

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Husitská teologická fakulta

**Psychohygiena a syndrom vyhoření v pomáhajících profesích se zaměřením na pracoviště  
Linky bezpečí**

**Psychohygiene and burn-out syndrome in helping professions with a view to workplace Safety line**

*Bakalářská práce*

Vedoucí práce:

prof. PhDr. RNDr. Marie Vágnerová, CSc.

Autorka:

Eva Mašková

Praha 2009

**Anotace**

Tato bakalářská práce je zaměřena na širokou problematiku psychohygieny a syndromu vyhoření, zejména v pomáhajících profesích. První část podává teoretický náhled na duševní zdraví a hygienu, věnuje se syndromu vyhoření, jeho projevům a možnostem, jak mu předcházet. Zvláštní pozornost je zaměřena na pracovní podmínky na pracovišti Linky bezpečí a jejich specifika. Praktická část obsahuje popis šetření výskytu syndromu vyhoření na pracovišti Linky bezpečí. Věnuje se výzkumu intenzity výskytu vyhoření a míře informovanosti. Výsledky jsou analyzovány na základě demografických údajů. Závěr práce navrhuje možná opatření s důrazem na prevenci.

**Klíčová slova**

Syndrom vyhoření, psychohygiena, duševní zdraví, ohrožené profese, prevence, telefonická krizová intervence.

**Annotation**

This bachelor's thesis aims for the broad problems of psychohygiene and the burn-out syndrome especially in helping professions. The first part offers a theoretical view on mental health and hygiene, pursues the burn-out syndrome, its manifestations and the ways of preventing it. A special attention is devoted to the working conditions at the workplace of the Safety Line and their particularities. The practical part describes the investigating of the occurrence of the burn-out syndrome at the workplace of the Safety Line. It pursues the research of the intensity of the burn-out occurrence and the degree of knowledgeableness. The results are analysed on the basis of demographic data. The conclusion of the thesis suggests possible measures with stress on prevention..

**Keywords**

Burn-out syndrom, psychohygiene, mental health, endangered professions, prevention, telephonic crisis intervention.

### **Prohlášení**

*Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů a literatury.*

V Praze, dne 14. 4. 2009

-----

Eva Mašková

## **Poděkování**

*Dovoluji si poděkovat prof. PhDr. RNDr. Marii Vágnerové, CSc.  
za její vstřícnost a ochotu při vedení mé práce.*

## Obsah

Úvod .....	7
<b>I Teoretická část .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Duševní zdraví.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Čím je duševní zdraví ohroženo .....</b>	<b>11</b>
2.1 Stres .....	11
2.2 Konflikt.....	12
2.3 Frustrace.....	14
2.4 Deprivace.....	15
<b>3. Duševní hygiena – psychohygienu .....</b>	<b>16</b>
3.1 Definice duševní hygieny .....	16
3.2 Role duševní hygieny u pomáhajících profesí .....	17
<b>4. Syndrom vyhoření.....</b>	<b>18</b>
4.1 Definice syndromu vyhoření .....	19
4.2 Rizikové profese pro vznik syndromu vyhoření.....	20
4.3 Syndrom pomocníka .....	22
4.4 Fáze syndromu vyhoření .....	23
4.4.1 Nadšení .....	23
4.4.2 Stagnace .....	24
4.4.3 Frustrace .....	24
4.4.2 Apatie .....	24
4.4.3 Intervence .....	25
<b>5. Prevence syndromu vyhoření.....</b>	<b>26</b>
5.1 Prevence vycházející z interních a externích postupů .....	27
5.2 Prevence vycházející z typologie vývojových potřeb .....	28

<b>II Praktická část .....</b>	<b>30</b>
<b>6. Pracoviště Linky bezpečí .....</b>	<b>31</b>
6.1 Sdružení Linka bezpečí .....	31
6.2 Organizační struktura Linky bezpečí.....	32
6.3 Supervize na pracovišti Linky bezpečí .....	33
<b>7. Výzkum.....</b>	<b>36</b>
7.1 Cíle výzkumu .....	36
7.2 Stanovení hypotéz .....	36
7.3 Charakteristika zkoumaného souboru a jeho popis .....	37
7.4 Výběr metody sběru dat.....	40
7.5 Způsob provedení výzkumu a metody vyhodnocení .....	43
<b>8. Vyhodnocení a interpretace dat.....</b>	<b>44</b>
8.1 Vyhodnocení první části dotazníku .....	44
8.2 Vyhodnocení druhé části dotazníku .....	46
<b>9. Vyhodnocení výzkumu .....</b>	<b>50</b>
9.1 Výzkumné otázky.....	50
9.2 Hypotézy.....	50
9.3 Doporučení pro sdružení Linka bezpečí .....	53
<b>10. Diskuse.....</b>	<b>55</b>
<b>Závěr.....</b>	<b>57</b>
<b>Použité zdroje .....</b>	<b>59</b>

## Úvod

Dnešní doba je vnímána jako doba technických pokroků, závratné rychlosti a mílových kroků ve všech oblastech výzkumu. Člověk sám jako by byl občas opomíjen mezi zmíněným a ustupoval do pozadí všem moderním vymoženostem. Jsou kladeny stále vyšší nároky na výkonnost, preciznost a rychlost určené práce. Mít cíle určené vysoko a směřovat k nim bývá základem úspěchu. Ale tyto cíle by měly zůstat pouze věrným hnacím motorem, nikoliv bodem za horizontem, ke kterému se snažíme s ubývajícím dechem doběhnout.

Zde je však moment, ve kterém bychom se měli zastavit a porozhlédnout se kolem sebe a zejména v sobě. Zda je všechno v pořádku, zda je naše duševní rovnováha zachována a zda vysoké nároky působí ještě motivačně. Zejména v pomáhajících profesích bychom se měli zabývat právě motivační složkou této činnosti. Někdy jsme hnáni vysokým nasazením v pomoci ostatním, což může být negativní nejen pro nás, ale i pro ty, kterým pomáháme.

Syndrom vyhoření se v poslední době stává stále častěji skloňovaným spojením v souvislosti s pomáhajícími profesemi. Málokdy však vidíme nějakou cílenou, angažovanou pomoc, která by se snažila jej uzdravit, či mu dokonce předcházet. Stále častěji od pracovníků slyšíme, že jsou unaveni, vyčerpani, kolísá jim nálada, či jsou náchylnější k infekcím. Tyto varovné signály nám věstí, že je pravý čas zasáhnout proti prvním symptomům a nedovolit tak syndromu vyhoření, aby postoupil do dalších fází. Důležitým faktorem je mít dostatek odhodlání, znalostní základnu a cit k sobě i druhým, abychom dokázali nepříznivým vlivům čelit.

## **I. Teoretická část**



## 1. Duševní zdraví

Syndrom vyhoření je spojen s mnoha negativními důsledky. Nalézáme nejširší škálu poškození, kterým jsou pracovníci rizikových profesí vystaveni. Je tedy velmi solidní informační dostupnost o tom, jak by to s duševním zdravím vypadat nemělo, avšak málokdo se věnuje profilaci pojmu „duševní zdraví“ v jeho kladném slova smyslu. Význam duševního zdraví nicméně narůstá současně s výskytem civilizačních chorob a potíží, které mají psychosomatickou základnu. Postupem času se tato kategorie jednotně vymezuje.

Jsme zvyklí tomu, že duševní zdraví je vymezeno nepřítomností nemoci. Toto úzké vnímání nás však ochuzuje o mnoho jemných nuancí, které v pojetí pouhého „zdraví-nemoc“ ztratily své místo. WHO (Světová zdravotnická organizace) doporučuje pro definici duševního zdraví použít pojmy tělesného, emočního a sociálního blaha (Reitmayerová, 2005). Z toho tedy vidíme, že trendem jsou pokusy o pozitivní definici duševního zdraví.

Takový uvádí např. profesorka sociální psychologie M. Jahodová (Svoboda, 2005), která charakterizuje duševní zdraví také z pozitivních hledisek. Podle její teorie můžeme duševní zdraví vymezit šesti základními kritérii:

1. pozitivní postoj jedince vůči sobě samému,
2. zdravý růst a stupeň sebeaktualizace,
3. vyvinuté ústřední syntetizující funkce,
4. autonomie,
5. přiměřené vnímání reality,
6. zvládání vnějšího prostředí.

Oproti tomu M. Kubie (Kubie v Syřišťová, 1972) staví do popředí definice duševního zdraví schopnost svobodně se rozhodnout pro změnu. To znamená schopnost přizpůsobit se změněným podnětům jak vnitřním (biologickým a psychologickým) tak vnějším (schopnost podstoupit námahu a v případě potřeby se vzdát nereálného cíle) (Syřišťová, 1972).

Tolik o názorech na duševní zdraví, které jsme zmínili. Mluvme však o tomto tématu ještě jednou od začátku a pokusme se vymezit, co duševní zdraví

skutečně je. Duševní zdraví bychom tedy mohli definovat jako stav, kdy všechny duševní procesy fungují optimálním způsobem, správně reflektují vnější realitu, reagují na běžné události a dokáží se potýkat s událostmi těm zcela běžným se vymykajícím. Dále bychom zde měli nalézt i standardní, bezproblémové fungování celého nervového a somatického systému, které je významným faktorem ovlivňujícím duševní zdraví.

## 2. Čím je duševní zdraví ohroženo

Každému z nás pomáhá k udržení duševní pohody něco jiného. Už samotný způsob života, který vedeme, nás silně ovlivňuje. Ne všichni by mohli obstát bez následků ve víru velkoměsta a ne všichni si plně odpočinou na zahrádce při štěbetání ptactva. A to, jak odpočíváme a čerpáme nové duševní síly, souvisí i s tím, co nám je naopak ubírá.

Denně na nás útočí negativní vlivy, které o naše duševní zdraví usilují. Je-li jich mnoho, aktivně se podílejí na nástupu syndromu vyhoření. V následujících podkapitolách uvedeme některé z nich. Tyto základní typy zátěžových situací byly zvoleny v souvislosti se stejnojmennou kapitolou (Vágnerová, 2004) kvůli komplexnosti jejich obsahu.

### 2.1 Stres

Stres je v dnešní době častým tématem mnoha, zčásti či zcela populárních, článků a publikací. Je mu přičítáno velké množství negativních důsledků a málo se mluví i o jeho pozitivních dopadech. Rádi bychom toto téma nastínili, protože jistě hraje velmi důležitou roli v celém tématu psychohygieny.

Slovo stres pochází z angličtiny a v překladu znamená „zátěž“. Avšak i angličtina sáhla do klasické latiny, a tak pod slovem *stringo* najdeme ve slovníku význam „utahuji smyčku“. Na stresory působící na naši psychiku odpovídáme fyziologickou reakcí, tzv. „stresovou reakcí“.

Kolik existuje psychologických škol, tolik existuje náhledů a definic na toto téma.

R. L. Atkinsonová definuje stres jako „situaci, kdy se lidé setkají s událostmi, jež vnímají jako ohrožení své tělesné nebo duševní pohody“ (Atkinson, 2003). Naproti tomu J. Hartl (1995) mluví o stresu jako o „nadměrné zátěži neúnikového druhu vedoucí k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození, k poruše adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám; liší se od neurotické reakce, v níž somatické poškození či porucha může být vyřešena únikovým mechanismem“. Již z těchto dvou definic vidíme, že stres se dá nahlížet z různých stránek a jeho význam se s kulturním prostředím liší.

Charakteristické pro stresovou reakci je vybuzení. Toto vybuzení má za úkol aktivovat celý organismus i s jeho silami a rezervami k obraně. V takový okamžik je důležité vyplavení adrenalinu do krve, působící zrychlení srdeční činnosti i dýchání, zvýšení krevního tlaku i krevního cukru, proto zasahuje nervová složka přes sympatické vegetativní dráhy do dřeně nadledvin. Celá tato reakce má za úkol připravit člověka na „útok nebo útěk“. Druhou fází, jasně související s již popsanou první, je akce signalizována hypotalamem a hypofýzou do kůry nadledvinek, kde se produkují hormony, jako je například nonadrenalin. Tyto hormony připravují tělo na „boj delšího trvání“. První i druhá fáze pracují ve vzájemné kooperaci (Atkinson, 2003).

Můžeme sledovat tři stadia stresové adaptační reakce (Nakonečný, 1995):

1. „Alarmující“ stadium je vyvolané bezprostředním narušením životních podmínek variabilního druhu. Projevuje se vybuzením sympatické soustavy, dřeně a později i kůry nadledvin. Alarmující stadium přejde do zotavovacího stadia, jestliže ustoupí stresor a stresová reakce má možnost odeznít.

2. „Vyrovňovací“ stadium probíhá, když si adaptační mechanismy zvykají na stresující faktor, protože původní alarmující stadium se snižuje.

3. „Konečné“ stadium nastává při nadměrném působení stresujícího činitele nebo při příliš dlouhém trvání. Organismus se může vyčerpat, selžou jeho adaptační a obranné schopnosti, jedinec může být velmi vážně ohrožen.

## **2.2 Konflikt**

V latinském *confligo*, které znamená „střetávám se“, „utkávám se v boji“, nalézáme historický původ dnešního slova konflikt. Jako konflikt můžeme označit stav, kdy se současně střetávají protichůdné tendence (Hartl, 1995). Rozlišujeme dva druhy konfliktů:

1. intrapersonální – vnitřní, intrapsychický – stav současného působení dvou nebo více motivů,

2. interpersonální – vnější, mezi lidmi – střetnutí mezi dvěma či více jedinci různých potřeb, zájmů a názorů.

