

Slezáčková, Alena; Říhová, Pavlína E.

Životní smysluplnost a interpersonální hodnoty jako protektivní faktory syndromu vyhoření u zdravotních sester

Annales psychologici. 2014, vol. 1 (15), iss. 1, pp. 45-60

ISSN 2336-4939 (print); ISSN 2336-8071 (online)

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/132191>

Access Date: 17. 02. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

Životní smysluplnost a interpersonální hodnoty jako protektivní faktory syndromu vyhoření u zdravotních sester

Meaningfulness of Life and Interpersonal Values in Relation to Burnout Syndrome among Nurses

Alena Slezáčková* / Pavlína E. Říhová

Psychologický ústav, Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Korespondenční autor: Psychologický ústav, Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, Arna Nováka 1, 602 00 Brno, email: alena.slezackova@phil.muni.cz

Abstrakt

Ústředním tématem studie je problematika syndromu vyhoření v souvislosti s životní smysluplností a interpersonálními hodnotami v populaci zdravotních sester. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda a v jaké míře souvisí míra smysluplnosti života s jednotlivými dimenzemi syndromu vyhoření, a které interpersonální hodnoty mají vztah k jednotlivým dimenzím syndromu vyhoření. Výzkumný soubor tvoří 96 zdravotních sester pracujících na psychiatrických odděleních psychiatrických léčeben a nemocnic v České republice. Použitými metodami je dotazník Maslach Burnout Inventory (Maslach, Jackson, 1981), Škála životnej zmysluplnosti (Halama, 2002) a dotazník interpersonálních preferencí SIPO (Mikšík, 2004). Součástí testové baterie byly i otevřené otázky. Výsledky analýzy dat potvrdily významné souvislosti mezi dimenzemi syndromu vyhoření a mírou smysluplnosti života. Míra smysluplnosti má statisticky významný pozitivní vztah k míře osobního uspokojení a negativní vztah k míře emocionálního vyčerpání a depersonalizaci. Z oblasti interpersonálních hodnot se jako protektivní faktory syndromu vyhoření jeví projevování dominance a projevování altruismu. Jako rizikové faktory syndromu vyhoření jsme prokázali hodnoty vyžadování uznávání i porozumění a rovněž projevování konformity. Zajímavé doplňující informace byly zjištěny pomocí analýzy odpovědí respondentek na otevřené otázky ohledně vnímaných pozitiv a negativ jejich práce a podpory duševního zdraví.

Klíčová slova:

syndrom vyhoření, smysluplnost, interpersonální hodnoty, zdravotní sestry

Abstract

The central topic of the study is the issue of burnout syndrome in relation to meaningfulness of life and interpersonal values in population of nurses. Main goal of this research is to determine the degree of correlation between meaningfulness and individual dimensions of burnout syndrome and to identify which interpersonal values correlate with individual dimensions of burnout syndrome in positive or negative way. The research sample consists of 96 nurses working in psychiatric wards of psychiatric hospitals in

the Czech Republic. For data collection we used Maslach Burnout Inventory (Maslach, Jackson, 1981) Scale of life meaningfulness (Halama, 2002) and the and SIPO inventory to assess interpersonal orientation and values (Mikšík, 2004). Results of this study proved the significant relations between burnout syndrome and meaningfulness. The degree of meaningfulness shows statistically significant positive relation to personal accomplishment and negative relation to degree of emotional exhaustion and depersonalization. Among the interpersonal values, manifestation of dominance and manifestation of altruism have been identified as protective factors of burnout syndrome. Values of requiring recognition and understanding as well as manifestation of conformity have been identified as risk factors. Interesting additional information were obtained through analysis of respondents' answers to open questions regarding the perceived positives and negatives of their work and mental health support by the employer.

Key words:

burnout syndrome, meaningfulness, interpersonal values, nurses

Životní smysluplnost a interpersonální hodnoty jako protektivní faktory syndromu vyhoření u zdravotních sester

Zkoumáním fenoménu syndromu vyhoření se zabývají vědci již několik dekad, a přesto zůstává i v současnosti stále aktuálním výzkumným problémem. Vzhledem k rostoucím nárokům výkonově zaměřené společnosti se navzdory snahám o prevenci a informování o rizicích syndromu vyhoření zvyšuje počet pracovníků, kteří mají s tímto fenoménem osobní zkušenost (Stock, 2010). Jednou z nejohroženějších skupin jsou pracovníci ve zdravotnictví, a proto jsme svou pozornost obrátili právě k této populaci. Hlavním cílem této práce je empiricky prozkoumat oblast vztahu dimenzí syndromu vyhoření k interpersonálním hodnotám a životní smysluplnosti u zdravotních sester, jež pracují na psychiatrických odděleních. Zajímalo nás nejen to, zda a nakolik spolu zkoumané proměnné souvisejí, ale především to, které oblasti prožívaných hodnot mohou sloužit jako protektivní faktory chránící před syndromem vyhoření a které jsou naopak rizikové. Pomocí analýzy odpovědí na otevřené otázky jsme se také snažily hlouběji nahlédnout do studované problematiky a lépe porozumět tomu, jaké pozitivní a negativní aspekty své práce respondentky nejčastěji uvádějí, a jakou roli v péči o jejich duševní zdraví hraje zaměstnavatel.

Syndrom vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví

Syndrom vyhoření je nejčastěji chápán jako prolongovaná reakce na chronické stresory v zaměstnání. Jedná se o stav vyčerpání, který ovlivňuje kognitivní procesy, motivaci a emocionalitu, zasahuje postojovou složku i výkonnost, a následně vzorce profesionálního chování (Kebza & Šolcová, 2003). Projevuje se řadou příznaků, z nichž nejvýraznější a nejtypičtější jsou tři základní symptomy: vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. Vznik syndromu vyhoření je vždy podmíněn souhrou vnitřních faktorů v osobnosti jedince a vnějších podmínek, přičemž každého člověka tyto faktory ovlivňují různou mírou (Stock, 2010).

Jedním z rizikových faktorů syndromu vyhoření, na kterém se shodují autoři řady prací, je zvýšená pracovní zátěž (Křivohlavý 1998; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001;

Rush, 2003; Stock, 2010). Přehled nejnovějších poznatků ve výzkumu syndromu vyhoření v sociálně ekonomickém – tedy pracovním – kontextu přináší Kebza a Šolcová (2013). Z protektivních faktorů syndromu vyhoření byly opakovaně potvrzeny souvislosti kvality sociálních vztahů a sociální opora (Pines & Aronson, 1988; Kebza, 2005), existenciálního naplnění (Tomic & Tomic, 2008) nebo pracovní zapálenosti (Kebza & Šolcová, 2013).

