vyhoření.

**H1:** (Hypotetická hypotéza): Pracovní režim má významný vliv na míru vyhoření.

<b>Pearsonův korelační koeficient – DVO2</b>		
rovina vyhoření	p-hodnota	korelační koeficient (r)
rozumová rovina (RR)	0,7364	0,2636
emoční rovina (ER)	0,1476	-0,8533
tělesná rovina (TR)	0,4777	-0,5223
sociální rovina (SR)	0,3788	-0,6212

*Tabulka 5-Pearsonův korelační koeficient – DVO2*

Na základě výpočtů a výsledků, které zkoumají korelaci mezi pracovním režimem a mírou vyhoření pro různé dimenze (RR, ER, TR, SR), přijímám nulovou hypotézu (H0). Nulová hypotéza říká, že pracovní režim nemá významný vliv na úroveň vyhoření.

Korelační koeficienty pro všechny dimenze (RR, ER, TR, SR) ve vztahu k pracovnímu režimu nejsou statisticky významné, jak ukazují p-hodnoty vyšší než 0,05. To naznačuje, že neexistuje silný důkaz pro podporu alternativní hypotézy (H1), že pracovní režim má významný vliv na úroveň vyhoření v žádné z těchto dimenzí.

### **Výzkumná otázka 3 - Souvisí cílová skupina, se kterou osobní asistenti pracují, s mírou vyhoření?**

**H0:** Cílová skupina, se kterou osobní asistenti pracují, nemá významný vliv na míru vyhoření.

**H1:** Cílová skupina, se kterou osobní asistenti pracují, má významný vliv na míru vyhoření.

<b>Pearsonův korelační koeficient – DVO3</b>		
rovina vyhoření	p-hodnota	korelační koeficient (r)
rozumová rovina (RR)	0,681	-0,5278
emoční rovina (ER)	0,6451	-0,2212
tělesná rovina (TR)	0,7583	-0,5058
sociální rovina (SR)	0,6974	-0,1973

U všech dimenzí (RR, ER, TR, SR) ve srovnání s cílovou skupinou nenacházím statisticky významné korelace. Na základě poskytnutých údajů a výpočtů tedy neexistuje dostatečný důkaz pro podporu alternativní hypotézy (H1), že cílová skupina, se kterou osobní asistenti pracují, má významný vliv na míru vyhoření. Místo toho přijímám nulovou hypotézu (H0) pro každou z těchto dimenzí.

Ačkoli některé kategorie měli větší rozdíl v dosažených bodech testu míry vyhoření, statistická významnost nebyla zjištěna u žádné z proměnných. Nejvíce však dle výsledků ovlivňuje míru vyhoření cílová skupina – převážně srovnání mentálního a tělesného postižení.

## 6. Diskuse

Diskuse o výzkumných otázkách a jejich výsledcích umožňuje hlouběji pochopit potenciální vztahy mezi různými faktory v kontextu osobní asistence a výskytem syndromu vyhoření.

Z údajů shromážděných v rámci první výzkumné otázky vyplývá, že respondenti mají různě dlouhou praxi v oboru, přičemž většina z nich spadá do kategorie 1-5 let. Analýza míry vyhoření u různých skupin zkušeností ukazuje drobné rozdíly. Nejvyšší průměrné skóre vyhoření bylo zjištěno u osobních asistentů s praxí 1-5 let a nejnižší skóre bylo zaznamenáno v kategoriích 1-5 let a 6-10 let praxe. Tyto údaje sice naznačují, že osobní asistenti s praxí 1-5 let mohou zažívat vyšší míru vyhoření, k potvrzení významnosti tohoto vztahu je však nutná další statistická analýza.

Jedním z možných vysvětlení tohoto trendu by mohlo být to, že osobní asistenti v prvních letech své praxe si mohou stále ještě zvykat na požadavky této práce a stres s ní spojený. Na druhou stranu ti, kteří mají více zkušeností, si mohli vyvinout mechanismy a strategie pro zvládnání stresu a zmírnění symptomů vyhoření.