Abychom se v problematice konfliktů mohli pohodlně orientovat, jsou rozlišeny do několika druhů na základě povahy toho, co konflikt způsobuje. Následující řádky v kostce charakterizují jednotlivé druhy konfliktů (Nakonečný, 1998).

1. Konflikt apetence – apetence: případ, kdy je osoba vystavena volbě jedné ze dvou příjemných věcí; konflikt se řeší převládnutím atraktivity jedné z nich.

2. Konflikt averze – averze: osoba se musí rozhodnout pro jednu ze dvou nepříjemných alternativ; rozřešení probíhá tak, že osoba odkládá definitivní rozhodnutí, jak jen je možné, až se jedna z možných alternativ začne rýsovat jako méně nepříjemná.

3. Konflikt apetence – averze: bývá vyvolán situací, která je zároveň přitažlivá, ale i odpuzující; jedním z možných řešení tohoto konfliktu je, že se osoba rozhodne pro náhradní řešení.

Konflikt se může stát i patogenním činitelem za předpokladu, že:

- je skutečně závažný,
- trvá příliš dlouho,
- zahrnuje osobně důležitou oblast,
- či jej člověk není schopen řešit (Vágnerová, 2004).

Problematikou konfliktů se zabývalo mnoho známých psychologů. Erik Homburger Erickson založil svoji teorii ontogenetického vývoje na sledu řešení konfliktů. Každá vývojová fáze vede k vyústění dvou protichůdných tendencí, pozitivní a negativní. Další rozvoj je přímo závislý na úspěšném vyřešení předchozího konfliktu. Pokud by úspěšný nebyl, následovala by stagnace vývoje (Vágnerová, 1999). Sigmund Freud postavil na působení intrapersonálních konfliktů svoji teorii osobnosti. Osobnost je dle jeho pojetí produktem interakce Id, Ega a Superega a je pod neustálým tlakem jejich vzájemných konfliktů. Například konflikty Id a Ega nastávají, když se Id dožaduje okamžitého uspokojení a Ego se snaží na základě testování reality tento požadavek upravit (Drapela, 1997). Taková situace přichází například před polednem, kdy bychom už rádi vyrazili na oběd, máme však ještě práci, kterou musíme do té doby dokončit.

## 2.3 Frustrace

Jako krátkodobé neuspokojení potřeb, tak můžeme stručně shrnout význam frustrace. Hartl o frustraci mluví jako o „psychickém stavu vyvolaném překážkou na cestě k cíli, respektive ohrožení, oddálení nebo znemožnění uspokojit určitou potřebu“ (Hartl, 1993). Nakonečný definuje tento stav velmi podobně, jako „situaci, v níž je subjektu bráněno dosáhnout cíle chování, a jeho vnitřní stav, který tato situace vyvolává.“

Historii slova frustrace můžeme hledat v latinském *frustra*, což znamená „marně“, „zbytečně“, „naprázdno“ a plně vystihuje význam, pro který se dnes používá. Označujeme tak tedy psychický stav, který je vyvolaný překážkou a znemožňuje nám dosáhnout očekávaného cíle.

Zdroje frustrace můžeme rozdělit dle Nakonečného (Nakonečný, 1998) do několika skupin podle typu překážky. Je to frustrace vyvolaná:

1. vnějšími fyzickými překážkami (např. zavřená závora na cestě),
2. překážkami spíše psychologické povahy (např. nápis na láhvi alkoholu o plnoletosti),
3. vyslovenými zákazy (např. „S tímto klukem ven nepůjdeš“ jako výrok rodičů k dítěti),
4. námi samými (např. zábrany, nereálnými představami o nedostupnosti něčeho).

Frustraci mohou způsobit nejrůznější neúspěchy, nedostatky všeho druhu a ze všeho nejvíce ego-vztažné motivy. Mezi ty řadíme ztrátu prestiže, nedůvěru sociálního okolí ve schopnosti jedince a neuspokojivé sociální vztahy.

Každý jedinec se snaží s frustrací vypořádat jiným způsobem. To, co na někoho z nás vyvíjí nepříjemný tlak, může někoho jiného nechávat zcela chladným. Míru, kdy se z podnětu nepříjemného stává podnět frustrující, nazýváme frustrační tolerancí. U dětí je tato tolerance nižší, než bývá u dospělých (Nakonečný, 1998). Jednou z variant závažnější frustrace je existenciální frustrace, kterou ve svém díle popsal Viktor Emil Frankl a která se projevuje jako případ ztráty smyslu života.

## 2.4 Deprivace

Oproti frustraci považujeme deprivaci za dlouhodobější strádání. Je stavem, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu (Vágnerová, 2004). Kořeny slova můžeme hledat v latinském *deprivo*, což znamená „zbavuji někoho něčeho“. Důležité také je, že deprivace vzniká, i když je potřeba uspokojována, ale dlouhodobě na úrovni pouhého existenčního minima.

Deprivaci můžeme rolišit na určitý počet druhů (Koukolík, 1996):

1. Biologická, biofyziologická – která zahrnuje například nedostatek výživy, vody, tepla atd.

2. Psychická – ta má mnoho aspektů, a proto ji rozlišujeme na:

- citovou – nedostatek citové odezvy,
- senzoricou – nedostatek smyslových podnětů,
- kognitivní – nedostatek informací,
- konativní – nedostatek činnosti,
- motorickou – nemožnost pohybu,
- existenční – nenaplněná potřeba existenční jistoty.

3. Sociální – je představována nedostatkem sociálních kontaktů nebo problémy v mezilidských vztazích.

### 3. Duševní hygiena - psychohygiena

Duševní hygiena se zabývá zkoumáním toho, jak efektivně chránit a upevňovat (případně znovu získat) duševní zdraví. Zajímá se o to, jak maximálně zvyšovat odolnost člověka vůči nejrůznějším škodlivým vlivům. Mezi její další úkoly patří poskytovat návod, jak úspěšně upravovat životní styl a životní podmínky. To by mělo vést ke zmírnění nepříznivých vlivů.

Psychohygiena by měla člověka naučit, jak má předcházet obtížím. A to nejen psychickým, ale i fyzickým. Ty pramení z faktu, že lidský organismus je psychosomatickou jednotou. Ani tehdy, když jsme se těmto obtížím vyhnuli, není pro nás tato disciplína zbytečná. Učí nás, jak se jim nejlépe postavit a zvládnout je.

Jako věda stojí duševní hygiena na pomezí věd lékařských, psychologických a sociálních. Všechny tyto vědní obory obohacují její metody práce. Má velmi blízko k obecné psychologii, psychologii osobnosti, dále k pedagogické psychologii, kde se inspiruje v zákonitostech učení, a klinické psychologii, která jí poskytuje informace o poruchách duševní rovnováhy.

To, co nám duševní hygiena poskytuje, jsou zejména rady k řízení a ovlivňování sebe sama i svého okolí. Funguje jako preventivní prvek, se kterým se můžeme naučit efektivně pracovat.

#### 3.1 *Definice duševní hygieny*

O „hygieně duše“ mluvili v 19. století Hufeland a Feuchterleben jako o formě životosprávy. S dnešním pojetím duševní hygieny má však tato teorie pramálo společného. Průlomovým dílem v tomto tématu byla publikace „Duše“, kterou napsal C. W. Beers a v níž se věnuje neblahému osudu chovanců amerických ústavů pro duševně choré (Míček, 1984).

Když mluvíme o definicích duševní hygieny, uvedeme jako první formulaci L. Míčka (1984, str. 9): „Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“ Tato definice si zachovala i přes svoji letitost



jistou váhu, můžeme ji najít i v relativně nových publikacích, například u Jara Křivohlavého (2001).

U J. Křivohlavého (2001) se setkáváme s užším a se širším pojetím duševní hygieny. Užší pojetí můžeme chápat jako boj proti výskytu duševních nemocí. V širším pojetí rozumíme duševní hygieně jako péči o optimální fungování duševní činnosti.

### **3.2 Role duševní hygieny u pomáhajících profesí**

Význam duševní hygieny je v kterémkoli povolání nepochybný, nejvíce však pocítíme důležitost této disciplíny v těch povoláních, jejichž podstatou je působení na lidi. Duševní rovnováha patří tedy k nejdůležitějšímu vybavení pracovníka pomáhající profese. Je nutné ji znát nejen teoreticky, ale prakticky ji aplikovat na sebe samého a pokoušet se ji dál šířit mezi své klienty a spolupracovníky.

Jen těžko si můžeme představit, že cítíme-li se sami dlouhodobě v duševní nepohodě, dokážeme duševní rovnováhu poskytovat lidem okolo sebe. Proto je důležité praktické uplatňování v každodenním životě. Jistě nemůžeme dosáhnout ideálních představ těch, kteří koncipují zásady duševní hygieny. Je však důležité naučit se používat to, co je vhodné a možné. Zcela záměrně se můžeme snažit žít a pracovat ve shodě se základními prostředky duševní hygieny. Intenzitu zvládnutí jednotlivých pravidel vymezil L. Míček (1984) následovně:

- Znalost pravidel duševní hygieny,
- promyšlení těchto pravidel, zvážení jejich aplikace,
- praktické provádění,
- ztotožnění s určitými pravidly.

## 4. Syndrom vyhoření

„Když zapálíte oba konce svíčky, dostanete více světla, ale plamen rychle zhasne“ (Rush, 2003).

Burn-out syndrom, jak můžeme číst v anglicky psané literatuře, syndrom vyhoření, vyhasnutí či vyprahnutí. To všechno jsou alternativy názvů pro jeden a tentýž fenomén. V případě této práce budou použity všechny zmíněné pojmy, a to s ohledem na daný kontext.

Jak uvádí MUDr. František Koukolík ve svém rozhovoru pro Český Rozhlas, živnou půdou pro syndrom vyhoření může být zdánlivě běžný způsob života, ve kterém jsme vystavováni mnoha neblahým vlivům:

„Představte si, že jste zdravotní sestra, která má sama na starosti od 6 večer do 6 ráno asi čtyřicet lidí. Několik z nich umírá. Jeden nebo dva mají neztížitelné bolesti. Osm není schopno pohybu a nekontrolují své svěrače, takže z nich volně odchází moč a stolice. Dalších deset je víc nebo méně dementních, takže nevědí, kde jsou a kdo jsou a blouhdí, když se chtějí dostat na záchod. Nadto musíte kontrolovat dvanáct kapaček, protože si je neklidní, desorientovaní lidé vytrhávají ze žil. Pan doktor měl špatnou náladu, takže na vás byl sprostý. Ráno na vás hystericky ječí příbuzní, kteří se dostavili, že právě jejich babička byla v nepořádku. Na oddělení, kde je málem osmdesát lůžek, vás zbylo osm, pomocnice se hodila marod, nicméně musíte zajistit trojsměnný provoz. Staráte se sama o dvě malé děti, vyděláváte, dejme tomu, 11 000 Kč čistého. Činže s poplatky je nejméně za třetinu. Ráno běžíte domů, budete neklidně spát jen několik hodin, protože venku je hluk. Vyperete, uvaříte, uklidíte, dohlédnete na úkoly, zatnete zuby, abyste nepřičetně neřvala na vlastní děti, jakmile provedou něco dětského. Nemohou za to, přesto řvete. V šest ráno to začne nanovo. Kolem poledne se dostaví bystromilná novinářka v bílém plášti, která předstírá, že je lékařka. Požádá vás o chorobopis. Protože nevíte kam dřív skočit, půjčíte jí ho. A pak se dočtete, jak vykřikuje, že špatně pečujete o pacienty. Myslíte si, že je to na pár facek. Po kratší nebo delší době si budete přát jednu jedinou věc: aby to přestalo.“

([http://www.rozhlas.cz/leonardo/veda/\\_zprava/341300](http://www.rozhlas.cz/leonardo/veda/_zprava/341300))

## 4.1 Definice syndromu vyhoření

Graham Green, který jako první použil pojem „syndrom vyhoření“ v roce 1961, jej uvádí ve své knize „A Burnt-out Case“. Jako čtenáři navštívíme společně s hlavním hrdinou osadu pro leprou infikované pacienty, která se nachází v africké džungli. Právě sem se architekt, který začal postrádat smysl života, uchýlil. Je hnán nejen tlakem společnosti a práce, ale ztratil také smysl celého života. Známým citátem z této knihy je „Cítím nepohodlí, tedy žiji“, o kterém hlavní hrdina uvažuje při své pouti po africké řece.

H. Freudenberg, psychoanalytik žijící v USA, původem z Německa, poprvé použil pojmu „burn-out“ jako vědeckého termínu. Zkoumal vztahy zaměstnanců nemocnic a jejich pacientů k nim. Jeho definice vyšla v americkém časopise „General Social Issues“ ve článku „Staff burnout“ v roce 1974 takto:

„Burn out je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a svou motivaci“ (Křivohlavý, 1998).

To byly tedy počátky vzniku a formování pojmu „burn-out“, česky „syndrom vyhoření“. Následovala řada mnoha definic a nastolených pojmů. Tato práce si však neklade za cíl je všechny obsáhnout či zmínit. Ale pro konkrétní vymezení pojmu budou uvedeny ještě dvě definice, a to od dvojic čtyř autorů.

A. Pinesová a E. Aronson definují syndrom vyhoření jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání způsobeného dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Tyto emocionální požadavky jsou způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy (Křivohlavý, 1998).

Oproti tomu se Christine Maslachová a Susan Jacksonová ve své definici více soustředí na interpersonální složku příčin syndromu vyhoření: „Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a snížení osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se věnují potřebným lidem“ (Křivohlavý, 1998).