Příznaky syndromu vyhoření zahrnují oblast somatickou, psychickou i oblast sociálních vztahů (Kebza & Šolcová, 2003). Křivohlavý (2009) dělí příznaky syndromu vyhoření také na subjektivní a objektivní. Proces syndromu vyhoření se obvykle rozvíjí v několika fázích. Golombiewski, Munzenrider a Stevenson (1986) stanovili na základě tříkomponentové teorie syndromu vyhoření Maslachové (Maslach & Jackson, 1981) celkem osm stádií rozvoje syndromu vyhoření. Rozdělují je podle intenzity tří faktorů: emočního vyčerpání, depersonalizace a snížení pracovního výkonu.

Längle (2003) propojuje téma vyhoření s otázkou smysluplnosti života a člení proces průběhu syndromu vyhoření do tří fází. Pro poslední „fázi popela“, jež nastává tehdy, když člověk ztratí úctu nejen ke svým klientům ale i k sobě samotnému, je typická ztráta smyslu života. Vašina (2011) upozorňuje na skutečnost, že osoba s rozvinutým syndromem vyhoření obvykle také vykazuje vyšší míru somatických potíží, náchylnost k běžným nemocem, častější bolesti hlavy, zad anebo kloubů a zvýšené riziko abúzu.

Současné výzkumy syndromu vyhoření ve zdravotnictví naznačují, že k syndromu vyhoření dochází nejčastěji u pracovníků v hospicích, na jednotkách intenzivní péče, psychiatrii, neurologii, koronárních jednotkách a chirurgii (Ptáček & Čeledová, 2011). Studií zabývajících se faktory syndromu vyhoření u zdravotníků vznikla již celá řada (Schweitzer, 1994; Kirwan & Armstrong, 1995; Houkes, Winants, Twellaar, & Verdonk, 2011; Venglářová, 2011; Slezáčková & Pešková, 2013). Bressi a kol. (2009) uvádí, že k emočnímu vyčerpání, depersonalizaci a celkově k vyšší míře syndromu vyhoření dochází častěji u psychiatrů než u praktických lékařů. Podle S. Kumara (2007) dochází u psychiatrů k častějšímu rozvoji syndromu vyhoření také proto, že je zde vztah lékaře a pacienta zatížen silnými emocemi. U nás se nedávno výzkumem syndromu vyhoření u zdravotnického personálu zabýval R. Honzák (2009). Výzkumu se účastnili lékaři, zdravotní sestry a nižší zdravotnický personál. Lékaři vykazovali významně vyšší míru depersonalizace než zdravotní sestry a nižší personál, ale větší pracovní uspokojení než obě zmíněné skupiny. Několik tuzemských studií již mapovalo prevalenci syndromu vyhoření přímo u zdravotních sester na různých pracovištích (Šlaisová, 2004; Prokelová & Jarošová, 2013). Pohlová, Kozáková a Jarošová (2011) zkoumaly syndrom vyhoření u zdravotních sester ve vztahu k věku, vzdělání, rodinnému stavu, délce zaměstnání a náročnosti práce. Bylo zjištěno, že starší respondenty vykazovaly vyšší osobní uspokojení z práce. Neprokázala se souvislost mezi vyhořením a vzděláním či rodinným stavem, potvrzen však byl vztah s mírou pracovního stresu: sestry, které považovaly svou práci za více stresující, vykazovaly vyšší stupeň emocionálního vyčerpání. Havrdová a kol. (2010) se zaměřily na prozkoumání vztahu syndromu vyhoření a kultury organizace. Zjistily, že české sestry často považují hodnoty organizace za blízké svým vlastním, a že oproti pracovníkům v sociálních službách se cítí méně vytíženy, ale zároveň i méně oceňovány za svou práci.

Hosák a kol. (2005) zjistili, že zdravotní sestry pracující na psychiatrii jsou syndromem vyhoření zasaženy méně, než jejich kolegyně z interny. Možným vysvětlením může být, že zaměstnanci psychiatrických oddělení zřejmě postupně získávají poznatky o duševní hy-

gieně a účinné prevenci vyhoření, jež patří mezi významné protektivní faktory syndromu vyhoření (Ponižilová & Urbanovská, 2013).

Interpersonální hodnoty a smysluplnost jako protektivní faktory psychické zátěže

Hodnoty jsou těsně spjaty s rozvojem lidského myšlení a cítění, souvisí s naší schopností uvažovat o světě i o sobě samém (Rosenzweig, 1991). Na hodnotovou orientaci tedy lze pohlížet jako na určitý ukazatel životního směřování. Schwartz (1994) definuje hodnoty jako žádoucí cíle různé důležitosti, které slouží jako vodítka v životě člověka nebo celé společnosti. Mezi známé kategorizace hodnot patří Rokeachovo rozdělení hodnot na instrumentální a cílové (Rokeach, 1968) anebo Franklovo pojetí zahrnující hodnoty zážitkové, tvůrčí a postojové (Frankl, 1994). Hodnoty mohou být autotelické, zdůrazňující vlastní osobu člověka, heterotelické, které jsou orientovány směrem k druhým lidem anebo hypertelické, zaměřené k ideálům a nadosobním cílům (Kohoutek, 2002). Ze sociálního hlediska lze v hodnotách spatřit funkci sociální integrace a sociální racionalizace (Rosenzweig, 1991).

O. Mikšík (2001) chápe hodnoty jako vlastnosti předmětů a jevů, přičemž míru významu jim přisuzuje sám jedinec, který je hodnotí. Vychází ze strukturálně hierarchického modelu L. V. Gordona, který vymezil šest kritických interpersonálních hodnot osobnosti, jež zahrnují vztah jedince k druhým lidem i vztah ostatních lidí k dotčenému. Jedná se o podporu, konformitu, uznání, nezávislost, benevolenci a vůdcovství. Tyto hodnoty významně ovlivňují osobní, sociální, manželské i profesionální vztahy a chování jedince.

Jednou z důležitých hodnot je i potřeba smyslu. Většina autorů se shoduje v tom, že nacházení a vytváření smyslu života je jedním z podstatných aspektů lidského života, jenž významně napomáhá zvládnutí náročných životních situací (Baumeister, 1991; Frankl, 1994; Maslow, 2000; Längle, 2002; Yalom, 2006; Seligman, 2011). Přehled hlavních přístupů ke zkoumání životního smyslu uvádějí ve svých pracích J. Křivohlavý (2006) a P. Halama (2007).

Vzhledem k důležitosti výše uvedených konceptů pro kvalitu života jsme se rozhodli zkoumání souvislostí syndromu vyhoření propojit právě s tématy interpersonálních hodnot a životní smysluplnosti.

Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda a nakolik souvisí míra syndromu vyhoření v jeho jednotlivých dimenzích s interpersonálními hodnotami a prožívanou životní smysluplností. Mezi dílčí cíle patří ověření vztahu mezi mírou symptomů syndromu vyhoření a věkem, délkou praxe, náplní volného času, zájmy a udržováním fyzické i psychické kondice. Zaměříme se také na odhalení nejčastěji udávaných pozitivních a negativních aspektů zaměstnání respondentek a zjištění konkrétních způsobů podpory jejich duševního zdraví.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládal z 96 zdravotních sester pracujících na psychiatrických odděleních léčeben (PL) a nemocnic v České republice, a to konkrétně v PL Kosmonosy, PL Brno-Černovice, Krajské nemocnici Liberec a Fakultní nemocnici Brno. Průměrný věk respondentek je 42 let a pohybuje se v rozpětí od 23 do 66 let. Průměrná délka praxe respondentek ve zdravotnictví je 19 let (1 rok až 49 let praxe). Mezi respondentkami se nachází 16 % svobodných, 15 % žije v trvalém partnerství déle než jeden rok, nejvíce respondentek (53 %) je vdaných a 16 % dotázaných je rozvedených.

Metoda

K zjištění míry syndromu vyhoření jsme zvolili českou verzi dotazníku Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981). Dotazník obsahuje 22 položek a míru syndromu vyhoření zachycuje ve třech dimenzích: emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení, přičemž zachycuje jak intenzitu, tak frekvenci příznaků. Z dimenze emocionálního vyčerpání umožňuje dotazník vyčlenit jako samostatnou dimenzi fyzického vyčerpání, čehož jsme využili. U škály emocionálního a fyzického vyčerpání a u depersonalizace jsou patognomické vysoké hodnoty, pro škálu osobního uspokojení naopak nízký skór.

Smysluplnost života byla měřena Škálou životnej zmysluplnosti od slovenského autora P. Halamy (2002). Jedná se o kvalitní, dostatečně ověřený nástroj, který vychází z tříkomponentového pojetí smyslu Wonga a Rejera (Wong, 1998), obsahující kognitivní, motivační a afektivní komponentu. Škálu tvoří 18 výroků s odpověďovou škálou 1 až 5. Celkový skór se může pohybovat od 18 do 90 bodů, čím vyšší skór, tím více je život člověka naplněn smyslem.

Oblast hodnot byla prozkoumána Dotazníkem zjišťování interpersonálních tendencí, orientací a hodnot (SIPO), jehož autorem je O. Mikšík (2004). Dotazník je zaměřen na postihnutí interpersonální tendence či hodnotové orientace ve vztahu k lidem, s nimiž je respondent v reálném vztahu. Dotazník obsahuje šest škál: tři škály s hodnotami, které jedinec očekává od druhých, a tři, které sám projevuje: PZ = vyžaduje porozumění, UN = vyžaduje uznání, NZ = vyžaduje nezávislost, DM = projevuje tendenci rozhodovat a vést, KF = projevuje tendenci být konformní, AF = projevuje tendenci k altruismu. Položky se zodpovídají formou nucené volby mezi dvěma tvrzeními, vždy jsou konfrontovány 2 rozdílné hodnoty z výše uvedené šestice hodnot. Celkem se test skládá z 90 dvojic tvrzení. Výsledek lze porovnat s průměrnými hodnotami pro každé pohlaví zvlášť.

Sběr dat probíhal během měsíce února a března 2013. Dotazníková baterie byla rozdána respondentkám v tištěné podobě osobně nebo prostřednictvím hlavní sestry či psychologa zaměstnaných na pracovištích. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná a byla zachována anonymita respondentů. Získaná data jsme kvantitativně zpracovali pomocí statistických metod programu IBM SPSS Statistics.

Výzkumné otázky a hypotézy

V souvislosti s výzkumným problémem a cíli jsme si stanovili čtyři hypotézy a položili jsme si šest doplňujících výzkumných otázek, jež jsme pro přehlednost rozdělili do skupin podle tematických oblastí:

I. Souvislosti životní smysluplnosti a syndromu vyhoření

H1: Respondentky s vyšší mírou prožívané smysluplnosti vykazují statisticky významně nižší míru syndromu vyhoření v dimenzi emocionální vyčerpání.

H2: Respondentky s vyšší mírou prožívané smysluplnosti vykazují statisticky významně nižší míru syndromu vyhoření v dimenzi fyzické vyčerpání.

H3: Respondentky s vyšší mírou prožívané smysluplnosti vykazují statisticky významně nižší míru syndromu vyhoření v dimenzi depersonalizace.

H4: Respondentky s vyšší mírou prožívané smysluplnosti vykazují statisticky významně vyšší míru osobního uspokojení.

VO1: Které ze sledovaných proměnných (množství volnočasových aktivit, věk, délka praxe) mají statisticky významný vztah ke smysluplnosti?

II. Vztah interpersonálních hodnot a syndromu vyhoření

VO2: Které interpersonální hodnoty vykazují statisticky významný vztah s nižší mírou syndromu vyhoření?

VO3: Které interpersonální hodnoty vykazují statisticky významný vztah s vyšší mírou syndromu vyhoření?

III. Souvislosti syndromu vyhoření s dalšími sledovanými proměnnými (péče o zdraví, volnočasové aktivity)

VO4: Existuje souvislost mezi péčí o zdraví a fyzickou kondicí a mírou syndromu vyhoření?

VO5: Existuje souvislost mezi frekvencí a druhem volnočasových aktivit a mírou syndromu vyhoření?

VO6: Jakou roli v péči o duševní zdraví zdravotních sester hraje zaměstnavatel?

IV. Zhodnocení pozitivních a negativních aspektů práce zdravotní sestry

VO7: Jaká jsou respondentkami nejčastěji jmenovaná pozitiva a negativa jejich práce?

Výsledky

Výsledky analýzy souvislostí syndromu vyhoření a životní smysluplnosti (viz Tab. 1) poukazují na slabší, avšak statisticky významný negativní vztah mezi mírou smysluplnosti a frekvencí a intenzitou emocionálního vyčerpání. Statisticky významný je také negativní vztah mezi mírou smysluplnosti a frekvencí a intenzitou projevů depersonalizace. Respondentky s vyšší mírou prožívané smysluplnosti vykazují statisticky významně vyšší míru osobního uspokojení, a to jak v intenzitě, tak i ve frekvenci, přičemž se zde jedná o středně těsný pozitivní vztah.

Na základě výše uvedeného potvrzujeme hypotézy H1, H3 a H4, tj. že respondentky s vyšší mírou prožívané smysluplnosti vykazují statisticky významně nižší míru syndromu vyhoření v dimenzích emocionální vyčerpání a depersonalizace a vykazují také statisticky významně vyšší míru osobního uspokojení. Hypotéza H2 (Respondentky s vyšší mírou prožívané smysluplnosti vykazují statisticky významně nižší míru syndromu vyhoření ve složce fyzické vyčerpání) nebyla potvrzena, neboť statisticky významný vztah mezi zkoumanými proměnnými nebyl nalezen.