Z údajů, které jsem použila k zodpovězení druhé výzkumné otázky vyplývá, že respondenti pracují v různých režimech, přičemž většina z nich pracuje jako terénní osobní asistenti, kteří se věnují několika klientům denně. Analýza míry vyhoření na základě pracovních režimů naznačuje, že mezi pracovním režimem a mírou vyhoření může existovat souvislost. Osobní asistenti pracující s několika klienty na jednom místě, kde mají vlastní zázemí, jako je chráněné bydlení nebo jiné pobytové služby měli nejvyšší průměrné skóre vyhoření. Ti, kteří pracovali jako terénní osobní asistenti a denně navštěvovali několik klientů, měli průměrné skóre vyhoření o něco nižší.

Tyto údaje dále naznačují, že pracovní režim může hrát roli při určování míry vyhoření. Charakter práce, počet klientů a pracovní prostředí mohou přispívat k rozdílům v prožívání vyhoření.

Pochopení faktorů, které přispívají k vyššímu vyhoření v konkrétních pracovních režimech, by mohlo být podkladem pro strategie snižování symptomů syndromu vyhoření a zvyšování psychické pohody osobních asistentů. Přínosné může být například provádění podpůrných intervencí přizpůsobených požadavkům jednotlivých pracovních režimů.

Z údajů ve třetí otázce výzkumu vyplývá, že respondenti pracují s různými cílovými skupinami, přičemž většina z nich pracuje s dospělými s tělesným postižením. Analýza míry vyhoření podle cílových skupin ukazuje rozdíly v průměrném skóre vyhoření. Osobní asistenti pracující s dospělými s mentálním postižením měli nejvyšší průměrné skóre vyhoření, zatímco ti, kteří pracovali s dospělými s tělesným postižením, měli průměrné skóre vyhoření nejnižší. Pochopení vlivu cílové skupiny na vyhoření může mít zásadní význam pro zaměstnavatele a tvůrce politik. Může sloužit jako podklad pro vývoj podpory a zdrojů šitých na míru osobním asistentům pracujícím se specifickými skupinami klientů.

U čtvrté výzkumné otázky údaje ukazují, že zaměstnavatelé nabízejí různá preventivní opatření, přičemž nejčastěji se jedná o týmovou supervizi. Rozsah, v jakém osobní asistenti tato preventivní opatření aktivně využívají, se však liší. Údaje poukazují na značný rozdíl mezi tím, co nabízejí zaměstnavatelé, a tím, co osobní asistenti aktivně využívají. Například zatímco vysoké procento zaměstnavatelů nabízí psychologickou podporu, pouze relativně malé procento osobních asistentů ji aktivně využívá.

To naznačuje, že je možná potřeba lépe sladit nabízená preventivní opatření s opatřeními, která by osobní asistenti mohli aktivně využívat. Pro zaměstnavatele by mohlo být přínosné porozumět faktorům, které brání nebo usnadňují využívání preventivních opatření jejich zaměstnanci. Nejčastěji využívaným preventivním opatřením je týmová supervize. To naznačuje význam vzájemné podpory a komunikace při snižování míry vyhoření. Zaměstnavatelé by mohli zvážit zvýšení dostupnosti a přístupnosti těchto opatření a zajištění jasné komunikace o jejich přínosu.

Tento výzkum poskytuje poznatky o faktorech, které mohou přispívat k vyhoření osobních asistentů, včetně délky jejich praxe, způsobu práce a cílové skupiny, se kterou pracují. Zjištění naznačují možné korelace, ale následné korelační testy neprokázaly statisticky významnou korelaci. Údaje navíc zdůrazňují, že pro účinný boj proti vyhoření v této profesi je důležité sladit preventivní opatření se skutečnými potřebami a preferencemi osobních asistentů.

Jako limity výzkumu považuji sběr dat v online prostoru – nelze si ověřit správnost dat a je možné, že respondenti vyplňují rychle a nedůsledně. Déle také některé respondenty může online vyplňování odradit od vyplňování. Déle považuji za nedostatek různé počty respondentů z různých skupin, např. u délky praxe byl pouze jeden respondent s délkou praxe delší než 20 let, vzorek tak není dostačující, stejně tomu tak bylo i u jiných proměnných.

Také v dotazníku v otázce č. na cílovou skupinu jsem nevzala v potaz to, že asistenti pracují s několika cílovými skupinami, nebo dokonce se všemi. Vzniklo tam proto spousta odpovědí v možnosti „jiné“, což zkomplikovalo následnou analýzu dat.