## 4.2 Rizikové profese pro vznik syndromu vyhoření

Ač k syndromu vyhoření vede mnoho nejrůznějších faktorů a jeho rozvoj je ovlivňován rozmanitými podmínkami, můžeme definovat ty nejobvyklejší proto, abychom se naučili je rozlišovat a předcházeli jim. Jaro Křivohlavý uvádí ve své knize (Křivohlavý, 1998) podmínky pracoviště, které podporují vznik syndromu vyhoření.

K syndromu vyhoření nejčastěji dochází na pracovišti, kde:

- je nedostatek personálu, času, prostředků atp. (např. v nemocnicích, školách, obchodech,...);
- je absence ocenění práce podřízených – pochvaly, uznání atd.;
- chybí respekt a úcta k lidem;
- se setkáváme s devalvací v sociálním styku;
- je nedostatek příležitostí k odpočinku;
- se nepříjemné věci dlouho vlečou a nic se pořád nezlepšuje;
- lidé (pracovníci) neustále více dávají, nežli přijímají;
- pracovní podmínky neumožňují pracovníkům tvořivé rozvinutí schopností a dostatečné uplatnění jejich dovedností;
- je příliš velký rozdíl mezi představami a realitou;
- je vedení příliš necitlivé k potřebám podřízených, kde se znají jen úkoly, kontroly, výtky, nekonstruktivní kritika atp.;
- jsou sociální, pracovní a společenskou rolí kladeny na určitou osobu požadavky, kterým ta daná osoba není z různých důvodů s to vyhovět, případně by její vyhovění s sebou neslo jiné, např. rodinné, bolestné ztráty;
- jsou příliš tvrdé termíny, kde se klade příliš velký důraz na kvantitu, tj. množství toho, co se má udělat, nebo naopak na mimořádnou přesnost a perfektnost práce, mimořádný výkon, nezdravá míra soutěživosti poháněná heslem „zvítězit za každou cenu“;
- existuje jen a jen soupeření, konkurence;
- je zatíženost pracovníka nepoměrně větší než jeho kapacita, jeho možnosti a schopnosti atp.;

- někdo žije v představě, že je „expert“ a „odborník na slovo vzatý“, avšak ve skutečnosti žádným expertem ani odborníkem není;
- nepříznivé pracovní či životní podmínky trvají příliš dlouho, až neunesitelně dlouho (jak tomu bývá např. u onemocnění chronického rázu, které se protahuje a nelepší atd.);
- dochází ke kumulaci několika výše uvedených bodů (Křivohlavý, 1998).

Pracovní pozice, které by splňovaly výše uvedené podmínky, můžeme hledat v rozličných pracovních odvětvích. Předkládám proto přehled profesí, které jsou z hlediska výskytu syndromu vyhoření nejohroženější:

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| - lékaři;                             | - vedoucí pracovníci všech stupňů;                  |
| - zdravotní sestry;                   | - administrátoři;                                   |
| - zdravotní personál;                 | - právníci  |
| - psychologové a psychoterapeuti;     | - pedagogové pracující s duševně postiženými dětmi; |
| - psychiatři;                         | - vedoucí letecké dopravy;                          |
| - sociální pracovníci;                | - piloti a osádky letadel;                          |
| - poradci ve věcech sociální péče;    | - podnikatelé a manažeři;                           |
| - učitelé všech stupňů;               | - obchodníci;                                       |
| - policisté;                          | - vyjednavatelé;                                    |
| - žurnalisté;                         | - úředníci;   |
| - pracovníci v nápravných zařízeních; | - sociální kurátoři;                                |
| - politici;                           | - pracovníci exekutivy apod. (Křivohlavý, 1998).    |
| - sportovci;                          |   |
| - duchovní (kněží, faráři, kazatelé); |   |
| - poradci v organizačních věcech;     |   |

Důvody, které vedou v jednotlivých profesích k syndromu vyhoření, jsou rozdílné, mají však stejně negativní dopady. Zdravotní sestry jsou vystaveny nedostatečné zpětné vazbě. Učitelé se jen zřídka dokáží vyrovnat s malým zájmem ze strany žáků i s neochotou ke spolupráci a podceňováním ze strany rodičů. Na vedoucí pracovníky je vyvíjen nátlak z dvou různých stran od nadřízených a podřízených (tzv. double bind). Neblahý vliv mají i konkurenční souboje a rivalita na pracovišti. To je jen několik drobných příkladů, které však mají ničivé důsledky.

Pro řádné proniknutí do problematiky se musíme ptát i na motivaci jedince pro jeho působení v pomáhající profesi. V nemalém množství případů se setkáváme s názorem, že pro pomoc druhým je potřeba se obětovat. Pracovníky je proto nutné podporovat ve faktu, že starat se dobře o druhé znamená starat se dobře o sebe. Je nutné zvyšovat jejich citlivost na přetížení. Pracovníci pomáhajících profesí denně přicházejí do kontaktu s lidmi, kteří jsou pod velkým emočním vypětím. K profesionálnímu vykonávání činnosti však patří i uvědomování si svých citlivých míst a práce s nimi. Odtahitý postoj spojený s cynismem a devalvací klienta či jeho problému je nejčastější obrannou a projevem vyhoření (Vodáčková, 2002).

### **4.3 Syndrom pomocníka**

Pokud mluvíme o pracovištích a povoláních, která jsou pro syndrom vyhoření nejvíce riziková, neměli bychom vynechat alespoň drobnou zmínku o tzv. „syndromu pomocníka“, který se stal populárním zejména v posledních třiceti letech. Jsou jím ohroženi všichni ti, kteří jsou vystaveni negativním vlivům vedoucím k neblahému syndromu vyhoření. V analýze syndromu pomocníka je však vyhoření jen jedním z mnoha projevů. Rychleji vyhoří ten, kdo se nenaučil konkrétně rozlišovat mezi perfekcionismem a realistickými nároky k pomáhajícímu povolání (Schmidbauer, 2008).

Syndrom pomocníka definuje Schmidbauer tak, že tkví v neschopnosti projevit vlastní city a potřeby. Tato neschopnost se stala součástí osobnostní struktury a pojí zdánlivě nenapadnutelnou fasádu v oblasti sociálních služeb s latentními fantaziemi o vlastní všemohoucnosti (Schmidbauer, 2008). Že se syndromem pomocníka zabýváme a zmiňujeme jej, má svůj praktický užitek v tom, že můžeme zlepšovat duševní hygienu lidí v pomáhajících profesích.

Teorie, která se zabývá syndromem pomocníka, staví na tom, že pomocník dává a je silný, naopak svěřenec, který je na něj odkázaný, je slabý. Asymetričnost této situace se může stát pro pomocníka drogou. Pokud z ní nemůže čerpat dostatek zážitků úspěchu a potvrzení, je ve velkém nebezpečí závislosti.

## **4.4 Fáze syndromu vyhoření**

Tak jako každý jev má svůj logický vývoj, tak jej má i syndrom vyhoření. Přes pozvolné počáteční fáze plynule eskaluje, aby svého nositele přivedl do zhoubného konce. Následující kapitoly mají tyto fáze načrtnout a blíže se jim věnovat.

Plíživost a postupnost, s jakou syndrom vyhoření přichází, může zůstat bez povšimnutí. Schopnost adaptace a potřeba učit se novým věcem s nástupem vyhoření klesá. Završí-li se syndrom vyhoření a nastane-li jeho poslední fáze, má tendenci se zacyklovat a úplně zbavit postiženého schopnosti pracovat.

Existuje mnoho typů řazení a strukturování fází syndromu vyhoření. Stejně tak, jako teorie osobnosti nejsou pod jednotlivými psychologickými školami jednotné, ani zde se nesečkáme s úplnou shodou odborníků. Můžeme začít u bazálních výkladů třístupňového modelu a dojít až k osmistupňovému složitějšímu rozfázování. Pro účel této práce jsme si z nejrůznějších druhů třídění vybrali pětistupňové, které zachycuje podrobně syndrom vyhoření v jeho vývoji, ale zachovává si jistou celistvost. Autory tohoto fázování jsou Edelwich a Brodsky (Malloková, 2000). Důležité je však pamatovat na to, že se syndrom vyhoření může u postiženého vyvíjet řadu let a jednotlivé fáze mohou být různě dlouhé a mohou se navzájem prolínat.

### **4.4.1 Nadšení**

Nadšení je počáteční fáze, se kterou pracovník přichází do nového zaměstnání, nezřídka jako absolvent. První konfrontace teoretických znalostí s praktickými zkušenostmi může být tvrdá, avšak přináší mnoho nového a doposud nepoznaného. Začátečník se s chutí vrhá do nových úkolů a práce mu přináší pocit uspokojení. Je plný idealismu, nereálného očekávání a svou práci bere jako nejdůležitější součást svého života. Důsledkem jeho nadšení je vysoké pracovní nasazení, které vždycky nesměřuje tím správným směrem. Občas můžeme pozorovat i subjektivní pocit, že je pro své pracovní okolí nepostradatelný a ostatní by se bez něj jen těžko potýkali s pracovními obtížemi. Úskalí nalézáme i v tom, že se pracovník může identifikovat se svými klienty. Problémem je, že neumí ještě hospo-

dařit se svojí energií a vydává ji neefektivně, což vede k dobrovolnému přepracování.

#### **4.4.2 Stagnace**

Očekávání, která měla strmý nástup v první fázi, se pomalu střetávají s realitou a denní rutinou zvolené činnosti. Přichází vystřízlivění a náhled, že vytyčené ideály není možné realizovat. Pracovník postupně ustupuje z nadměrných nároků na sebe samého, začíná vnímat skutečné podmínky pro svoji činnost, slehuje z původně vysokých ideálů a objevuje své vlastní limity. Můžeme zde pozorovat zaměření pozornosti na uspokojení vlastních potřeb, například v podobě finančního ohodnocení, či v míře volného času, který mu zaměstnání poskytuje.

#### **4.4.3 Frustrace**

V tomto stadiu se jedinec pozastavuje nad smyslem své práce. Přemýšlí nad tím, má-li skutečný smysl pomáhat ostatním, a nad tím, co tato činnost přináší jemu samému. Fáze frustrace je fází prvních fyzických a psychických obtíží, se kterými se musí postižený vyrovnat. Objevují se i komplikace ve vztazích, jak na pracovišti, tak v osobním životě. Pracovník se odchyluje od svého původního záměru, kterého chtěl svou prací dosáhnout. V profesi stále funguje, je však plný pocitů zklamání, pochybností o vlastní práci a osobě a hostility ke klientům.

#### **4.4.4 Apatie**

Jedinec, který se dostal až do této fáze, je frustrován trvale a přirozeně na tuto frustraci reaguje. Má pocit, že situace je nezměnitelná, či nevyhnutelná pro potřebu finančních zdrojů. Občas uvažuje i o tom, zda si zvolil profesi správnou a zda by nebylo užitečnější profesní kariéru zaměřit jinam. Pro postiženého je velmi náročné měnit situace podle jeho původních očekávání. Velmi citelně se jeho stav projevuje i na vykonávané činnosti. Pracuje jen tak, jak je nezbytně nutné, na rozdíl od počátků, kdy byl ochoten sloužit i přesčas, vyhýbá se novým úkolům, je proti vzdělávacím programům a v zaměstnání tráví jen minimální množství času. V čele této fáze stojí úplná vyhaslost, vyčerpání a cynismus.



#### 4.4.5 Intervence

Do této fáze řadíme jakékoliv přerušení zmíněného procesu. Příkladem může být přerušení práce, změna v životní situaci, více času pro své vlastní záliby. Jako nejefektivnější se však jeví přehodnocení situace na základě realistického náhledu. Vlastní intervence je pak výsledkem aktivity samotného jedince. V ideálním případě, postoupí-li syndrom vyhoření až sem, si pracovník uvědomí svoji situaci a zaujme k ní aktivní postoj.

Pozitivní změnou může být delší dovolená, změna pracovní pozice v organizaci, či následné vzdělávání. V krajním případě je potřeba opustit pracovní pozici. Celkové přehodnocení se však netýká jen postojů ke klientům, ale i ke kolegům a lidem blízkým. Pracovník zde potřebuje prostor pro to, aby si ujasnil své místo v životě a to, co je ochoten do svého zaměstnání investovat a co od něj očekává. Projde-li si postižený všemi zmíněnými fázemi, dává v následujícím zaměstnání přednost práci v týmu, protože dokáže ocenit spolupráci a pocit sounáležitosti.

## 5. Prevence syndromu vyhoření

Jako jsme na pracovišti vystaveni syndromu vyhoření, tak se mu můžeme i bránit. Dnešní pomáhající složky mívají ucelenou strukturu supervizí a intervizí, které pomáhají svým pracovníkům zvládat požadavky, které jsou na ně v každodenní náročné práci kladeny. Bohužel ne všechny instituce tak fungují. Tím pádem se můžeme setkat se dvěma protikladnými případy, které si ilustrujeme na zaměstnancích konkrétních pracovišť.

Pracovník Linky bezpečí (LB) – dětské krizové linky – má po celou dobu, byť i krátké, 4,5 hodinové směny stále k dispozici intervizora. Ten je zde pro to, aby mohl být konzultantovi kdykoliv na blízku, například v těžkém hovoru jako tzv. příposlech, a mohl mu pomáhat svými podnětnými radami, vyplývajícími z několikaleté zkušenosti. Na konci každé směny je také vyhrazena placená půl hodina, kdy se ti, kdo končí odeberou do tzv. debriefu. Tady může každý nechat to, co na něj během služby zapůsobilo a co by jej po zbytek dne mohlo tížit. Více však k systému psychohygieny na pracovišti Linky bezpečí v praktické části.