Tabulka 1

Přehled korelací mezi smysluplností a dimenzemi syndromu vyhoření (N=93)

Dimenze syndromu vyhoření	Míra smysluplnosti	
Intenzita	Emocionální vyčerpání	-0,274**
	Fyzické vyčerpání	-0,169
	Depersonalizace	-0,386**
	Osobní uspokojení	0,453**
Frekvence	Emocionální vyčerpání	-0,315**
	Fyzické vyčerpání	-0,166
	Depersonalizace	-0,394**
	Osobní uspokojení	0,408**

** Korelace je významná na 0,01 hladině.

Pearsonův korelační koeficient.

Dále jsme zjišťovali vztahy životní smysluplnosti k dalším sledovaným ukazatelům (množství volnočasových aktivit, věk, délka praxe).

Středně silný statisticky významný vztah byl nalezen mezi mírou smysluplnosti a množstvím zálib, kterým se respondentky věnují ($r = 0,460$; $p < 0,01$). Slabší statisticky významný vztah s mírou smysluplnosti vykazují proměnné věk ($r = 0,222$; $p < 0,05$) a délka praxe respondentek ($r = 0,223$; $p < 0,05$): s přibývajícím věkem a delší praxí míra prožívané smysluplnosti mírně vzrůstá.

Vztahy interpersonálních hodnot k míře syndromu vyhoření v jeho jednotlivých dimenzích opět uvádíme zvlášť pro škálu měřící intenzitu a frekvenci. Nejprve jsme provedli srovnání průměrných preferencí jednotlivých hodnot s průměrnými hodnotami pro ženy, které uvádí autor metody SIPO v příručce (Mikšík, 2004). Naše respondentky se vyznačují průměrnou mírou vyžadování porozumění a projevování altruismu. Podprůměrná je u nich míra vyžadování uznávání a mírně podprůměrná je také hodnota projevování dominance. Průměrných až mírně nadprůměrných výsledků naopak dosáhly v hodnotách vyžadování nezávislosti, avšak i v projevování konformity.

Odpovědi na výzkumné otázky č. 2 a 3 (Které interpersonální hodnoty vykazují statisticky významný vztah s nižší resp. vyšší mírou syndromu vyhoření?) jsou shrnuty v Tabulkách č. 2 a 3. S nižší intenzitou a frekvencí projevů syndromu vyhoření v dimenzích fyzického i emočního vyčerpání má statisticky významný vztah hodnota projevování dominance. Hodnota altruismus vykazuje slabý statisticky významný negativní vztah s frek-

vencí i intenzitou syndromu vyhoření v dimenzi depersonalizace. Vzhledem k frekvenci projevů syndromu vyhoření má hodnota altruismus statisticky významný vztah také s mírou osobního uspokojení. Naopak s vyšší mírou depersonalizace má statisticky významný vztah hodnota vyžadování uznávání, a to jak na škále měřící intenzitu, tak i frekvenci projevů dané složky syndromu vyhoření. Také hodnota vyžadování porozumění má s vyšší silou i frekvencí symptomů syndromu vyhoření slabý statisticky významný vztah, a to v dimenzích fyzické vyčerpání, emoční vyčerpání i depersonalizace. S nízkou mírou osobního uspokojení má dále slabý statisticky významný vztah hodnota projevování konformity, a to jak pro intenzitu tak i frekvenci symptomů vyhoření.

Tabulka 2

Vztahy interpersonálních hodnot a intenzity projevů syndromu vyhoření (N=96)

Interpersonální hodnoty	Emocionální vyčerpání	Fyzické vyčerpání	Depersonalizace	Osobní uspokojení
Porozumění	0,265**	0,318**	0,218*	-0,162
Uznávání	0,119	0,013	0,349**	-0,107
Nezávislost	0,037	-0,011	-0,008	0,004
Dominance	-0,272**	-0,337**	-0,135	0,132
Konformita	0,046	0,083	0,027	-0,205*
Altruismus	-0,077	0,050	-0,322**	0,175

* Korelace je významná na 0,05 hladině.

** Korelace je významná na 0,01 hladině.

Tabulka 3

Vztahy interpersonálních hodnot a frekvence projevů syndromu vyhoření (N=96)

Interpersonální hodnoty	Emocionální vyčerpání	Fyzické vyčerpání	Depersonalizace	Osobní uspokojení
Porozumění	0,305**	0,317**	0,227*	-0,036
Uznávání	0,161	0,015	0,326**	-0,079
Nezávislost	-0,036	-0,089	-0,011	-0,090
Dominance	-0,304**	-0,321**	-0,140	0,104
Konformita	0,100	0,129	0,010	-0,223*
Altruismus	-0,110	0,037	-0,288**	0,204*

* Korelace je významná na 0,05 hladině.

** Korelace je významná na 0,01 hladině.

Na základě prozkoumání dalších souvislostí syndromu vyhoření s ostatními sledovanými proměnnými (péče o zdraví, volnočasové aktivity, věk, délka praxe) bylo zjištěno, že respondenty, které aktivně udržují svou fyzickou kondici, vykazují nižší míru fyzického vyčerpání než respondenty, které tak nečiní. Respondenty, které uvádějí, že mají

dostatek volného času, vykazují nižší míru emocionálního i fyzického vyčerpání, jehož úroveň spadá do kategorie mírného vyčerpání, než respondentky, které svůj volný čas hodnotí jako nedostačující; ty spadají do kategorie vysokého vyčerpání.

Významnou souvislost jsme našli mezi množstvím zálib a osobním uspokojením (pozitivní vztah) i emocionálním vyčerpáním (negativní vztah). Přesto, že se jedná o slabý vztah, respondentky, které mají šest a více koníčků (41 % respondentek) spadají do kategorie mírné emocionální vyčerpání, na rozdíl od respondentek s menším počtem zálib, které spadají do kategorie vysokého emocionálního vyčerpání. V osobním uspokojení se také liší respondentky se šesti a více zálibami, jež jsou v horním pásmu mírného uspokojení, od respondentek s méně zálibami, jejichž míra uspokojení hraničí s nízkým pásmem.

Z demografických proměnných má slabý statisticky významný vztah k syndromu vyhoření proměnná věk, a to v dimenzi fyzické vyčerpání. Respondentky nad 40 let a s praxí delší jak 20 let se cítí více fyzicky vyčerpány než jejich mladší kolegyně. Vztah délky praxe a věku k jiným složkám syndromu vyhoření se nepotvrdil.