## 7. Závěr

Téma „Syndrom vyhoření u osobních asistentů“ jsem si vybrala z vlastního zájmu o danou problematiku. S osobními asistenty pracujícími s různými cílovými skupinami jsem v úzkém kontaktu a všímám si, že někteří z nich vykazují jisté příznaky syndromu vyhoření, aniž by si to byli schopni uvědomit.

Závěrem práce lze říci, že výzkum se zabývá dynamikou vyhoření u osobních asistentů a osvětluje příčiny tohoto přetrvávajícího problému v oboru. Pozoruhodné je, že cílová skupina, se kterou pracují, se ukazuje jako klíčový faktor určující míru jejich vyhoření, který výrazně ovlivňuje emoční vyčerpání a osobní naplnění. Naopak délka praxe a způsob práce se zdají mít na vyhoření minimální vliv.

Absence významné korelace mezi délkou praxe a vyhořením zdůrazňuje mnohostrannou povahu tohoto jevu. Samotná zkušenost neslouží jako deterministický faktor; spíše je zapotřebí komplexnějšího porozumění. To zahrnuje zohlednění pracovních podmínek, individuálních strategií zvládnutí a dalších jedinečných proměnných. Na tomto základě můžeme vyvinout diferencovanější a na míru šité strategie pro zvýšení pohody a pracovní spokojenosti osobních asistentů.

Navíc absence významné korelace mezi pracovním režimem a mírou vyhoření posiluje složitost rovnice vyhoření. Syndrom vyhoření je komplexní jev utvářený nesčetnými faktory v pracovním prostředí, zahrnujícími pracovní zátěž a psychickou pohodu jednotlivců. Zjištění výzkumu podtrhuje nutnost přijetí komplexního přístupu, který se zabývá množstvím aspektů v pracovním prostředí a osobní pohodou. Tento přístup je nezbytný pro účinný boj proti vyhoření u osobních asistentů.

Souvislost mezi cílovou skupinou a mírou vyhoření u osobních asistentů poukazuje na potřebu přesné a cílené podpory a intervencí. Pochopení odlišných požadavků a charakteristik skupin obyvatelstva, se kterými přichází do kontaktu, může přispět k větší spokojenosti s prací, lepšímu pocitu pohody a zmírnění rizika vyhoření u těchto obětavých profesionálů. Tato zjištění poskytují podstatný základ pro organizace a tvůrce politik při vytváření strategií zaměřených na zmírnění vyhoření u osobních asistentů. Ty by měly zahrnovat podporu šitou na míru, která zohledňuje jedinečné potřeby a stresory spojené s různými cílovými skupinami. Kromě toho

zdůrazňují, že při poskytování vysoce kvalitní péče zranitelným skupinám obyvatel je nesmírně důležité brát ohled na emoční pohodu a pocit naplnění osobních asistentů.

Je důležité si uvědomit, že tato studie je pouze odrazovým můstkem pro pochopení složitosti vyhoření v profesi osobního asistenta. Budoucí výzkumy se mohou hlouběji zabývat specifickými charakteristikami různých cílových skupin a zkoumat další faktory, které mohou mít na vyhoření vliv. Kvalitativní studie a vývoj cílených intervencí mohou odhalit další poznatky o zkušenostech osobních asistentů a nabídnout účinnější prostředky k řešení problému vyhoření. Můžeme tak lépe podpořit tyto obětavé profesionály a zvýšit kvalitu péče poskytované potřebným.

Cílem práce bylo zjistit, v jaké míře je u osobních asistentů zjištěn syndrom vyhoření a jaké příčiny asistenti uvádějí. Jako možné příčiny byly zkoumány tři proměnné – délka praxe v oboru, režim práce a cílovou skupina, se kterou asistenti pracují. Jako hlavní ukazatel vyhoření se neukázala ani jedna z proměnných. Je však třeba brát v potaz, že příčiny syndromu vyhoření mohou být naprosto individuální.

Z bakalářské práce lze vyvodit krátké doporučení pro osobní asistenty i jejich zaměstnavatele.