Jako druhý protipól zde máme pracoviště krizové linky RIAPS pro dospělé. Zde je i po dvanáctihodinovou směnu pracovník sám, bez možnosti intervize přímo během hovoru. Nemá tedy příležitost si zavolat odbornější pomoc, pokud by se cítil při hovoru nepříjemně. Po konci směny je jeho jedinou šancí na psychohygienu sdělení pocitů z uplynulé služby střídajícímu kolegovi.

Na těchto konkrétních, reálných příkladech z praxe vidíme, že každé zařízení pečuje o své zaměstnance jinými způsoby. Příčinou mnoha zanedbaných zaměstnanců může samozřejmě být finanční situace zařízení. Zde je však důležité uvědomit si náklady, jež přináší propouštění vyhořelých a nabírání nových zaměstnanců.

Poznatek, který potvrzují četná pozorování a supervize, je, že ten, kdo se může profesně vyvíjet, nevyhoří. Tím se však nemyslí jen pouhá aplikace teoretických vědomostí získaných ve škole. Studie o lidech vykonávajících náročná povolání prokázala, že profesionálové se drží toho, co se naučili ve škole, jen ve velice omezené míře (Schmidbauer, 2008).

Cennou zkušeností je pro zaměstnance možnost přijímat a zpracovávat zpětnou vazbu. To můžeme slyšet například od učitelů, kteří tvrdí, že nejvíce se naučili od svých žáků. Schmidbauer ve své knize uvádí výsledky studie Heinricha Jansena-Dittnera a Kerstin Munkerové, kteří zkoumali syndrom vyhoření a snažili se získat skupinu, která se identifikuje jako neohrožená tímto jevem. Zjistili, že ti, kdo jsou rezistentní vůči vyhoření:

- dbají na své zdraví a zajímají se o práci, kterou vykonávají; necítí se obtěžováni svými klienty a našli „svůj styl“ komunikace;
- vnímají sebe jako rozvíjející se profesionály, kteří se učí zvládat počáteční zátěže a obtíže;
- prožívají potíže a břemena své práce jako cosi, co má smysl;
- dosáhli rovnováhy mezi prací a soukromým životem, i přesto, že volný čas prožívají například s kolegy;
- dosáhli vysokého stupně sebeurčení ve své práci a tuto autonomii dále upevňují a rozšiřují;
- vnímají se jako iniciativní a mají pocit, že mohou sami změnit svou pracovní situaci;
- připadají si dostatečně či přiměřeně podporováni svými nadřízenými a kolegy, s nimiž jsou spíše v přátelských vztazích;
- vnímají své povolání jako intelektuální výzvu, díky níž mohou růst, a rádi se přiučí něčemu novému (Schmidbauer, 2008).

Tyto body jsou shrnutím postojů těch, kteří se úspěšně syndromu vyhoření brání. Můžeme v nich vidět patrnou sílu sebevědomí, jež pramení z reálných možností, a ne z iluzí o svém zaměstnání či o sobě samotném. Jsou založeny na přijímání reality, kterou obnáší jejich profese. Syndrom vyhoření tento pohled blokuje.

### **5.1 Prevence vycházející z interních a externích postupů**

Existuje mnoho prací zaměřených na prevenci syndromu vyhoření. Křivohlavý (2001) je rozdělil do dvou kategorií podle cílového zaměření. Interní přístu-

py jsou zaměřeny na toho, kdo je syndromem vyhoření ohrožen. Přístupy externí zaměřují svoji snahu na zlepšení vnějších podmínek, které by mohly vyhoření předejít.

Ti, kdo se věnují interním přístupům, zjistili, že lidé postižení syndromem vyhoření jsou na počátku své činnosti úzce zaměřeni na konkrétní vyprofilovaný cíl. Pod tímto cílem můžeme vidět hodnotu, úkol, ideu, osobu, téměř cokoliv. Lidé, kteří se k těmto vidinám pevně upínají, mají i konkrétní charakteristiky, jimž se věnoval McClelland ve svých výzkumech výkonové motivace. Dobře plánují svoji práci, přiměřeně riskují, snaží se být důsledně informováni o výsledcích své činnosti atd. Jako řešení se jeví rozšíření obzorů. Jde o to, nevidět jen bezprostřední cíl a nebrat jej za jediný „smysl života“, ale uvažovat o něm v širších souvislostech.

Externí přístupy jsou založeny na kvalitní sociální podpoře. Ta je považována za jeden z nejdůležitějších externích faktorů v prevenci syndromu vyhoření. Tento přístup upravuje vnější podmínky, tedy nejen vztahy s kolegy, ale i pracovní prostředí obecně (Křivohlavý, 2001).

## **5.2 Prevence vycházející z typologie vývojových potřeb**

Vodáčková ve své knize (Vodáčková, 2002) uvádí postup jak se chránit proti vyhoření. Ačkoliv těchto postupů, které přinášejí různé tipy a náměty jak syndromu vyhoření předcházet, známe mnoho, tento vnáší do zmíněné problematiky nový náhled. Vychází z typologie vývojových potřeb a systematicky se věnuje každé z nich. Tyto potřeby jsou diferencovány na potřebu místa, podpory, péče, bezpečí a limitu. Postihuje tedy komplexnost pracovníka v jeho psychofyzické jednotě a postupuje od tělesného k duševnímu. Následující řádky podávají inspiraci jak tyto potřeby uspokojovat.

### Potřeba místa

- základní místo našeho pobytu je naše tělo, na kterém se práce s krizovými stavy přirozeně odráží; po ukončení práce často spontánně používáme uvolňovací techniky jako protažení, vydýchnutí atp.;

- po náročné konzultaci je vhodné využít možnosti se umýt či vysprchovat;

- pozornost věnujeme i místu, na kterém pracujeme – můžeme vyvětrat, uklidit si kolem sebe, potvrdit si svoji vlastní identitu a teritoriálnost např. fotografií.

#### Potřeba podpory

- uvědomění, že i my máme nárok na podporu a cílené vyhledávání osoby, která může být jak lidskou tak profesní podporou, vede k uspokojení této potřeby;

- využívání profesionálních cest ke zvyšování kompetencí a hledání obohacujících výcviků a seminářů podporuje nejen nás samotné.

#### Potřeba péče

- hledat příjemné formy péče o tělo, jakými jsou plavání, relaxace, jóga, běh, masáže, ale i o mysl, tedy odpočinek, záliby, libé podněty a vztahy;

- je důležité nezapomínat na bazální potřeby, protože při zátěži někdy zapomínáme dostatečně pít, jíst nebo optimálně dýchat.

#### Potřeba bezpečí a limitu

- učit se rozlišovat a respektovat hranice profesionálně bezpečného a riskantního; potenciálně nebezpečné pro nás či klienta se naučit odmítat;

- respektovat osobní hranici práce, odpočinku a profesionálních kompetencí;

- poznat, kdy je čas práci s klientem ukončit (Vodáčková, 2002).

## **II. Praktická část**

## 6. Pracoviště Linky bezpečí

Empirická část této práce je zaměřena na rizika vzniku syndromu vyhoření u pracovníků Linky bezpečí. Pro lepší pochopení dané problematiky je uvedena stručná historie, fungování a způsob supervize na tomto pracovišti.

### 6.1 Sdružení Linka bezpečí

Hlavním cílem Sdružení Linka bezpečí dětí a mládeže (SLB) je poskytovat telefonickou krizovou pomoc a poradenství dětem a mladistvým, kteří se nacházejí v tíživé životní situaci takového rozměru, že ji nemohou nebo nedokáží zvládnout vlastními silami. Právě s touto ideou bylo SLB 13. 4. 1994 založeno. Jedná se o organizaci akreditovanou v rámci systému sociálně-právní ochrany dětí v České republice. Díky této akreditaci jsou stanoveny i jisté standardy kvalifikace zaměstnanců. Sdružení Linka bezpečí zastřešuje mnoho svých projektů, mezi nimiž uvedeme ty hlavní: Linka bezpečí, Linka vzkaz domů, Chat Linky bezpečí, Rodičovská linka a krátkodobé grantové projekty.

Linka bezpečí, jako primární projekt Sdružení Linka bezpečí, pomáhá dětem a dospívajícím řešit těžké životní situace. Slouží především těm, kteří si nevědí rady se svými problémy, cítí se ohroženi, osamělí, zrazení, zmatení a z nej-různějších důvodů se nechtějí nebo nemohou obrátit k někomu ze svého okolí. Přesto však potřebují pochopení, podporu, důvěru a zároveň kvalifikovanou radu a pomoc. Dětem a mladistvým je dáván bezpečný prostor k tomu, aby mohli hovořit s pracovníkem o své situaci a dospět společně k nějakému realizovatelnému řešení (Klouda, 2006). Linka je určena pro děti a mladistvé do 18 let a pro studenty do věku 26 let. Již toto věkové rozpětí v sobě skýtá obrovské množství témat, s nimiž se lze na LB setkat.

Linka bezpečí poskytuje služby svým klientům nepřetržitě 24 hodin denně. Proto externí konzultanti i intervizoři směny pracují na směny, které trvají přes den 4,5 a 6,5 hodiny, noční směny 12,5 hodiny. Počet pracovníků na službě je závislý na vytíženosti linky. Nejvíce dětí volá v odpoledních a podvečerních hodinách, proto jsou směny v této denní době co do počtu konzultantů navýšeny.

## 6.2 Sdružení Linka bezpečí

Z důvodu velkého počtu zaměstnanců LB již více než deset let funguje hierarchické uspořádání všech pracovníků. Na pozici konzultanta je vytvořen kariérní systém, v rámci kterého mohou podle předem stanovených pravidel postupovat do vyšších kategorií. Vypadá následovně:

### **Kategorie I – Konzultant**

Konzultantem I se stává ten, kdo splní kvalifikační kritéria pro výkon práce konzultanta LB stanovené SLB a právními předpisy (zákon č. 108/2006 Sb.) a úspěšně absolvuje vstupní náslechy.

### **Kategorie II – Samostatný konzultant**

Postup z kategorie I do kategorie II je možný pouze po odpracování nejméně 200 hodin v kategorii I, tedy jako konzultant I.

O postupu rozhoduje intervizor pověřený výkonem postupových náslechu na základě provedeného náslechu. V případě, že je náslechy úspěšný, postupuje konzultant do kategorie II.

### **Kategorie III – Asistent náslechu**

O post asistenta náslechu se může ucházet konzultant, který odsloužil minimálně 300 hodin v kategorii II. Po absolvování výcviku pro kategorii III musí konzultant projít úspěšně postupovým náslechem s vedoucím Linky bezpečí. Pro postup se posuzuje kvalita vedení hovoru s klientem a schopnost dávat zpětnou vazbu konzultantovi.

### **Kategorie IV – Externí supervizor**

O postup na pozici externího supervizora může požádat konzultant, který má platnou licenci pro kategorii III.

Asistent náslechu musí mít odslouženo od udělení licence do kategorie III minimálně 200 hodin.

### **Kmenový intervizor**

V rámci kariérního systému stojí víceméně mimo. Pro tuto pozici je vypsáno samostatné výběrové řízení, do kterého se mohou přihlásit zaměstnanci z LB, ale také z jiného zařízení.



Pracovník této pozice poskytuje kvalitativně jiné služby než konzultanti. Je k dispozici především konzultantům, méně klientům. Funguje jako průběžná intervize, opora v náročných hovorech, organizační prvek a také realizuje intervence.

### **6.3 Supervize na pracovišti Linky bezpečí**

Supervizor zvažuje nejen kvalitu péče o klienta, ale i celkový chod pracoviště. Můžeme tedy říci, že smyslem supervize je pomáhat pracovníkům, klientům i celému zařízení. Nástrojem je pak zaměřené pozorování a cílené otázky (Vodáčková, 2002). Supervize jako nástroj bývá pracovníky přijímána s rozpaky a strachem z dozoru. Zde je na místě kvalitní komunikace mezi supervizory a supervidovanými. Je třeba vést dialog o tom, že supervize slouží jako nástroj pro zkvalitnění poskytovaných služeb a nese s sebou jak konstruktivní kritiku, tak i zaslouženou pochvalu.

Úkolem supervizora je při supervizním procesu na lince důvěry:

- upozornit supervidovaného pracovníka na mezery v porozumění volajícímu,
- upozornit na možnosti přenosu a projekce pracovníka do případu, s nímž pracuje,
- upozornit na chyby v technice vedení rozhovoru,
- posoudit pracovní návyky a vědomosti supervidovaného,
- doporučit vhodnou a odpovídající nápravu, která odpovídá možnostem pracovníka (Vodáčková, 2002).

Česká asociace pracovníků linek důvěry (ČAPLD) formulovala několik druhů supervizi pro práci na lince důvěry (Vodáčková, 2004):

**Příposlech** – pojednáváme-li o příposleších, měli bychom striktně rozlišovat dva druhy. Jsou to příposlechy reálných hovorů s klienty, které jsou možné, v případě začátečníka či obtížného hovoru dokonce nutné. Takovéto hovory se však nemohou z etických důvodů nahrávat. Pro tyto účely slouží nahrávání cvičných hovorů pracovníků, kdy klienta imituje jeden z kolegů.

**Náslech** – náslechové hovory včetně rozboru jsou na většině linek součástí výcviků a nutným předpokladem pro kvalitní práci na lince důvěry. Vyžadovaný

počet náslechlů před samotnou prací na lince důvěry je však individuální záležitostí každého zařízení.