Výsledky kvalitativní části studie

Analýza odpovědí respondentek na otevřenou otázku ohledně percipovaných pozitiv a negativ současného zaměstnání ukázala, že nejvýznamnějším pozitivem práce zdravotní sestry je práce s lidmi, v tomto bodě se shodlo celkem 42 (44 %) osob. Dalším nejvýraznějším pozitivem je pomáhání druhým lidem (29 % respondentek). Třetí nejčastěji jmenovaný klad byl dobrý kolektiv a možnost sledovat zlepšení zdravotního stavu pacientů, na němž se shodlo 20 % respondentek. Nezanedbatelná část dotázaných (16 %) spatřuje hlavní (a často jediné) pozitivum v pravidelném příjmu za odvedenou práci.

Na dětském oddělení psychiatrické péče zdravotní sestry často uváděly, že je těšit být ve společnosti dětí, pracovat s dětmi a starat se o ně. Také uvedly, že práci vnímají jako smysluplnou, když vidí dosažený pokrok nebo „když se děti svěřují a mají ke mně důvěru, mohu jim pomoci“. Celkem 14 % respondentek uvedlo, že je práce zdravotní sestry baví. Mnohé z nich oceňují kreativní práci, různorodou náplň a nejednotvárnost práce („Nejedná se o stereotypní práci, náplň je různorodá a každý den v týdnu trochu jiný“, „Činnosti s pacienty jsou kreativní, práce není jednotvárná.“).

V odpovědi na otázku o vnímaných negativech svého současného zaměstnání si nejvíce zdravotních sester (42 osob, tj. 44 %) stěžuje na administrativní činnosti, o kterých sdělují, že „některé vedené záznamy zcela postrádají smysl“ a „kvůli vedení zbytečných evidencí nemáme čas na pacienty“. Druhým nejčastěji se vyskytujícím zápořem je nízký plat (40 % respondentek) následovaný pracovním stresem, který uvedlo 37 % respondentek.

Další často se vyskytující nepříznivá stránka v práci zdravotní sestry spočívá v obtížích, které způsobuje práce na směny („Míjíme se s manželem“, „Narušený biorytmus při nočních směnách“, „Trávím málo času s dcerou kvůli dlouhým směnám“). Tyto potíže udává celkem 23 % respondentek. Objevily se též stížnosti na špatný kolektiv na pracovišti („Nesoudržnost pracovního kolektivu“, „Neprofesionální chování kolegů a špatné vztahy“), organizační stránky práce („Je nás na oddělení málo a jsme unavené“, „Většinu stresu způsobuje vedení“) a nedostatek opory ze strany nadřízených („Není opora v nadřízených“, „Nezájem vedení o jednotlivce“).

Náplň své práce respondentky shledávají jako fyzicky náročnou a udávají nejčastěji tyto důvody: „Dlouhá doba práce ve stoje“, „Pochůzky“ nebo „Manipulace s obézními trvale ležícími pacienty“. Zdravotní sestry se také někdy na psychiatrických pracovištích necítí bezpečně. Uvádějí, že je tomu tak kvůli riziku „napadení agresivním pacientem“, „nedostatku mužů na pracovišti“, kteří by jim v případě potřeby rychle pomohli, a nutnosti „být s pacientem ve výtahu při doprovodu na vyšetření“.

Dále respondentky opakovaně uvedly mezi negativními stránkami své práce: „Nízké společenské i finanční ohodnocení“, „Malá úcta k povolání zdravotníků“, „Nedostatečné personální obsazení směn“ nebo „Pocity bezmoci, když pacient odmítá léčbu“.

Tázali jsme se také respondentek, co dělá zaměstnavatel pro jejich zdraví a co konkrétně by si od organizace, ve které pracují, přály získat, aby se cítily po zdravotní stránce lépe. Níže uvádíme souhrn jejich odpovědí.

Nejvíce zdravotních sester uvedlo, že nadřízení se o jejich zdraví starají ve formě preventivní prohlídky. Některé respondentky (6 %) dodávají, že tuto formu považují za dostatečnou („V rámci prevence, pro mě dostačující“), jiné (14 %) zase se současným stavem ostře nesouhlasí („Jen preventivní prohlídka dle zákona, jinak vůbec nic“, „Jen prevence nestačí“).

Čtvrtina respondentek (25 %) oceňuje zdarma nabízené očkování a 16 % je rádo, že jim nadřízení jsou nápomocni, když mají osobní problémy („Nabízení podpory při osobních problémech“). Dále se ukázalo, že zaměstnavatel pořádá různé výlety („Zájezdy do léčebných koupelí“, „Výlety do přírody“), tuto skutečnost nám sdělilo 12 % respondentek. Zmíněnou možnost sice mají jen na jednom z pracovišť, ale jsou s ní velice spokojeny.

Nezanedbatelná část dotázaných 20 % se však domnívá, že pro ně zaměstnavatel nedělá „nic“. Jen malá část dotázaných (6 %) uvádí, že se nadřízení zajímají o jejich psychickou pohodu, což spočívá v „dotazování se na aktuální psychický stav“ a „v případě potřeby nabízí volno na zotavení“, jiné (4 %) využívají supervizi.

Nejvíce respondentek (25 %) si přeje za účelem zkvalitnění péče od zaměstnavatele získat pravidelný přísun vitamínových přípravků. Další výrazný požadavek spočívá v řešení pocítovaného nedostatku personálu, 23 % dotázaných se domnívá, že je třeba obsadit směny více sestrami, aby měly dostatek času věnovat se pacientům a také aby nemusely pracovat ve zvláštním časově náročnějším režimu směnového provozu.

Třetí nejčastěji zmiňované přání se týká práce s kolektivem („Změnit se musí spolu-práce v kolektivu“, „Potřebovaly bychom lépe a bez urážek komunikovat a nepomlouvat se navzájem“). Objevily se náměty na stmelování kolektivu formou skupinové intervize na pracovištích za účelem rychlého řešení konfliktů a také potřeba vytvářet a posilovat přátelské vztahy mezi spolupracovnicemi, například formou společně stráveného času na společných zájezdech. Dále zazněly návrhy, že by organizace měla pracovníkům věnovat jednou ročně pobyt v lázních na zotavení nebo přidělovat poukázky na masáže a jiné wellness služby („Permanentky do fitcentra za určitou odpracovanou dobu“). Některé sestry (5 %), zejména ty, které nebyly spokojeny s prostředím pracoviště, si přejí útulnější a lépe vybavenou odpočinkovou společenskou místnost, především pro noční služby.

Pouhých 6 % respondentek uvádí, že je spokojeno se současným stavem péče o zaměstnance a nic dalšího nepotřebují.

Diskuze

Naše předpoklady formulované v hypotézách H1, H3 a H4, tj. že respondentky s vyšší mírou prožívané smysluplnosti vykazují statisticky významně nižší míru syndromu vyhoření v dimenzích emocionálního a fyzického vyčerpání a depersonalizace a vykazují také statisticky významně vyšší míru osobního uspokojení, se potvrdily. Hypotéza H2 (Respondentky s vyšší mírou prožívané smysluplnosti vykazují statisticky významně nižší míru syndromu vyhoření ve složce fyzické vyčerpání) potvrzena nebyla.