Doporučení pro osobní asistenty:

- Zvažte, zda by váš pracovní režim a cílová skupina klientů mohly hrát roli ve vašem možném vyhoření. Pokuste se najít strategie a způsoby, jak lépe zvládat specifické výzvy spojené s vaší pracovní situací.
- Dle dat z dotazníků vyplývá, že většina asistentů aktivně využívá týmovou supervizi, což naznačuje potřebu sdílení pracovních radostí i těžkostí. Pokud jste se ještě supervize nezúčastnili a pociťujete některé ze symptomů vyhoření, můžete zkusit tuto cestu. Pokud supervizi váš zaměstnavatel nenabízí, můžete jej na to upozornit a o supervizi požádat.
- Při prvotním povšimnutí si jakýchkoli příznaků syndromu vyhoření jako například nechut' k práci či neustálá únava si lze samo diagnostikovat míru vyhoření pomocí některého z diagnostických dotazníků z kapitoly 3.5. jako například právě použitý Inventář projevů syndromu vyhoření a zjistit tak, jestli nejsem ohrožený vyhořením.

Doporučení pro zaměstnavatele:



- Zajistěte, aby nabízená preventivní opatření byla co nejvíce přizpůsobena potřebám a preferencím vašich zaměstnanců. Aktivní komunikace s nimi je klíčová pro zjištění, jaký druh podpory je pro ně nejúčinnější.
- Podpořte a zvyšte dostupnost týmové supervize, protože se ukázala jako účinné preventivní opatření. Vytvoření prostoru pro vzájemnou podporu a komunikaci může snížit riziko vyhoření. Klíčový je také vhodný přístup supervizora.
- Zvažte různé potřeby a stresory spojené s různými cílovými skupinami klientů. Vytvořte strategie a zdroje, které mohou pomoci osobním asistentům pracujícím se specifickými skupinami klientů.

## Seznam použitých zkratk

BM - Burnout Measure

BMI - Maslach Burnout Inventory

DVO – dílčí výzkumná otázka

ER – emocionální rovina

H0 – nulový hypotéza

H1 – alternativní hypotéza

OA – osobní asistence

RR – rozumová rovina

SR – sociální rovina

TR – tělesná rovina

## Bibliografie

BARTOŠOVÁ, Renata. 2013. *Syndrom vyhoření u pracovníků sociálních služeb*. Praha. Bankovní institut vysoká škola Praha Katedra managementu podnikání a oceňování.

BÉREŠOVÁ, Anna, 2019. Syndrom vyhoření sociálních pracovníků - teoretická východiska a empirické zjištění. In: MÁTEL, Andrej a Milan SCHAVEL. *Supervize (nejen) v sociální práci a sociálních službách*. Praha: IZSV, s. 209-229. ISBN 978-80-907489-0-3.

HAMPLOVÁ, Tereza. 2017. *Syndrom vyhoření u pracovníků provádějících asistenci*. Praha (bakalářská práce). Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta.

HRDÁ, Jana, 2006. *Osobní asistence, poradenství a zprostředkování*. Praha: APZP.

HRDÁ, Jana. *Osobní asistence: Příručka postupů a rad pro osobní asistenty*. Praha: Pražská

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 2003. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KLEVETOVÁ, Dana. *Nalézání osobní rovnováhy v pomáhajících profesích*. [Praha]: Ladislava Rotšeidlová - AROK, 2017. ISBN 978-80-906465-1-3.

KOLÁČKOVÁ, Jana a Pavla KODYMOVÁ, 2005. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, s. 89-161. ISBN 80-7367-002-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998, 131 s. ISBN 8071695513.

KUZYŠIN, Bohuslav, 2019. Vliv supervize na předcházení nebo zmírňování syndromu vyhoření u odborných zaměstnanců zařízení sociálních služeb. In: MÁTEL, Andrej a Milan SCHAVEL. *Supervize (nejen) v sociální práci a sociálních službách*. Praha: izsv, s. 254-265. ISBN 978-80-907489-0-3.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978 80-247-4315-8.

MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Přeložil Kateřina LEPIČOVÁ. Praha: Portál, 2012, 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E.; LEITER, Michael P. (1997) Maslach burnout inventory. In ZALAUQUETT, Carlos P.; WOOD, Richard J. . Evaluating stress : a book of resources. 3. London: The scarecrow press, 1997. s. 191-218.

MÁTEL, Andrej a Milan SCHAVEL, ed. *Supervize (nejen) v sociální práci a sociálních službách*. Praha: IZSV, 2019, 331 s. ISBN 978-80-907489-0-3.