Rozbor hovoru – supervizor a pracovník společně mluví o proběhlém hovoru. Tato metoda se užívá při nejasnostech, žádosti linkaře o rozbor při jeho vlastní nejistotě, na kvalitních pracovištích i pravidelně pro udržení kvality vykonávané práce.

Debriefing – emoční odreagování, které probíhá po skončení práce na lince, ale které se také může zvrhnout do pouhého referátu o proběhlé službě.

V rámci Linky bezpečí se můžeme setkat se všemi výše zmíněnými formami supervize. Debriefing završuje každou proběhlou směnu. Příležitost rozebrat hovor má konzultant, kdykoliv si není jist, zda vše bylo v pořádku, a po každém náročném hovoru. Příposlechy jsou běžnou součástí každého nestandardního hovoru nebo takového hovoru, v němž konzultant potřebuje odbornou pomoc od intervizora. Poslední ze zmíněné supervize jsou náslechy, které mají na LB následující řád:

- Kontrolní náslechl – má funkci kontrolní (sleduje se, zda kvalita vedení hovoru odpovídá dosažené kategorii). Během kontrolního náslechu vede hovory konzultant a intervizor naslouchá. Kontrolní náslechl má dvě varianty:

- po půl roce – každý konzultant má povinnost absolvovat tento náslechl jednou za půl roku – je o něm veden zápis;

- postupový – náslechl, který konzultanta opravňuje nebo neopravňuje sloužit služby ve vyšší kategorii, nebo na noční službě. Postupový náslechl má stejnou váhu jako náslechl po půl roce. Jsou sledovány jak dovednosti nutné pro výkon práce ve vyšší kategorii, tak i dovednosti nutné pro výkon práce v současné kategorii. Pokud konzultant neprokáže ani dovednosti nutné pro výkon práce ve stávající kategorii, vztahují se na něj pravidla pro postup při neúspěšném kontrolním náslechu.

- Výcvikový náslechl – náslechl u intervizora nebo konzultanta v kategorii IV zaměřený na rozvoj a podporu schopností kvalitně provádět telefonickou krizovou intervenci (TKI). O výcvikový náslechl může požádat sám konzultant. V takovém případě není o náslechu veden zápis. Povinně musí výcvikový

náslech (náslechy) absolvovat konzultant po neúspěšném kontrolním náslechu. V tomto případě je o průběhu výcvikového náslechu veden zápis.

- Mimo tyto dva typy náslechlů probíhají na LB ještě náslechy v rámci plánu osobního rozvoje

Plánem osobního rozvoje se myslí povinnost účastnit se systému následného vzdělávání LB. Tato povinnost je dána zákonem o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb. § 111). Každý konzultant musí za kalendářní rok získat 50 kreditů v rámci vzdělávacího systému. Během prvního půlroku je potřeba získat 15 kreditů a splnit si nejméně jednu z povinných aktivit dle vlastní volby. Pokud konzultant nastoupí na LB v průběhu roku, musí získat poměrnou část z 50 kreditů za každý celý odpracovaný měsíc na LB. Za každý celý čtvrtrok, který na LB v tomto roce odpracuje, musí splnit jednu povinnou aktivitu.

## 7. Výzkum

V teoretické části této práce byly popsány doposud známé informace o syndromu vyhoření a o pracovišti Linky bezpečí, na kterém byla realizována empirická část. Smyslem této části je zmapovat výskyt různých stupňů vyhoření u pracovníků LB a dále zjistit, zda a jaký mají vztah k míře vyhoření různé demografické charakteristiky či délka působení na pracovišti LB. Pro mapování situace na LB byl vybrán standardizovaný dotazník. S přihlédnutím k možnostem této práce se jedná o počáteční pohled na danou problematiku na zvoleném pracovišti, která může být inspirací pro další, rozsáhlejší výzkumy.

### 7.1 Cíle výzkumu

Před samotným sběrem dat a jejich vyhodnocováním je potřeba stanovit, co je podstatou empirické části a co si klade za cíl. Tato práce se zaměřuje na charakteristiky projevů syndromu vyhoření obecně, a proto bude zkoumat jeho míru na popsaném pracovišti. Chce ilustrovat na reálných příkladech z praxe to, co bylo doposud popsáno pouze teoreticky; zejména zastoupení různých fází syndromu vyhoření mezi pracovníky. Zaměří se také na prozkoumání vztahů mezi charakteristikou jedince (věk, pohlaví, informovanost) a mírou syndromu vyhoření. Tyto vztahy mohou být velmi významné jak při předcházení syndromu vyhoření, tak při odstraňování prvních příznaků.

Výzkumná otázka:

Do jaké míry jsou pracovníci zasaženi syndromem vyhoření?

Vedlejší výzkumná otázka:

Existuje vztah mezi demografickými daty a mírou vyhoření jedince?

### 7.2 Stanovení hypotéz

Vzhledem k informacím, které byly publikovány v odborné literatuře a uvedeny v teoretické části, a znalostem nabytým na pracovišti stanovujeme hypotézy:

Hypotézy vedlejší:

H1: Jedinci méně informovaní o syndromu vyhoření jím budou zasaženi více než ti, kteří jsou informováni ve větší míře.

H2: Jedinci starší budou náchylnější k projevům syndromu vyhoření.

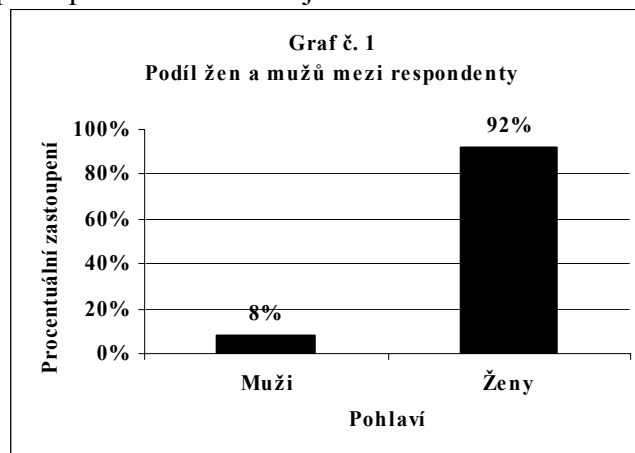
H3: Čím delší je doba působení jedince na pracovišti, tím větší je pravděpodobnost projevů syndromu vyhoření.

Na základě uvedených vedlejších hypotéz můžeme formulovat hypotézu hlavní:

H: Míra syndromu vyhoření je ovlivněná demografickými daty a přímo souvisí s informovaností, věkem a odslouženými léty.

### 7.3 Charakteristika zkoumaného souboru a jeho popis

Pro výzkum byli vybráni pracovníci Linky bezpečí, kteří působí na pozici konzultanta či samostatného konzultanta, to znamená, že jsou v přímém kontaktu s klienty. Celkový počet respondentů je 52. Vzhledem k tomu, že Linka bezpečí zaměstnává na zmíněných pozicích ke dni 26. 2. 2009 98 osob, se podařilo najít dostatečně velký vzorek respondentů, z něhož můžeme získat relevantní závěry. Oblast pomáhajících profesí je značně feminizována, z toho důvodu můžeme ve zkoumaném souboru vidět nepoměr mezi ženami a muži. Rozložení mužů je však odpovídající, protože LB je převážně dámský kolektiv. Z celkového počtu 52 respondentů je 8% mužů a 92% žen. Tento poměr ukazuje graf č. 1. Kromě tabulek uvádíme grafy pro lepší orientaci v údajích.

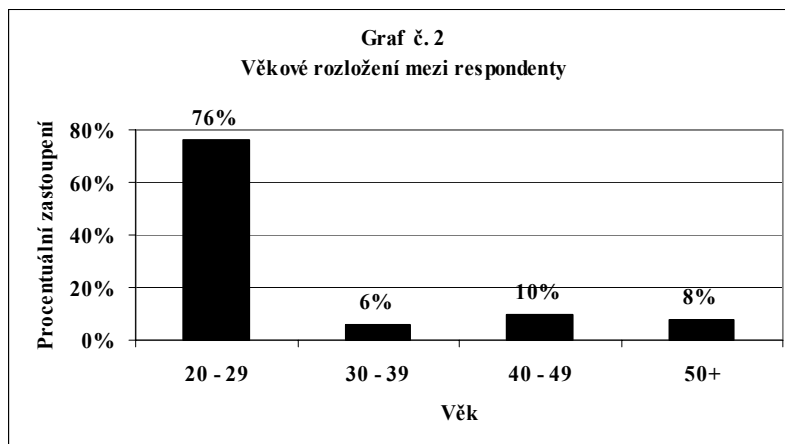


Následující tabulka (Tabulka č. 1) ukazuje další vybrané údaje o respondentech, jakými jsou vzdělání, odpracované roky na Lince bezpečí a informace, které respondenti o syndromu vyhoření mají.

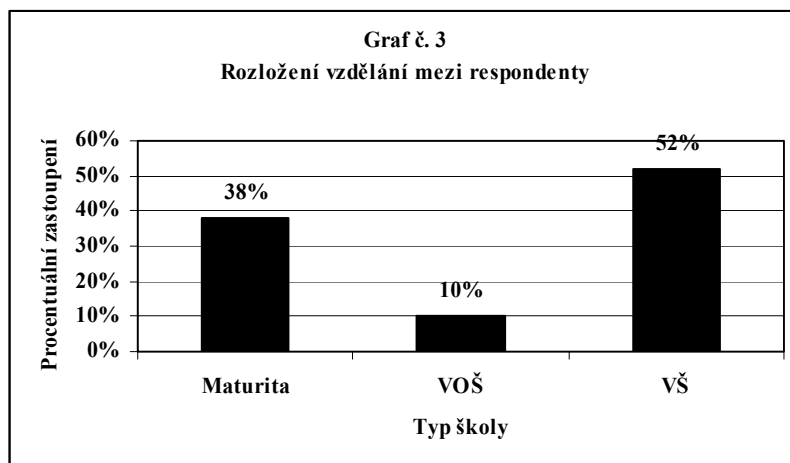
Tabulka č. 1

Věk		Vzdělání		Roky na LB		Informace o SV	
20 – 29	76%	Maturita	38%	< 1 rok	30%	Nevědí	–
30 – 39	6%	VOŠ	10%	1 – 3 roky	37%	Něco o tom slyšeli	6%
40 – 49	10%	VŠ	52%	4 – 10 let	30%	Vědí,	94%
50 +	8%			> 10 let	3%	z toho popsalo blíže	85%

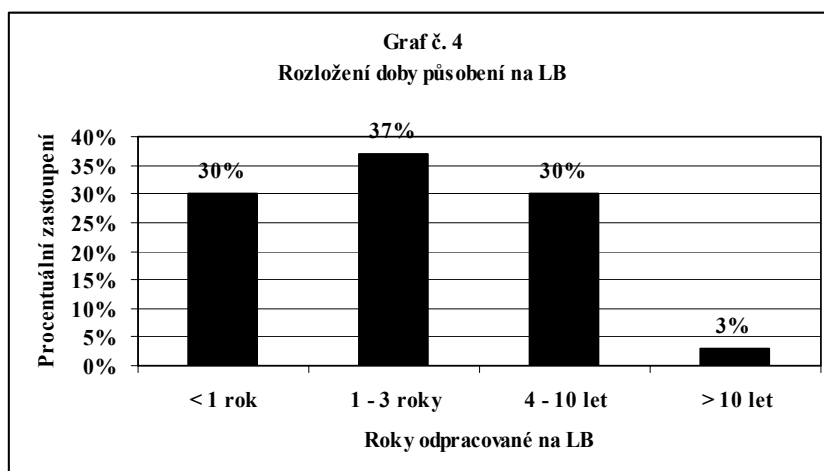
Na základě tabulky č. 1 předkládáme grafy pro lepší orientaci v údajích. Jak můžeme vidět v grafu č. 2, věková skupina 20 – 29 let tvoří tři čtvrtě dotazovaných pracovníků a výrazně tak převyšuje ostatní skupiny. Nejméně zastoupenou skupinou je hned ta následující, tedy 30 – 39 let.



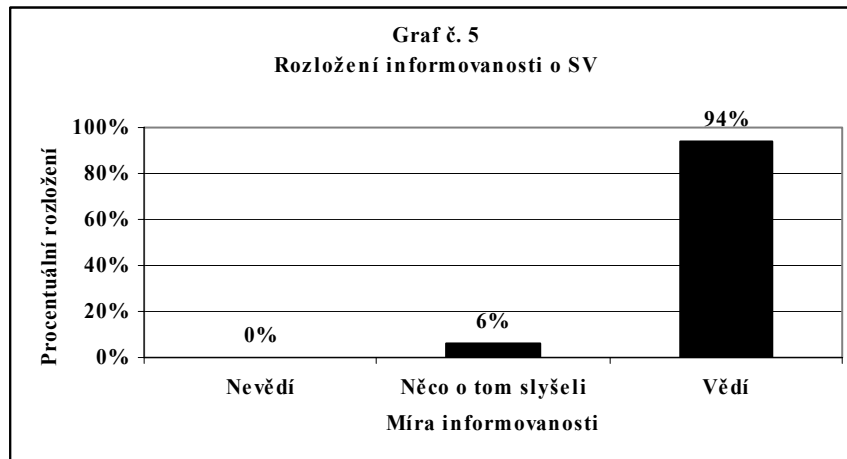
Stupeň vzdělání byl další výchozí informací, kterou zpracováváme v rámci údajů o respondentech. Více než polovina z nich má vzdělání vysokoškolské a mnoho respondentů z věkové kategorie 20 – 29 let na vysoké škole studuje. Graf č. 3 zachycuje rozložení vzdělání mezi respondenty.



Při hodnocení délky působení na Lince bezpečí jsme zjistili, že je poměrně rovnoměrně rozdělená. Z tohoto faktu můžeme usoudit, že lidé, kteří na LB nastoupí, nechápu své zdejší působení jako krátkodobou záležitost, ale věnují se jí řádově celá léta. Výrazně nízké zastoupení má skupina, v níž respondenti pracují na LB více než 10 let. Bližší informace podává graf č. 4.



Z celkového počtu dotazovaných má informace o syndromu vyhoření 94% respondentů. Z těch bylo 85% ochotno vypsát stručné informace, které o zmíněném fenoménu mají. Tato bližší charakteristika pojmu ve většině případů odpovídala tomu, jak syndrom vyhoření prezentují odborné i populárně naučné publikace. Bližší vyjádření dat nabízí graf č. 5.



#### 7.4 Výběr metody sběru dat

Při volbě nástroje, který míru syndromu vyhoření zkoumal, bylo zvažováno několik možností. Těmi dvěma základními bylo použít již standardizovaný dotazník, nebo zkonstruovat dotazník na míru pracovišti i této empirické práci. Jako lepší varianta byla vyhodnocena ta první. Nejenže dotazníky již několik let používané jsou metodologicky přesnější a již vyzkoušené časem, ale také mají konkrétní pravidla pro své vyhodnocování.

I po provedení této selekce zde zůstávala otázka, který ze standardizovaných dotazníků vybrat. Bylo na výběr z několika známých dotazníků, jež jsou k těmto účelům používány: Maslach Burnout Inventory, dotazník Burnout Measure („BM“) autorů A. Pinesové a E. Aronsona, dotazník E. Libigerové a dotazník M. Rushe. Po zvážení všech pozitiv a negativ uvedených dotazníků byl vybrán první ze zmíněných.

Dotazník BM A. Pinesové a E. Aronsona (Křivohlavý, 1998) se skládá z 21 otázek, kdy jednotlivá tvrzení respondent hodnotí na stupnici 1 až 7 podle míry výskytu uvedeného jevu (např. „Byl jsem šťasten“, odpověď na stupnici: nikdy, jednou za čas, zřídka, někdy, často, obvykle, vždy). I přesto, že je dotazník poměrně náročný na vyhodnocování, byl zvolen pro své klady. Těmi jsou například rozmanitost otázek a to, že nepůsobí příliš zjednodušeně.

Dotazník byl předložen všem pracovníkům během služby na LB vložení do jejich osobní složky. Tato cesta se zdála být nejefektivnější, co se týče návratnosti. Při zasílání emailem nebo při anonymním zanechání na pracovišti LB by-



chom museli počítat s jistou výběrovostí respondentů a malou návratností dotazníků. Dotazník byl primárně koncipován jako anonymní. Vyplněné dotazníky byly přiřazeny k ostatním a vyhodnocovány až v konečném počtu.

Dotazník byl předložen respondentům v následujícím znění:

Milí kolegové,

zdravím Vás a prosím o spolupráci s vyplněním dotazníku. Píši bakalářskou práci, která mapuje míru syndromu vyhoření na LB, a sháním co největší počet respondentů. Dotazník je anonymní, odpovídejte prosím v zájmu co největší objektivitu výzkumu pravdivě.

Za Váš čas a úsilí děkuje Eva Mašková.

### **První část dotazníku:**

Zaškrtněte prosím pravdivou odpověď.

#### **1. Jste:**

Žena

Muž

#### **2. Kolik Vám je let?**

do 20 let

20 – 29 let

30 – 39 let

40 – 49 let

50 a více let

#### **3. Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?**

vyučen/á

maturita

vyšší odborné vzdělání (pomaturitní studium ukončené absolutoriem)

vysokoškolské vzdělání

#### **4. Jak dlouho pracujete na pracovišti LB?**

méně než rok

1 – 3 roky

4 – 10 let

více než 10 let

**5. Víte, co je to syndrom vyhoření?**

vůbec nevím

něco jsem o tom slyšel/a, ale přesně nevím

ano, vím;

prosím stručně vypište: .....

**Druhá část dotazníku:**

Jak často máte následující pocity a zkušenosti?

Použijte prosím toto odstupňování:

1 ... nikdy

4 ... někdy

5 ... často

2 ... jednou za čas

6 ... obvykle

3 ... zřídka

7 ... vždy

Zvolenou hodnotu zakroužkujte.

- |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Byl jsem unaven.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Byl jsem v depresi (tísni).            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Prožíval jsem krásný den.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Byl jsem tělesně vyčerpán.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Byl jsem citově vyčerpán.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Byl jsem šťasten.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Cítil jsem se vyřízen (zničen).        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Byl jsem nešťastný.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Cítil jsem se uhoněn a utahán.        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Cítil jsem se jakoby uvězněn v pasti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Cítil jsem se jako bezcenný.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Cítil jsem se utrápen.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Tížily mne starosti.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

15. Cítil jsem se zklamán a rozčarován. 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7
16. Byl jsem slabý a téměř nemocen. 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7
17. Cítil jsem se beznadějně. 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7
18. Cítil jsem se odmítnut a odstrčen. 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7
19. Cítil jsem se pln optimismu. 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7
20. Cítil jsem se pln energie. 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7
21. Byl jsem pln úzkostí a obav. 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7

### **7.5 Způsob provedení výzkumu a metody vyhodnocení**

Výzkum byl prováděn v období od února 2008 do listopadu 2008 na pracovišti LB. Jak bylo popsáno výše, každému jednotlivému pracovníkovi byl vložen dotazník do jeho osobní složky. Instrukce, kontext a účel dotazníku a poděkování za spolupráci byly uvedeny přímo na dotaznících, takže nepotřebovaly slovní uvedení. Po vyplnění odevzdávali respondenti dotazníky na sběrné místo.

Dotazník byl vyhodnocován metodou, která byla stanovena v souladu s tím, jak je zkonstruovaný, a je uvedena v kapitole vyhodnocující druhou část dotazníku. Sebraná data byla vyhodnocována manuálně a všechny relevantní poznatky jsou uvedeny v přehledných tabulkách.

## 8. Vyhodnocení a interpretace dat

Následující kapitoly jsou věnovány informacím získaným výše popsaným sběrem. Jsou zpracovávány z různých hledisek tak, aby zjišťovaly pravdivost či nepravdivost hypotéz.

### 8.1 Vyhodnocení první části dotazníku

Bylo mnoho možností jak rozdělit respondenty do přehledných skupin, které by usnadnily srovnání mezi nimi. Po zvážení těchto možností (jakými bylo například třídění podle let odsloužených na LB, informovanosti o SV, věku či vzdělání) bylo nakonec vybráno třídění podle věku. Nejen, že je to údaj, který je respondentem nejméně ovlivnitelný, ale přímo koresponduje i s hypotézou 2. Všichni respondenti jsou tedy roztříděni do kategorií podle věku, jak ukazuje graf č. 2 uvedený výše. U respondentů je znemožněno určit věkový průměr, jakož i maximum, minimum či medián z důvodu škálové otázky, u níž respondenti vyplňovali na základě koncepce dotazníku věkový rozsah (např. 30 – 39 let). Výsledky z věkových kategorií jsou následující:

#### Věk 20 – 29 let (Tab. č. 2)

Tvoří 76% ( 40 osob) všech respondentů. 90% (36 osob) z toho jsou ženy, 10% (4 osoby) muži.

Tabulka č. 2

Vzdělání		Roky na LB		Informace o SV	
Maturita	47%	< 1 rok	28%	Nevědí	–
VOŠ	8%	1 – 3 roky	47%	Něco o tom slyšeli	5%
VŠ	45%	4 – 10 let	25%	Vědí,	95%
		> 10 let	–	z toho popsalo blíže	92%

Tři čtvrtě respondentů spadá do věkové kategorie do 29 let. Oproti jiným skupinám mají tito pracovníci častěji jen maturitní vzdělání. To je ve většině případů zapříčiněno tím, že ještě stále studují. Zhruba polovina respondentů nastoupila před maximálně třemi roky. Tato věková skupina byla také druhou nejochotnější, která se blíže rozepsala o Syndromu vyhoření. Zajímavé je, že všichni muži, kteří se stali respondenty tohoto výzkumu, jsou pouze v této věkové kategorii.

**Věk 30 – 39 let (Tab. č. 3)**

Tvoří 6% (3 osoby) všech respondentů. 100% z toho jsou ženy.

Tabulka č. 3

Vzdělání		Roky na LB		Informace o SV	
Maturita	–	< 1 rok	66%	Nevědí	–
VOŠ	–	1 – 3 roky	–	Něco o tom slyšeli	33%
VŠ	100%	4 – 10 let	33%	Vědí,	66%
		> 10 let	–	z toho popsalo blíže	100%

Všichni respondenti, kteří se nacházejí v této věkové skupině, mají vysokoškolské vzdělání. Dvě třetiny jich působí na LB méně než rok a třetina více než čtyři roky. Je překvapivé, že ani jeden respondent neuvedl působnost na LB 1 – 3 roky. Tato skupina patří také mezi nejméně informované o SV. Oproti tomu všichni, kteří o SV něco věděli, své vědomosti blíže popsali.

**Věk 40 – 49 let (Tab. č. 4)**

Tvoří 10% (5 osob) všech respondentů. 100% z toho jsou ženy.

Tabulka č. 4

Vzdělání		Roky na LB		Informace o SV	
Maturita	–	< 1 rok	40%	Nevědí	–
VOŠ	40%	1 – 3 roky	–	Něco o tom slyšeli	–
VŠ	60%	4 – 10 let	60%	Vědí,	100%
		> 10 let	–	z toho popsalo blíže	80%

Tato věková kategorie patří do druhé s nejnižším vzděláním, hned po skupině, kde je velké procento stále studujících. Stejně jako ve skupině předešlé, žádný z respondentů nepracuje na LB 1 – 3 roky. Ovšem co se znalostí o SV týče, patří spolu s následující skupinou k nejlépe informovaným.

**Věk 50 a více (Tab. č. 5)**

Tvoří 8% (4 osoby) všech respondentů. 100% z toho jsou ženy.

Tabulka č. 5

Vzdělání		Roky na LB		Informace o SV	
Maturita	25%	< 1 rok	25%	Nevědí	–
VOŠ	–	1 – 3 roky	–	Něco o tom slyšeli	–
VŠ	75%	4 – 10 let	50%	Vědí,	100%
		> 10 let	25%	z toho popsalo blíže	50%

Dvě třetiny respondentů jsou vysokoškolsky vzdělané. Polovina jich pracuje na LB od čtyř do deseti let. Je to také jediná skupina, kde někdo z dotazovaných udržuje pracovní poměr déle než deset let. Všichni respondenti jsou o SV informováni, ale patřili k těm nejméně sdílným, co se týče bližšího popsání SV. Celá polovina dotazovaných své vědomosti nesdělila.

## 8.2 **Vyhodnocení druhé části dotazníku**

Z vyplněných dotazníků bylo možné provést výpočet míry syndromu vyhoření BM u jednotlivých pracovníků. Toto vyhodnocení bylo provedeno dle autorů A. Pinesové a E. Aronsona z knihy J. Křivohlavého „Jak neztratit nadšení“ (1998).

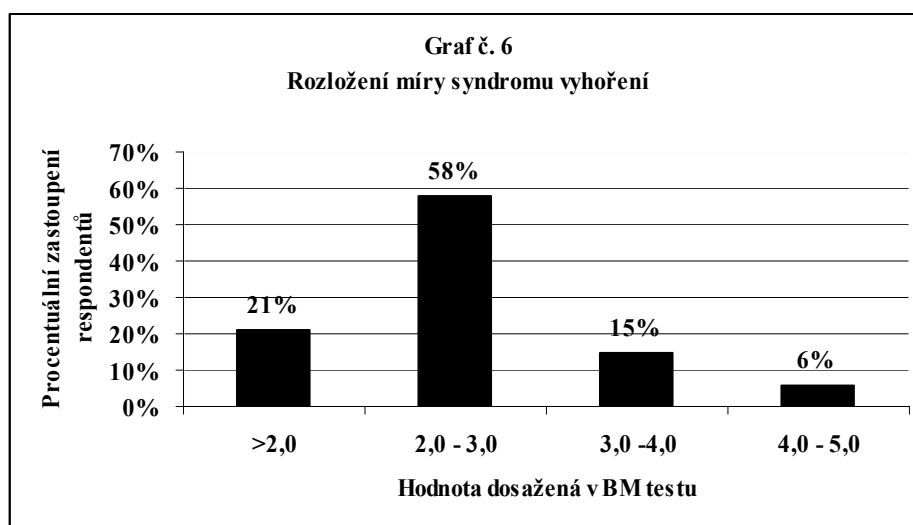
Získaná hodnota BQ vypovídá o míře syndromu vyhoření u jednotlivce a je možno ji následovně interpretovat (dle Křivohlavého 1998):

- je-li výsledná hodnota BQ = 2 a nižší, lze výsledek považovat za dobrý;
- dosahuje-li hodnota BQ = 2 až 3, lze výsledek hodnotit jako uspokojivý;
- je-li hodnota BQ = 3,0 až 4,0, doporučuje se zamyslet se nad svým životem, prací, ujasnit si žebříček hodnot, tj. toho, oč nám v životě jde, jaké cíle preferujeme, a to jak teoreticky tak zcela prakticky.

- dosáhne-li výsledek BQ = 4,0 až 5,0, lze považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou. Zde je již bezpodmínečně nutné odhodlat se k akci, např. obrátit se na psychologické středisko či na psychoterapeuta.

- je-li výsledek vyšší než BQ = 5,0, je nutné to považovat za havarijní signál. Je třeba rychle jednat a obrátit se na nejbližšího klinického psychologa či psychoterapeuta.

Výsledky získané od 52 pracovníků jsou uvedeny v následujícím grafu.



Abychom mohli získané výsledky blíže specifikovat, rozdělíme respondenty podle dosažených výsledků v BM testu a dále dle věku, pohlaví, doby odpracované na LB a informovanosti o SV. Vzdělání zde neuvádíme z důvodu větší přehlednosti a také proto, že tento údaj vzhledem k množství studujících respondentů není zcela relevantní. Následující skupiny jsou pouze čtyři, protože výsledku vyššího než BQ = 5,0 nikdo nedosáhl.

#### **Výsledná hodnota BQ = 2 a nižší (Tab. č. 6)**

Takový výsledek můžeme podle dat určených k vyhodnocení považovat za dobrý. Dobrého výsledku dosáhlo 11 respondentů z 52, což je 21%. Následující tabulka zachycuje strukturu skupiny, která dosáhla tohoto výsledku.

Tabulka č. 6

Věk		Pohlaví		Roky na LB		Informace o SV	
20 – 29	91%	Ženy	91%	< 1 rok	27%	Nevědí	–
30 – 39	0%	Muži	9%	1 – 3 roky	36%	Něco o tom slyšeli	9%
40 – 49	0%			4 – 10 let	36%	Vědí,	91%
50 +	9%			> 10 let	0%		

Nejlepších výsledků v míře psychického vyhoření dosáhla skupina s věkovou převahou do 29 let. Většina respondentů v této skupině byly ženy. Zajímavost můžeme vidět v údajích o letech strávených na LB. Předpoklad H3 se zatím tedy nepotvrzuje, protože skupinu nejméně vyhořelých nezastupují jen nováčci, jak bychom podle H3 předpokládali, ale i dlouhodobí pracovníci. Tato skupina patří i

k nejméně informovaným o SV v porovnání s ostatními skupinami, což může působit paradoxně.

#### Výsledná hodnota BQ = 2 až 3 (Tab. č. 7)

Takový výsledek lze rovněž považovat za uspokojivý. Dosáhlo jej 30 respondentů z 52, což je 58%. Následující tabulka zachycuje strukturu skupiny, která dosáhla tohoto výsledku.

Tabulka č. 7

Věk		Pohlaví		Roky na LB		Informace o SV	
20 – 29	73%	Ženy	93%	< 1 rok	36%	Nevědí	–
30 – 39	10%	Muži	7%	1 – 3 roky	30%	Něco o tom slyšeli	7%
40 – 49	10%			4 – 10 let	30%	Vědí,	93%
50 +	7%			> 10 let	4%		

V této skupině začíná být věk více zastoupen i jinou věkovou kategorií, než je ta do 29 let. Je však pravdou, že tato stále oproti ostatním kategoriím převažuje. Tato skupina je i druhou nejméně informovanou, co se týče syndromu vyhoření.

#### Výsledná hodnota BQ = 3 až 4 (Tab. č. 8)

Respondentům, kteří v BM testu dosáhli tohoto výsledku, se doporučuje zamyslet se nad svým životem, prací, ujasnit si žebříček hodnot, tj. toho, oč jim v životě jde, jaké cíle preferují, a to jak teoreticky tak zcela prakticky. Tohoto výsledku dosáhlo 8 respondentů z 52, což je 15%. Následující tabulka zachycuje strukturu této skupiny.

Tabulka č. 8

Věk		Pohlaví		Roky na LB		Informace o SV	
20 – 29	62%	Ženy	100%	< 1 rok	25%	Nevědí	–
30 – 39	0%	Muži	0%	1 – 3 roky	38%	Něco o tom slyšeli	0%
40 – 49	25%			4 – 10 let	38%	Vědí,	100%
50 +	13%			> 10 let	0%		

Pracovníci ve věku 20 – 29 let tvoří 62% této kategorie. Můžeme si všimnout, že je zde poměrně vysoké zastoupení respondentů ve věku 40 – 49 let. Žádný muž nevedl takové údaje, aby jeho výsledek odpovídal BQ = 3 až 4. Léta odsloužená na LB jsou opět poměrně rovnoměrně rozdělená a všichni respondenti této skupiny jsou o SV informováni.



**Výsledná hodnota BQ = 4 až 5 (Tab. č. 9)**

Takový výsledek můžeme podle dat určených k vyhodnocení brát jako prokázání přítomnosti syndromu psychického vyčerpání. Zde je již bezpodmínečně nutné odhodlat se k řešení příslušného problému, např. obrátit se na psychologické středisko či na psychoterapeuta. Tohoto výsledku dosáhli 3 respondenti z 52, což je 6% z celkového počtu respondentů. Následující tabulka zachycuje strukturu této skupiny.

Tabulka č. 9

Věk		Pohlaví		Roky na LB		Informace o SV	
20 – 29	100%	Ženy	66%	< 1 rok	0%	Nevědí	–
30 – 39	0%	Muži	34%	1 – 3 roky	100%	Něco o tom slyšeli	0%
40 – 49	0%			4 – 10 let	0%	Vědí,	100%
50 +	0%			> 10 let	0%		

Všichni respondenti v této skupině byli ve věku od 20 do 29 let, což je poměrně překvapivé zjištění a také to, že všichni s nejsilnější mírou syndromu vyhoření pracují na LB relativně krátkou dobu a všichni jsou o SV informováni. Dalším faktorem, který však musíme brát s rezervou, je vysoké procentuální zastoupení mužů. Ale vzhledem k tomu, že skupinu tvoří 3 respondenti, představuje 34% mužského zastoupení pouze jednu osobu.

## 9. Vyhodnocení výzkumu

### 9.1 Výzkumné otázky

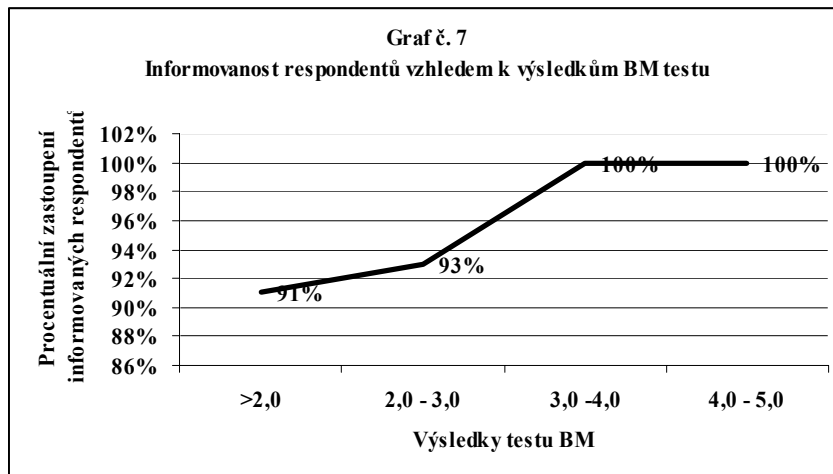
Hlavní výzkumná otázka zněla: Do jaké míry jsou pracovníci zasaženi syndromem vyhoření? Po vyhodnocení dat musíme konstatovat, že míra syndromu vyhoření je více než uspokojivě nízká. Celých 79% dotazovaných není zatím syndromem vyhoření ohroženo, což je pozitivní informace. Faktory, které mohou tento fakt ovlivňovat, jsou různé, například: samotní pracovníci, jejichž motivace je zavedla k povolání na LB, způsob přijímacího řízení na LB, supervize a intervize na LB a mnoho dalších.

Vedlejší výzkumná otázka zněla: Existuje vztah mezi demografickými daty a mírou vyhoření jedince? Tabulky uvedené výše nám tento vztah potvrzují. Avšak potvrzení je více než překvapivé. Ti jedinci, u kterých bychom čekali vyšší odolnost vůči SV (mladší věk, vysoká informovanost), byli syndromem vyhoření zasaženi naopak nejvíce. Konkrétněji se této otázce věnují následující dílčí hypotézy.

### 9.2 Hypotézy

H1: Jedinci méně informovaní o syndromu vyhoření jím budou zasaženi více než ti, kteří jsou informováni ve větší míře.

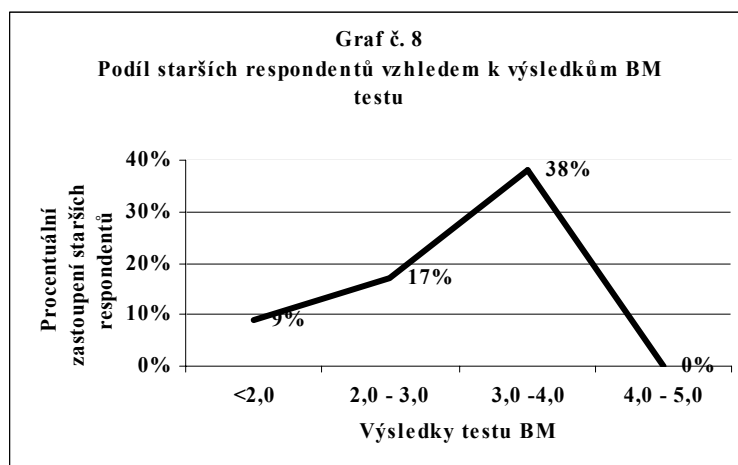
Tato hypotéza se nepotvrdila, v podstatě se potvrdil její pravý opak. Po studiu odborné literatury bychom očekávali, že ti, kteří jsou nejvíce informováni o syndromu vyhoření, mu budou moci nejvíce předcházet. Jedinci stoprocentně informovaní patřili k nejvíce psychicky vyhořelé skupině a skupině jí předcházející. Ti, kteří o syndromu věděli nejméně (91% respondentů ve skupině), dopadli v našem testování nejlépe. Může tedy být řeč o vztahu mezi informovaností a mírou postižení, ale ne taková, jakou jsme očekávali. Grafické znázornění výsledků vidíme na grafu č. 7.



V souvislosti s hodnocením těchto výsledků nás může napadat, že jedinci se o SV začnou zajímat teprve tehdy, když pocítí jeho příznaky na sobě samých. Ale je to jen domněnka.

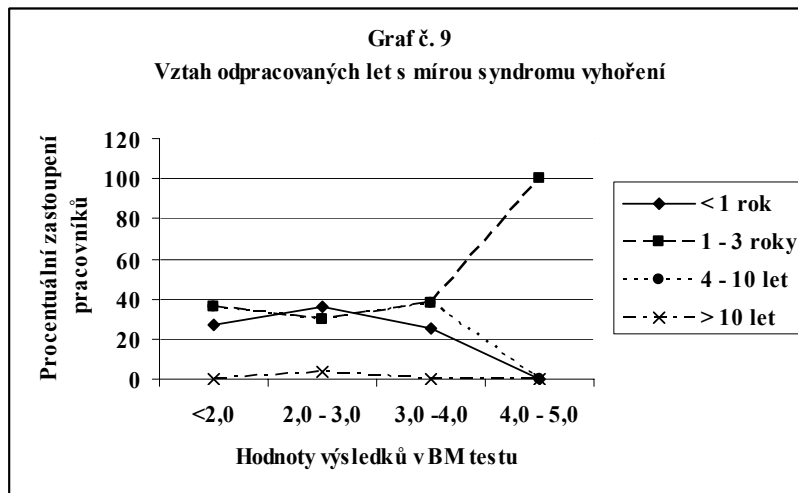
H2: Jedinci starší budou náchylnější k projevům syndromu vyhoření.

Pojem „starší“ je relativní, ale můžeme jej definovat na základě množství respondentů a jejich věku. Vzhledem k tomu, že máme čtyři věkové kategorie, zařadíme do skupiny „starší“ poslední dvě, tedy věkovou kategorii 40 – 49 a 50 +. Podle provedeného výzkumu roste poměr starších respondentů se zvyšujícími se projevy syndromu vyhoření. V kategorii nejvíce zasažených (4,0 – 5,0) však není ani jedna osoba, kterou jsme definovali jako starší. Je však těžké posoudit relevanci této informace, protože v nejvíce zasažené skupině jsou jen tři osoby. V grafu č. 8 můžeme vidět názorné zobrazení dat získaných naším výzkumem.



H3: Čím delší je doba působení jedince na pracovišti, tím větší je pravděpodobnost projevů syndromu vyhoření.

Na grafu znázorňujícím zkoumanou situaci můžeme přehledně pozorovat, jak jsou respondenti rozřazeni podle doby odpracované na LB náchylní k projevům syndromu vyhoření.



Jak je patrné z grafu, první tři kategorie se do hodnoty 3 – 4 výsledku v BM testu téměř překrývají. Rapidní rozdíl je zřejmý u pracovníků, kteří dosáhli v BM testu vyšší hodnoty než 4 body. Zatímco ti, kteří pracují na LB 4 – 10 let, nevykazují téměř žádné známky závažného vyhoření, u skupiny pracující na LB 1 – 3 roky můžeme pozorovat velké zhoršení projevů syndromu vyhoření. Ovšem při kvalitativní analýze těchto výsledků zjistíme, že to jsou pouze 3 jedinci z 52, kteří mají tak alarmující výsledek v BM testu. U jedinců pracujících na LB méně než 1 rok můžeme pozorovat postupné zlepšování ve výsledcích BM testu.

Získané výsledky lze tedy shrnout následovně: Syndromem vyhoření mohou být ohroženi i jedinci pracující na LB 1 – 3 roky. Jak ukazuje graf č. 4, tato skupina byla nejpočetnější – 37% všech respondentů. Nejméně jsou projevy SV zasaženi pracovníci působící na LB méně než 1 rok.

H: Míra syndromu vyhoření je ovlivněna demografickými daty a přímo souvisí s informovaností, věkem a odslouženými léty.

Jak ukázala data prezentovaná u dílčích hypotéz, demografické údaje skutečně souvisejí s mírou syndromu vyhoření. Informovanost neměla tak velkou preventivní hodnotu, protože jedinci nejvíce informovaní byli často i nejvíce za-

sažení syndromem vyhoření. Tento fakt může mít za následek i to, že jedinec zasažený se informuje o SV spíše než ten, kterého se SV prozatím netýká.

Věk, podle předpokladu, souvisel s výsledkem BM testu. Ve skupinách, jež dosáhly vysokého výsledku, byl větší podíl respondentů, které jsme označili jako „starší“. Ovšem nejznepokojivějšího výsledku, tedy 4,0 – 5,0, dosáhli jedinci z věkové kategorie nejmladší, což bychom mohli dále interpretovat například při kvalitativních rozhovorech s takto zasaženými jedinci.

Doba působení na LB zřejmě nemá jednoznačný vliv na rozvoj syndromu vyhoření. Ti, co slouží služby méně než rok, vykázali postupné zlepšování výsledků testu BM a umístili se tak jako nejméně vyhořelá skupina, zatímco jedinci pracující na LB 1 – 3 roky měli ve vyšších hodnotách výsledku skóre podstatně horší. Až na tyto malé výjimky se však pracovníci umísťovali na podobných příčkách, tedy vyvozování vztahu mezi léty odpracovanými na LB a projevy SV zde není úplně opodstatněné. Můžeme se však domnívat, že doba strávená na LB 1 – 3 roky je v jistém smyslu kritická a měla by vést k zamyšlení nad dalším kariérním zaměřením.

### **9.3 Doporučení pro sdružení Linka bezpečí**

Na základě sebraných, vyhodnocených a interpretovaných dat můžeme nastínit některé body, se kterými by mohli intervizoři, supervizoři a vedoucí pracovníci LB pracovat pro větší psychický komfort konzultantů a celkovou efektivitu práce.

Podle výsledků vidíme, že práce supervize a intervize má smysl a přispívá k prevenci rozvoje syndromu vyhoření. V praxi tedy musíme ocenit všechny faktory, s nimiž supervize pracuje, ať už to jsou náslechy, příposlechy či debriefingy po konci směny.

Může se jevit jako dobrý postup seznámit blíže pracovníky s fenoménem syndromu vyhoření a se zásadami duševní hygieny. Podle výsledků, kdy informovanost je nejvyšší právě u nejzasaženějších, by bylo nejlepší, aby všichni měli stejný přístup k informacím. Toho by se dalo v praxi dosáhnout manuálem dostupným na pracovišti LB, či školením, workshopem nebo přednáškou zakomponovanou do Plánu osobního rozvoje.

Za smysluplné považujeme celostní doporučení o větší aktivizaci pracovníků k prevenci syndromu vyhoření na pracovišti – ať už účastí na již organizovaných supervizích a poradách, či náměty na nové workshopy a interaktivní přednášky. Konzultanti mohou do prevence proti syndromu vyhoření zapojit i mimo-pracovní teambuildingové aktivity, které se poslední dobou staly velmi populárními pro svoji efektivitu.

Stále platí, že předcházení syndromu vyhoření je lepší než jeho léčba.

## 10. Diskuse

Tato bakalářská práce byla koncipována jako náhled na problematiku psychohygieny a syndromu vyhoření v konfrontaci s působením na dětské krizové telefonní lince Linka bezpečí. Teoretická část shrnuje nejdůležitější poznatky a fenomény, které se denně dotýkají každého pracovníka v pomáhající profesi, zdůrazňuje působící faktory a nastiňuje možné způsoby řešení čerpající z různých vědeckých východisek. Na konkrétní úrovni pracoviště Linky bezpečí pak ukazuje funkčnost a realizovatelnost těchto možností.

Empirická část vycházela z poznatků shromážděných v části teoretické. Na základě výzkumných otázek a stanovených hypotéz je možné rozdělit cíle empirické části do dvou okruhů:

1. Do jaké míry jsou pracovníci zasaženi syndromem vyhoření?
2. Je míra syndromu vyhoření ovlivněna demografickými daty a souvisí s informovaností, věkem a odslouženými léty?

Odpovědi na výzkumné otázky a potvrzování či vyvracení hypotéz byly realizovány na základě dotazníků metodou dotazníku Burnout Measure autorů Ayaly Pinesové a Elliotta Aronsona. Snad díky neformálnosti prostředí, otevřenosti a věnované péči o duševní zdraví, které na pracovišti obvykle panují, se nevyskytl problém s plněním dotazníků. Pracovníci byli poměrně sdílní a v několika případech se objevil i zájem o výsledky vyhodnocení dotazníků.

Z výzkumného vzorku, který čítal 52 respondentů, 79% z nich netrpí příznaky syndromu vyhoření. 15% respondentů na základě jejich výsledku můžeme doporučit zvážení současné pracovní pozice a zhodnocení svých kariérních cílů. U pouhých 6% (což činí tři osoby) bychom mohli považovat syndrom vyhoření za prokázaný. V tuto chvíli je u těchto respondentů bezpodmínečně nutná práce s tímto fenoménem, například v podobě návštěvy terapeuta, změny pracoviště atd.

Při porovnávání výsledků pracovníků Linky bezpečí a pracovníků jiných pracovišť bylo zjištěno, že výskyt syndromu vyhoření na pracovišti LB je spíše podprůměrný. Jak uvádí Morison ve svém výzkumu (Morison, R., 2006 in Neumannová, 2007), více než 40% zaměstnanců firem, kteří jsou ve středním věku,

mají pocity vyhoření. To v porovnání s 6% dosaženými na LB ukazuje na výraznou úspěšnost psychohygienických prvků na pracovištích pomáhajících profesí.

Při zjišťování souvislostí míry syndromu vyhoření s uvedenými demografickými daty jsme nezjistili žádnou významnou korelaci. Avšak tuto otázku musíme blíže definovat, protože nemůžeme všechna získaná data shrnout pod jedno-slovné označení „demografická“. Tato data fakticky výsledky neovlivnila, ale v dílčích složkách jsme jisté vztahy mohli nalézt. Mezi tzv. demografické faktory bychom rozhodně mohli zařadit i pohlaví. V této práci tomu nebylo tak kvůli pouhým 8% mužů mezi respondenty, což nepovažujeme za relevantní míru.

Paradoxně skupinou nejvíce zasaženou syndromem vyhoření byli jedinci, kteří vykazali největší informovanost. Zvyšující se věk skutečně potvrdil větší náchylnost k projevům syndromu vyhoření. Skupina nejméně ohrožená SV byla ta, jež pracovala na LB nejkratší dobu, tedy do jednoho roku. Jediným faktorem, který skutečně potvrdil vztah s mírou syndromu vyhoření byl tedy věk. Se vzrůstající hodnotou výsledku BM vzrůstal i podíl respondentů, které jsme označili jako starší.



## 11. Závěr

Tato bakalářská práce si kládla za cíl blíže popsat fenomén syndromu vyhoření a zmapovat jeho rozšíření mezi pracovníky Linky bezpečí. Telefonická krizová intervence poskytovaná dětem je spojena s velkou psychickou zátěží, a proto je potřeba umět syndromu vyhoření předcházet. Jeho pokročilá stadia se projevují duševním vyčerpáním jak na pracovišti v podobě apatie, averze ke klientům, neochoty spolupracovat s kolegy, tak i v osobním životě. Prevenci a léčbě syndromu vyhoření se věnují publikace a příručky, ale mnoho pracovišť popsané techniky nevyužívá.

Teoretická část této práce popisovala duševní zdraví, psychohygienu a syndrom vyhoření. Byla zaměřena především na popsání ohrožujících faktorů, které v některých případech mohou působit plíživě, a proto jim musíme věnovat zvýšenou pozornost. Vycházela z dostupné literatury a aktuálních článků, které se danou problematikou zabývají.

Praktická část mapovala za pomoci kvantitativního výzkumu míru vyhoření mezi zaměstnanci Linky bezpečí. Aby mohli kvalitně vykonávat svoji práci, je důležité, aby uměli předcházet syndromu vyhoření. Tuto dovednost, míru informovanosti a intenzitu výskytu syndromu vyhoření jsme zkoumali u 52 respondentů, kterým byl předložen dotazník Burnout Measure autorů Ayaly Pinesové a Elliotta Aronsona.

Výsledky výzkumu ukázaly, že 21% respondentů by se mělo zamyslet nad svými hodnotami a profesním zaměřením. Měli by zvážit, zda právě v pomáhající profesi se mohou zcela realizovat. Jak ukazují výsledky, 27% z těchto pracovníků (tedy 3 osoby) je ve stadiu, kdy by bylo nejlepší obrátit se na odborníka, například psychoterapeuta, který by jim s jejich situací mohl efektivně pomoci.

Překvapením bylo, že právě nejvíce „vyhořelí“ jedinci prokazovali nejvyšší informovanost. Budeme-li optimisté, můžeme tento fakt interpretovat jako snahu svému vyčerpání porozumnět a pracovat s ním. Vztah se prokázal i mezi věkem a mírou vyhoření. Podle výsledků se zdá, že syndromu vyhoření podléhají snáze lidé starší. Zvláště ti by si měli dávat pozor a snažit se s případnými příznaky vyhoření pracovat.

Při realizaci dalšího výzkumu bychom se mohli ptát, co konkrétně ohrožuje duševní zdraví pracovníků na pracovišti a tím přispívá k rozvoji či prohloubení vyhoření. Za výsledky těch, kteří vykazovali vysokou míru vyhoření, může stát například i osobní situace, jakou je problém v rodině, problém v druhém zaměstnání a podobně. Právě tyto faktory bychom mohli odhalit při kvalitativním šetření, například metodou rozhovoru. Tak by bylo možné zjistit i to, co pomáhá nevyhořelým respondentům k udržení duševní pohody.

V každém případě Plán osobního rozvoje, který zahrnuje následné vzdělávání v podobě přednášek, workshopů, bálintovských skupin, náslechů a dalších, má jistě své úspěchy a vysoká informovanost patří k jednomu ze základních prvků duševní hygieny.

V bakalářské práci byly popsány základní psychohygienické pojmy a zmapována míra vyhoření u pracovníků Linky bezpečí. Závěry, k nimž dospěla, mohou být přínosné i pro Sdružení Linka bezpečí. Může informovat všechny pracovníky o dosažených výsledcích a iniciovat pozitivní změny v přístupu k fenoménu vyhoření.

## Použité zdroje

- ATKINSON, R. L. et al.: Psychologie. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3.
- DRAPELA, J.: Přehled teorií osobnosti. Praha: Portál, 1997. 176 s. ISBN 80-7178-134-7.
- GREENE, G.: A Burn-out Case. Kingswood Windmill Press Ltd, 1961.
- HARTL, P.: Psychologický slovník. Praha: Budka, 1993. 296 s. ISBN 80-901549-0-5.
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J.: Vzpouza deprivantů. Praha: Makropulos, 1996. 303 s. ISBN 80-901776-8-9.
- KLOUDA, M.: Linka bezpečí 116 111. 2006, [www.linkabezpeci.cz/](http://www.linkabezpeci.cz/), vytištěno 10. 3. 2009; <http://www.linkabezpeci.cz/webmagazine/kategorie.asp?idk=194>.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Publishing, 1998. 228 s. ISBN 80-7169-551-3.
- MALLOTOVÁ, K.: Burn-out neboli syndrom vyhoření. Psychologie dnes, 2003, roč. 6, č. 2, s. 14–15.
- NAKONEČNÝ, M.: Lexikon psychologie. Praha: Vodnář, 1995. 397 s. ISBN 80-85255-74-X.
- NAKONEČNÝ, M.: Encyklopedie obecné psychologie. Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
- NEUMANNOVÁ, M.: 2007. Supervize / Intervize jako prevence syndromu vyhoření ve sdružení Linka bezpečí, diplomová práce, MUNI, Fakulta sociálních studií.
- SCHMIDBAUER, W.: Syndrom pomocníka. Praha: Portál, 2008. 234 s. ISBN 978-80-7367-369-7.

- SVOBODA, M.: Psychopatologie a psychiatrie pro psychology. Praha: Portál 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- SYŘIŠŤOVÁ, E. et al.: Normalita osobnosti. Praha: Avicenum, 1972. 232 s. bez ISBN.
- REITMAYEROVÁ, E.: Syndrom vyhoření. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
- VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, M.: Vývojová psychologie. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 353 s. ISBN 80-7184-803-4.
- VODÁČKOVÁ, D.: Krizová intervence. Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.
- VODÁČKOVÁ, D.: Supervizní systém České asociace pracovníků linek důvěry, 2004, /[www.capld.cz/](http://www.capld.cz/). vytištěno 12. 3. 2009; [http://www.capld.cz/soubor.php?klic\\_soubor=234](http://www.capld.cz/soubor.php?klic_soubor=234).