Výsledky ukazují, že zdravotní sestry, které vnímají život jako více smysluplný, prožívají emocionální vyčerpání a pocity depersonalizace méně intenzivně i méně často. Člověk, který vnímá svou práci jako vysoce smysluplnou, v ní zřejmě dokáže nalézat významné zdroje uspokojení, a to i přes obtíže, které s sebou práce přináší. S tímto přístupem pak nemá potřebu izolovat se od svých pocitů nebo si vytvářet odosobněný přístup k pacientům. Naopak při stavu depersonalizace, kdy se člověk necítí sám sebou a nemá dobrý kontakt se svými prožitky, lze jen těžko prožívat vyšší míru smysluplnosti. Respondentky, které vnímají svůj život jako smysluplný průměrně a nadprůměrně, vykazují mírné osobní uspokojení, zatímco jejich kolegyně s nižší mírou smysluplnosti v životě vykazují nízké osobní uspokojení.

Míra smysluplnosti však zřejmě nemá přímý vliv na fyzicky pociťovanou únavu. Domníváme se, že se člověk může cítit fyzicky unaven, a přesto ve své práci a v životě obecně spatřovat smysl, ale míra smysluplnosti prožitek námahy nesnižuje a zároveň ani malá ani velká fyzická náročnost sama o sobě prožívání smysluplnosti nezajistí.

Smysluplnost života, včetně schopnosti nalézat smysl ve své práci, se tak ukazuje být důležitým faktorem chránícím před rozvinutím syndromu vyhoření. Tato zjištění jsou v souladu s teorií i dřívějšími poznatky o významu smyslu a existenciálního naplnění pro kvalitu života a zvládání náročných životních situací (Frankl, 1997; Yalom, 2006; Tomic & Tomic, 2008; Křivohlavý, 2010; Seligman, 2011).

Co se týče statisticky významných souvislostí smysluplnosti a dalších sledovaných proměnných, tento vztah byl potvrzen u proměnných věk, délka praxe a počet volnočasových aktivit a zálib. Skutečnost, že respondentky s vyšším počtem zálib vykazují vyšší míru smysluplnosti, podle našeho názoru souvisí s psychohygienickým efektem aktivit, v nichž člověk nachází potěšení a odreagování, využívá při nich svých silných stránek a dosahuje prožitku flow, což významně souvisí s pocitem naplnění (Slezáčková, 2012).

S přibývajícím věkem míra smysluplnosti v našem výzkumném souboru mírně vzrůstá. Tento fakt si lze vysvětlit tak, že starší respondentky již mají v životě jasnější představu o svém místě v životě a jeho směřování. Podobným způsobem lze přistupovat k interpretaci vztahu smysluplnosti a délky praxe. Domníváme se však, že smysluplnost zvyšující se s délkou praxe je jednak ovlivněna věkem, jelikož s ním narůstá i délka praxe, a také tím, že respondentky, které v mladším věku zjistily, že v práci zdravotní sestry smysl nenachází, již možná praxi opustily.

V dalších výzkumných otázkách se tážeme, které interpersonální hodnoty mají statisticky významný vztah k syndromu vyhoření. Zjistili jsme dvě hodnoty, které lze chápat jako protektivní faktory syndromu vyhoření: jedná se o hodnoty projevování dominance a projevování altruismu. Dále jsme objevili tři hodnoty, které souvisejí s vyšší mírou syndromu vyhoření, shledáváme je tedy rizikovými. Jedná se o vyžadování uznávání, vyžadování porozumění a projevování konformity.

Předpokládáme, že respondentky, které projevují více dominance, se cítí méně emočně i fyzicky vyčerpané, protože jsou schopny se asertivně prosadit a nastavit na pracovišti takové podmínky a vztahy, ve kterých se budou cítit dobře. Je známo, že osoby s dostatečnou asertivitou a schopností prosadit své názory jsou k syndromu vyhoření méně náchylné (Kohoutek, 1997; Kebza & Šolcová, 2003). Dominantní člověk také obvykle nemívá problém říkat ne a odmítat úkoly navíc, pokud se domnívá, že by je nezvládl, což může být důvodem nižšího fyzického vyčerpání u dominantnějších respondentek.

Respondentky s výraznějším projevováním altruismu vykazují nižší depersonalizaci a částečně i vyšší osobní uspokojení. Toto zjištění si vysvětlujeme tak, že lidé s tendencí k altruismu jsou skutečně ochotni angažovat se pro druhé, jednají s nimi velmi lidsky, a proto se nestávají necitlivými ke svým pacientům, jinými slovy tedy méně trpí souborem příznaků, který označujeme jako depersonalizaci. Odměnou za vykonanou upřímnou pomoc jim jsou pocity naplnění či užitečnosti, jež se váží k vyšší míře osobního uspokojení.

Naopak respondentky s vyšší úrovní depersonalizace vykazují vyšší preferenci hodnoty vyžadování uznávání. Zdravotní sestry na psychiatrických odděleních se však vděku a uznání za svou práci od pacientů málokdy nedočkají, mnohdy musí naopak čelit stížnostem a nespokojenosti pacientů. Pokud je tedy pro respondentky odezva od jejich pacientů důležitá, není překvapením, že při negativní nebo žádné reakci budou zažívat frustraci, jež může postupně vést až k depersonalizaci.

Za zajímavé zjištění pokládáme komplexní souvislost hodnoty vyžadování porozumění se všemi negativními dimenzemi syndromu vyhoření. Statisticky významný vztah jsme zjistili ke složkám emocionální i fyzické vyčerpání a depersonalizace, považujeme tedy tuto hodnotu za výrazný rizikový faktor směrem k syndromu vyhoření. Osoby s vysokým očekáváním porozumění oceňují laskavé zacházení a shovívavost, povzbuzení, pochopení, ohleduplnost a sympatizující náklonnost. Chtějí, aby se druzí zajímali o jejich život a byli ochotni jim v případě potřeby pomoci (Mikšík, 2004). V případě dlouhodobé frustrace této potřeby a nenaplnění hodnoty porozumění může u těchto osob docházet k větší psychické zátěži a postupnému vyčerpání. Domníváme se, že se zde otevírá prostor pro intervence ze strany zaměstnavatele, především v oblasti efektivní komunikace a podpory kvality mezilidských vztahů na pracovišti.