MÁTEL, Andrej. Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a

MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 8071785482.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

NOVOSAD, Libor, 2011. Lidé s tělesným postižením. In: MICHALÍK A KOL., Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 180-268. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, Libor. *Východiska a principy realizace služeb osobní asistence v ČR: uvedení do problematiky*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-050-7.

organizace vozíčkářů, 2001

PATROVÁ, Zuzana. Syndrom vyhoření u pracovníků přímé péče v sociálních službách. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Fakulta informatiky a managementu. Vedoucí práce Mgr. Petra Šalamounová, Ph.D. Hradec Králové, 2019.

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

REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

SKUTIL, M., ZIKL, P., kol., 2011. *Pedagogický a speciálně pedagogický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-3855-0.

TOŠNEROVÁ, Tamara a Jiří TOŠNER, 2002. *Burn – Out syndrom Syndrom vyhoření*. Praha.

ÚZ – Sociální zabezpečení: kap. sociální služby. Ostrava: Sagit, 2017. ÚZ, 1220. ISBN 978-80-7488-252-4.

UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. Praha: Portál, 2010, 135 s. ISBN 978-80-7367-764-0.

vědní obor. Praha: Grada Publishing, 2019, 208 s. ISBN 978-80-271-2220-2.

## Online zdroje

Asistence o.p.s. *O nás* [online]. [cit. 2023-10-18]. Dostupné z: <https://www.asistence.org/>

Asociace supervizorů pomáhajících profesí, Co je supervize? [online]. [cit. 2023-09-28]. Dostupné z: <https://asupp.cz/co-je-supervize/>

Chráněné bydlení. *Domov pro mne, z.s.* [online]. [cit. 2023-10-27]. Dostupné z: <https://www.domovpromne.cz/socialni-sluzby/chrane-ne-bydleni/>

Individuální plánování v praxi, 2023. *Sociální práce/sociální práce* [online]. **2023**(2) [cit. 2023-10-27]. Dostupné z: <https://socialniproce.cz/online-clanky/individualni-planovani-v-praxi/>

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3323-1. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:c23b0c40-32c3-11e6-ae84-005056827e51>

Osobní asistence. *Domov pro mne z.s.* [online]. [cit. 2023-10-23]. Dostupné z: <https://www.domovpromne.cz/socialni-sluzby/osobni-asistence/>

## Seznam grafů

Graf 1- Délka praxe respondentů .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
Graf 2- Míra vyhoření respondentů dle délky praxe .....	37
Graf 3- režim práce respondentů .....	38
Graf 4- míra vyhoření dle režimu práce .....	39
Graf 5- Cílové skupiny, se kterými respondenti pracují.....	40
Graf 6-Míra vyhoření OA dle cílové skupiny, se kterou pracují .....	41
Graf 7- Míra vyhoření respondentů dle věku a typu postižení .....	42
Graf 8- Preventivní opatření, která zaměstnavatelé respondentů nabízí .....	43

## Seznam tabulek

Tabulka 1- rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření (Pešek, Praško, 2016, s.18) .....	22
Tabulka 2-symptomy vyhoření (Mesárošová in Běrešová, 2019, s.218) .....	23
Tabulka 3-nabízení a využívání preventivních opatření v % .....	45
Tabulka 4-Pearsonův korelační koeficient – DVO1 .....	45
Tabulka 5-Pearsonův korelační koeficient – DVO2 .....	46
Tabulka 6-Pearsonův korelační koeficient – DVO3 .....	47



## Přílohy

Příloha č.1 – Inventář projevů syndromu vyhoření

# INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

autoři: *Tamara a Jiří Tošnerovi, HESTIA Praha*

	(zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají)	<b>vždy</b>	<b>často</b>	<b>někdy</b>	<b>zřídka</b>	<b>nikdy</b>
1.	Obtížně se soustředuji	4	3	2	1	0
2.	Nedokážu se radovat ze své práce	4	3	2	1	0
3.	Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0
4.	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	4	3	2	1	0
5.	Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0
6.	Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0
7.	Jsem náchylný/á k nemocem	4	3	2	1	0
8.	Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0
9.	Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4	3	2	1	0
10.	V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0
11.	Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	4	3	2	1	0
12.	Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4	3	2	1	0
13.	Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0
14.	Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0
15.	Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0
16.	Svou práci omezují na její mechanické provádění	4	3	2	1	0
17.	Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0
18.	Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0
19.	Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0
20.	Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0
21.	Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0
22.	Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0
23.	Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
24.	Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	4	3	2	1	0

# VYHODNOCENÍ INVENTÁŘE PROJEVŮ

Do níže uvedených řádků zapište vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnuli.