Za třetí rizikový faktor z oblasti interpersonálních hodnot lze považovat hodnotu projevování konformity. Respondentky s výraznější hodnotou projevování konformity dosahují nízkého osobního uspokojení. Vzhledem k faktu, že respondentky s vyšší konformitou respektují autoritativní osoby a dělají většinou jen to, co je obecně schvalováno (Mikšík, 2004), se domníváme, že tak mnohdy činí i na úkor svých potřeb a přání, což se v dlouhodobém měřítku odráží v nízké míře spokojenosti.

Na základě prozkoumání souvislostí ostatních sledovaných proměnných z oblasti péče o zdraví a zájmů se syndromem vyhoření jsme zjistili, že respondentky, které udržují svou fyzickou kondici, vykazují nižší míru fyzického vyčerpání než jejich kolegyně, které o fyzickou kondici nedbají. Toto zjištění nepokládáme za prokázání vztahu mezi syndromem vyhoření a fyzickým stavem, jelikož je nasnadě, že fyzicky trénovaný člověk je po tělesné stránce méně unavitelný a vztah fyzické kondice s dalšími dimenzemi syndromu vyhoření prokázán nebyl. Zjistili jsme však statisticky významný vztah mezi množstvím zálib a osobním uspokojením (pozitivní vztah) i emocionálním vyčerpáním (negativní vztah). Potvrzuje se zde tedy, že naplnění volného času oblíbenou aktivitou (a volný čas sám

o sobě) je dobrou prevencí syndromu vyhoření, protože díky zálibám získává člověk i jiné oblasti, kde se může realizovat, nejen zaměstnání, a je pak odolnější vůči pracovnímu stresu (Praško & Prašková, 2001). Lidé, kteří odsouvají své vlastní zájmy, jsou syndromem vyhoření ohroženi více (Stock, 2010; Vollmerová, 1998). Zároveň výsledek může potvrzovat tvrzení, že osoby, které již syndromu vyhoření podléhají, žádný čas a sílu na aktivity ve volném čase již nemají (Křivohlavý, 1998; Vašina, 2011).

Ověřovali jsme též vztah syndromu vyhoření s věkem a délkou praxe, jenž se ukázal jako statisticky významný vztah pouze v dimenzi fyzického vyčerpání. Domníváme se, že toto zjištění nevypovídá o vztahu proměnné se syndromem vyhoření, jelikož s přibývajícím věkem (a tedy i praxí) člověku přirozeně ubývá fyzických sil. Tento závěr je také v souladu s tvrzeními Kebzy a Šolcové (2003), kteří rovněž pokládají věk i délku praxe za neutrální faktor. Naopak C. Maslachová (2001) ve své studii statisticky významný vztah mezi věkem a syndromem vyhoření prokázala, vyšší vyhoření vykazovali mladší a méně zkušení. Vztah věku k míře syndromu vyhoření zkoumaly také Slezáčková a Pešková (2013), které u souboru praktických lékařů odhalily nižší emocionální vyčerpání a depersonalizaci u mladších respondentů, starší zase byli více spokojeni. Vzhledem k velké rozdílnosti závěrů studií různých autorů se přikláníme k názoru, že proměnná věk není pro rozvoj syndromu vyhoření určující.

Hlavním cílem doplňujícího kvalitativního šetření bylo prozkoumání pozitivních a negativních stránek v náplni práce zdravotních sester. Mezi nejčastěji uváděná pozitiva v práci zdravotní sestry patří práce s lidmi, možnost pomáhat jim a vidět výsledky své práce. Oceňován je také dobrý kolektiv na pracovišti. Mezi méně častá, ale přesto opakovaně se vyskytující pozitiva patří práce v týmu, stabilní prostředí, možnost samostatně se rozhodovat, dále se vzdělávat, podpora od nadřízených a kladná odezva od pacientů. Na základě porovnání těchto výsledků se závěry studie Purkrábka a Čihákové (1972) zjišťujeme, že i s časovým odstupem čtyř desetiletí si české zdravotní sestry stále na své práci cení možnosti samostatného rozhodování a spolupracujících pacientů, kterým mohou pomáhat.

Z analýzy odpovědí na otázku ohledně negativních stránek zaměstnání vyplývá, že téměř každá druhá zdravotní sestra si stěžuje na příliš rozsáhlou administrativní složku náplně práce. Respondentky opakovaně uváděly, že z důvodu vedení mnoha evidencí jim zbývá málo času na pacienty, situaci navíc komplikuje málo pracovníků na jedné směně. U některých druhů záznamů dokonce dotázané pochybují o smyslu a účelu evidence. Právě této stránce práce by měla být věnována pozornost na příslušných vedoucích místech, neboť srozumitelnost a smysluplnost se ukazují jako důležité faktory optimálního pracovního výkonu (Krafft, 2012).

Dále respondentky uváděly jako záporné stránky zaměstnání nízký plat, silný pracovní stres a problémy zapříčiněné směnným provozem (narušení cirkadiánního rytmu, obtížná synchronizace nároků pracovního a rodinného života). Objevily se též stížnosti na špatný kolektiv na pracovišti, nedostatečnou vnímanou oporu ze strany nadřízených, fyzickou náročnost práce a snížený pocit bezpečí.

Ve všech zdravotnických zařízeních se o zdraví zaměstnanců pečuje ve formě každoroční povinné lékařské prohlídky, dále je rozšířená a oblíbená nabídka bezplatného očkování. Nezanedbatelná část dotázaných (20 %) však má pocit, že se zaměstnavatel o jejich zdravotní ani duševní stav nezajímá. Nedostatek uznání, který výrazně ovlivňuje celkovou míru stresu na pracovišti, nemusí spočívat jen v nedostatečném finančním ohodnocení,

ale také v pocitu pracovníka, že si dotyčného člověka ani jeho práce nadřazení neváží a nedovedou ho ocenit. Jedná se o závažný problém, který výrazně narušuje klima a praceschopnost organizace (Havrdová a kol., 2010).

Respondentky také často vyjadřovaly nespokojenost s kvalitou vztahů v pracovním kolektivu. V této souvislosti připomínáme, že problematický kolektiv, kde chybí kolegiální vzájemný respekt a soudržnost, bývá hodnocen jako vysoce zátěžový a podporující rozvoj chronického pracovního stresu (Stock, 2010). Domníváme se tedy, že větší důraz kladený na zlepšení mezilidských vztahů na pracovišti, ať již v podobě neformálních aktivit anebo supervize, by významně přispěl k vyšší duševní pohodě, pracovní spokojenosti a tím i prevenci syndromu vyhoření zaměstnanců.

Závěr

Cílem naší studie bylo přispět k porozumění tomu, nakolik souvisejí interpersonální hodnoty a životní smysluplnost s mírou syndromu vyhoření u zdravotních sester. Získané poznatky poukazují na protektivní vliv smysluplnosti a upozorňují na určité interpersonální hodnoty, jejichž preference souvisí s dimenzemi syndromu vyhoření. Výsledky ukazují, že smysluplnost má statisticky významný pozitivní vztah k míře osobního uspokojení a negativní vztah k míře emocionálního vyčerpání a depersonalizaci. Protektivními faktory syndromu vyhoření z oblasti interpersonálních hodnot jsou projevování dominance a projevování altruismu. Jako rizikové faktory syndromu vyhoření jsme prokázali hodnoty vyžadování uznávání i porozumění a rovněž projevování konformity. Výsledky kvalitativní části výzkumu, odhalující pozitivní a negativní faktory pracovního stresu, přinášejí hlubší vhled do studované problematiky a mohou posloužit jako inspirace vedoucím pracovníkům zdravotnických zařízení při snaze o zlepšování pracovních podmínek a celkového klimatu na pracovištích.

Jsmo si vědomi limitů naší práce, mezi něž patří skutečnost, že jsme respondenty z cílové populace vybírali formou příležitostného výběru. Nemůžeme tak zcela zaručit reprezentativnost výzkumného vzorku, jelikož lze předpokládat, že zejména osoby, které již jsou zasaženy určitou vyšší mírou syndromu vyhoření, se do výzkumu zapojit odmítly. Určitou roli ve výběru respondentek hráli také jejich nadřazení na jednotlivých pracovištích: někteří se k výzkumu stavěli velmi pozitivně, jiní nám šetření v organizaci vůbec neumožnili, čímž jsme přišli o možnost zařadit do studie více respondentů. Limitací naší studie je též nevyváženost vzorku dle pohlaví, jedná se pouze o ženy, což však odráží skutečný stav na daných pracovištích.

Za přínos této práce považujeme propojení syndromu vyhoření s tématy smysluplnosti a interpersonálních hodnot, o kterém se domníváme, že je v našich podmínkách ojedinělé. Domníváme se, že získané poznatky nejen že obohacují poznatkovou základnu v oblasti syndromu vyhoření, ale lze je také využít při tvorbě preventivních programů zaměřených na předcházení rozvoje syndromu vyhoření nejen pro zdravotní sestry, ale i pro jiná povolání ve zdravotnictví. Programy, které by využívaly intervencí změřených na prohlubování prožitku smysluplnosti a rozvíjení protektivních hodnot, by tak mohly být cenným doplněním v oblasti prevence syndromu vyhoření.

Reference

- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford.
- Bressi, C., Porcellana, M., Gambini, O., Madia, L., Muffatti, R., Peirone, A.,... & Altamura, A. C. (2009). Burnout among psychiatrists in Milan: A multicenter survey. *Psychiatric Services*, 60(7), 985–988. doi: 10.1176/appi.ps.60.7.985
- Frankl, V. E. (1994). *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- Halama, P. (2007). *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP.
- Halama, P. (2002). Vývin a konštrukcia Škály životnej smysluplnosti. *Československá psychologie*, 46,(3), 265–276.
- Honzák, R. (2009). Burnout u personálu Psychiatrické léčebny Horní Beřkovic. *Psychosom. časopis pro psychosomatickou a psychotherapeutickou medicínu*, 2. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=279
- Hosák, L., Hosáková, J., & Čermáková, E. (2005). Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků. *Psychiatrická praxe*, 6 (4), 202–203.
- Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. *BMC Public health*, 11(1), 240–252.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2013). Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*, 57 (4), 329–341.
- Kirwan, M., & Armstrong, D. (1995). Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *British Journal of General Practice*, 45, 259–260.
- Kohoutek, R. (2002). *Základy užité psychologie*. Brno: CERM.
- Krafft, A. (2012). The Management of innovations and personal well-being: A trans-disciplinary model and empirical finding. In S.N. Grosser & R. Zeier (Eds.), *Systemic management for intelligent organizations*, (pp. 99–119). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Praha: Grada.
- Kumar, S. (2007). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6(3): 186–189.
- Längle, A. (2003). Burnout – Existential meaning and possibilities of prevention. *European Psychotherapy* 4(1), 107–121.
- Längle, A. (2002). *Smysluplně žít: aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99 – 113.
- Maslow, A. H. (2000). *Ku psychologii bytia*. Modra: Persona.
- Mikšik, O. (2001). *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Mikšik, O. (2004). *Zjišťování interpersonálních tendencí, orientací a hodnot osobnosti dotazníkem SIPO*. Brno: Psychodiagnostika.

- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: causes and cures*. New York: The Free Press.
- Pohlová, L., Kozáková, R., & Jarošová, D. (2011). Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. *Praktický lékař, 91*(5), 274–277.
- Ponížilová, T., & Urbanovská, E. (2013). Výzkum protektivních faktorů ve vztahu k syndromu vyhoření v České republice a v zahraničí. *Klinická psychologie a osobnost, 2*(2), 5–17.
- Práško, J., & Prašková, H. (2001). *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada.
- Prokelová, P., & Jarošová, D. (2013). Syndrom vyhoření u sester na neurochirurgických odděleních. *Ošetřovatelství, 15*(2), 135–142. ISSN 1212–4117
- Ptáček, R., Čeledová, L. a kol. (2011). *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum.
- Purkrábek, M., & Čiháková, J. (1972). *Hodnotová orientace obvodních lékařů a sester*. Praha: Ústav sociálního lékařství a organizace zdravotnictví.
- Rokeach, M. (1968). The role of values in public opinion research. *Public Opinion Quarterly, 32*(4), 547–559.
- Rosenzweig, M. (1991). *Životní hodnoty*. Praha: Komenium.
- Rush, M. D. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish*. New York: Free Press.
- Slezáčková, A., & Pešková, K. (2013, červen). *Role of optimism and coping strategies in burnout syndrome in medical doctors*. Příspěvek prezentován na Third World Congress on Positive Psychology, Los Angeles, USA.
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada Publishing.
- Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing.
- Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the content and structure of values? *Journal of Social Issues, 50*(4), 19–45.
- Schweitzer, B. (1994). Stress and burnout in junior doctors. *South African Medical Journal, 84*, 352–354.
- Šlaisová, I. (2004). Máme se bát syndromu vyhoření? Výzkumná sonda. *Sestra, 14*(10), 35–36. ISSN 1210–0404.
- Havrdová, Z., Šolcová, I., Hradcová, D., & Rohanová, E. (2010). Kultura organizace a syndrom vyhoření. *Československá psychologie, 54*(3), 235–248.
- Tomic, W., & Tomic, E. (2008). Existencial fulfillment and burnout among principals and teachers. *Journal of Beliefs and Values, 29*(1), 11–27.
- Vašina, L. (2011). *Vademecum psychologie clinicae*. Brno: Institut mezioborových studií.
- Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada.
- Vollmerová, H. (1998). *Pryč s únavou*. Praha: Motto.
- Wong, P. T. P. (1998). Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile (PMP). In P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 111–140). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Yalom, I. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