Potom v každé řádce sečtete výsledky pro každou **rovinu** dotazníku zvlášť.

Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil. Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální - 0 bodů.

---

## Rozumová rovina:

položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... = ..... bodů

## Emocionální rovina:

položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... = ..... bodů

## Tělesná rovina

položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č. 23..... = ..... bodů

## Sociální rovina

položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... = ..... bodů

---

## Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální..... Celkem = ..... bodů

*(podrobný popis potíží charakterizujících jednotlivé roviny uvádíme na následující stránce)*

Součtem všech čtyř rovin získáte celkovou míru vaší náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0

**Pamatujte, že se nejedná o hodnotící test ale pouze o orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není u vás vše v pořádku.**

**Vysoké hodnoty celkového součtu bodů ještě nemusí svědčit o vašem syndromu vyhoření. Spíše mohou být podnětem k dalšímu pátrání po vašem životním stylu, resp. po vašich stylech chování a vypořádávání se s problémy.**

**Praktické využití výsledků testu: vysoké hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin vám napovídají, které složce své osobnosti se více věnovat.**

Příloha č. 2 – dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Nováková a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia oboru sociální práce na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ráda bych vás požádala o vyplnění krátkého dotazníku, který se zaměřuje na syndrom vyhoření u osobních asistentů. Výsledky dotazníkového šetření budou použity pouze v mé bakalářské práci, **dotazník je zcela anonymní**. Vyplněním a odevzdáním tohot dotazníku souhlasíte s účastí na výzkumu.

Dotazník obsahuje 31 otázek, které jsou rozděleny do dvou kategorií. První část zahrnuje socio-demografické otázky a základní otázky k vaší práci, druhá se již zaměřuje na syndrom vyhoření.

Děkuji za váš čas a ochotu dotazník vyplnit.

V případě jakýchkoli dotazů mě můžete kontaktovat na emailu novaba08@upol.cz

Jsem

- Žena
- Muž
- Jiné

Kolik vám je let?

- 18-24 let
- 25-30 let
- 31-35 let
- 36-40 let
- Více než 40 let

Jaký je režim výkonu vaší práce?

- Pracuji jako terénní osobní asistent, docházím denně za několika klienty
- Pracuji jako terénní osobní asistent, docházím denně za jedním klientem
- Pracuji s několika klienty na jednom místě, kde mám své zázemí (např. chráněné bydlení)
- Jiné

Jak dlouho pracujete jako osobní asistent?

- Méně než jeden rok
- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- Více než 20 let

S jakou cílovou skupinou momentálně pracujete?

- Senioři
- Dospělí s mentálním postižením

- Děti s mentálním postižením
- Dospělí s fyzickým postižením
- Děti s fyzickým postižením
- Jiné

Existují opatření, která působí proti vyhoření preventivně. Nabízí váš zaměstnavatel některá z uvedených, popř. nějaká jiná?

- Týmová supervize
- Individuální supervize
- Psychologická podpora
- Karta MultiSport
- Intervize
- Jiné

Která z nabízených opatření aktivně využíváte?

- Týmová supervize
- Individuální supervize
- Psychologická podpora
- Karta MultiSport
- Intervize
- Jiné

Označte prosím u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají:

0 - nikdy

1 - zřídka

2 - někdy

3 - často

4 – vždy

Obtížně se soustředím

Nedokáži se radovat ze své práce

Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“

Nemám chuť pomáhat problémovým klientům

Pochybuji o svých profesionálních schopnostech

Jsem sklíčený/á

Jsem náchylný/á k nemocem

Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy

Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech

V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á

Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.

Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy

Můj odborný růst a zájem o obor zaostává

Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní

Jsem napjatý/á

Svou práci omezují na její mechanické provádění

Přemýšlím o odchodu z oboru

Trpím nedostatkem uznání a ocenění

Trápí mě poruchy spánku

Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání

Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru

Cítím se ustrašený/á

Trpím bolestmi hlavy

Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty