

PANUJE ROVNOVÁHA MEZI PRACOVNÍM ÚSILÍM A ODMĚNAMI U PROFESIONÁLŮ V DLOUHODOBÉ PÉČI?*

BLANKA JIRKOVSKÁ

Katedra sociologie, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

E-mail: blanka.jirkovska@email.cz

ABSTRACT

Is there a Balance between Work Effort and Rewards by the Professionals in the Long-Term Care?

Model Effort Reward Imbalance (ERI) belongs to the basic concepts of mapping workplace stress. It examines the relationship between the long-term subjectively perceived level of workers' effort and rewards and analyses the physical and psychosocial consequences of the (im)balance. We conducted verification of the ERI model on a sample of Czech professionals caring for the elderly in 2014 (N = 265). The survey included 12 facilities providing health and social services for the elderly. It was divided into 4 groups according to two criteria: facilities providing residential/field services and "medical" / "social workers". We found that the majority of professional caregivers suffer from imbalance between higher effort and lower rewards and this discrepancy is reflected in the reduction of their well-being. The level of imbalance differs among defined groups. The outputs correspond to foreign studies and confirm the validity of the ERI model.

Keywords: Effort Reward Imbalance Model; effort and rewards of employees; stress at workplace; well-being; workers in long-term care

Úvod

V rámci světových debat o veřejném zdraví v jednadvacátém století se vedou diskuse o klíčovém tématu stárnutí populace a potřebách spojených s dlouhodobou péčí. Téma je řazeno na seznam nových sociálních rizik (Průša, 2011, p. 9). Podle údajů Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) se mezi lety 2010–2050 v rámci členských zemí více než zdvojnásobí počet osob starších osmdesáti let, kdy ze současných 4 % vzroste na bezmála 10 % (Colombo & Mercier, 2011). Tyto zásadní změny demografického a sociálního charakteru navozují nutnost plánování procesů a forem zajištění dlouhodobé péče.

Kromě jiného bude potřeba také navýšit množství profesionálních pracovníků, ať už se zdravotní, nebo sociální kvalifikací. Jejich počet se má dle OECD do roku 2050 celosvětově zdvojnásobit a v České republice dokonce ztrojnásobit. Ačkoli se z hlediska ekonomického i psychologického jeví snaha o co nejdelší pobyt seniorů v důvěrně zná-

* Text vznikl v rámci programu PRVOUK P07 řešeného na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

mém domácím prostředí jako vhodnější, v mnoha případech není zajištění domácí péče dlouhodobě možné. V takovém případě je potřeba vyhledat odpovídající institucionální zařízení (Siegrist & Rödel, 2005). V současné době se český stát potýká s nedostatkem kvalitních zařízení dlouhodobé péče a také s nedostatkem kvalifikovaného personálu zajišťujícího jejich chod.

Tato stať propojuje hranice sociologie se sociální psychologií, teorií organizace, sociální prací a medicínou. Pojednává o vybraných aspektech pracovní situace českých profesionálů působících v dlouhodobé péči. Jejím cílem je přispět k diskusi o nedostatcích současného stavu dlouhodobé péče v České republice prostřednictvím výsledků výzkumu, který mapuje pracovní situaci ve vybraných zařízeních dlouhodobé péče v Praze a blízkém okolí.

V první části seznámíme čtenáře se dvěma teoretickými koncepty, které posloužily jako východiska. Jedná se o model mapující na jedné straně úsilí, které zaměstnanci při práci vynakládají a na druhé straně odměny, které za svou práci obdrží. Pocit nevyváženosti těchto dvou složek pak s sebou nese zdravotní a psychosociální následky. Druhý teoretický koncept se týká zmíněné psychosociální oblasti a zjišťuje, zda a v jaké míře pocítují zaměstnanci v dlouhodobé péči osobní pohodu.

Teoretické koncepty

Teoretické pozadí výzkumu zařítují dva vědecké koncepty: jednak Model Effort Reward Imbalance vytvořený v polovině 80. let 20. století J. Siegristem a jednak ukazatel well-being, u něž se ustanovil český ekvivalent „osobní pohoda“ (Kebza & Šolcová, 2005, 2004, 2003). V následující části textu postupně pojednáme podrobněji o obou zmíněných konceptech.

Model Effort Reward Imbalance

Model Effort Reward Imbalance (ERI)¹ zjišťuje pracovníky subjektivně vnímaný stupeň rovnováhy či nerovnováhy mezi jimi vynaloženým úsilím při práci na jedné straně a získanými odměnami na straně druhé. Model následně zkoumá pocítovanou (ne)rovnováhu a její vliv na zdravotní a psychosociální stav pracovníků.

Poprvé jej představil německý badatel specializující se na sociologii medicíny a zdraví, profesor Johannes Siegrist (*1943) v roce 1986. Ve stejném roce byla vydána první informace o modelu v článku *Biological and Psychological Factors in Cardiovascular Disease*, Springer, Berlin, 1986, pp. 104–126. Jak je z názvu článku patrné, model ERI byl původně vytvořen za účelem vysvětlení a predikce vzniku kardiovaskulárních chorob. Až od 1998 se začal používat i k jiným účelům, např. psychologickým, sociologickým a behaviorálním (Van Vegchel, De Jonge, Bosma & Schaufeli, 2005).

¹ Podrobný popis teoretického a metodologického pozadí modelu ERI a jeho praktického využití nabízí text autorky v předchozím čísle sborníku AUC, *Studia Sociologica XIX*, s názvem „Nerovnováha mezi úsilím zaměstnanců a odměnami: Model Effort Reward Imbalance“.

Model ERI čerpá z více teoretických zdrojů, které se týkají psychosociální oblasti a organizačních teorií. Podle teorie rovnosti (equity theory), kterou zavedl John Stacy Adams ve 20. letech 20. století, mají lidé tendenci vyhledávat ekvivalentní odměny za vynaložené úsilí (Huczynski & Buchanan, 2007). Na základě teorie sociální směny (social exchange theory), jež představil George Caspar Homans na začátku 60. let 20. století, se veškeré mezilidské vztahy tvoří pomocí subjektivní analýzy přínosů a nákladů a také srovnáváním různých možností v konkrétní situaci. Významným principem sociální směny, z něhož model ERI vychází, je sociální reciprocita. Sociální reciprocita se charakterizuje jako vzájemné investice (úsilí) vkládané aktéry do interakce založené na očekávání jejich návratu formou zisků (odměn). Pokud tato reciprocita selhává kvůli narušení očekávané rovnováhy mezi úsilím a odměnami, vyvolává u aktérů negativní reakce, které se přetvářejí na stres. Tento nerovnovážený stav Siegrist (2000) nazývá nedostatkem sociálních odměn (social reward deficiency).

Výzkum spjatý s ERI je součástí rozsáhlejší vědecké oblasti, která se zabývá studiem vlivu psychosociálních faktorů na lidské zdraví. Prostřednictvím specifických teoretických a metodologických nástrojů se analyzuje chování jedinců v klíčových sociálních rolích (role pracovní, rodinná, občanská) a jeho negativní dopady na zdraví.

Doposud se výzkum spjatý s ERI zaměřoval nejčastěji na roli práce, ostatní klíčové sociální role se zkoumaly spíše sporadicky.

Základní myšlenkou modelu ERI je tvrzení, že pracovník vkládá do své činnosti úsilí jako součást sociálně organizovaného procesu směny, který toto úsilí vyrovná adekvátními odměnami. Ty jsou ve společnosti šířeny pomocí tří přenosových systémů: peněz, ocenění (uznání) a možností vlastního rozvoje spolu s jistotou práce a zachováním pracovního statusu (někdy též nazýváno kontrola statusu).

Siegrist definoval tři hypotézy modelu ERI. Vnější hypotéza ERI (H1) tvrdí, že nerovnovážený stav mezi vysokým úsilím vloženým do práce a neadekvátně nízkými odměnami zvyšuje riziko zhoršení zdravotního stavu více, než samostatný vliv faktoru velkého úsilí a faktoru malých odměn na zdraví. Vnitřní hypotéza ERI (H2) říká, že lidé charakterizovaní vlastností nadměrné angažovanosti (overcommitment) mají vyšší riziko horšího zdravotního stavu. Interakční hypotéza ERI (H3) tvrdí, že relativně nejvyšší riziko špatného zdravotního stavu se očekává u jedinců, kteří jsou charakterizováni současně podmínkami prvních dvou hypotéz. Van Vegchel et al. (2005) v přehledové studii uvádí, že zatímco pro první hypotézu existuje dostatečná empirická podpora, výsledky verifikace druhé hypotézy kolísají a ke třetí hypotéze nebyla do doby jejich rešerše nalezena dostatečující empirická podpora.

Model ERI byl od svého vzniku použit v řadě studií s různým tematickým zaměřením. Jak jsme zmínili v úvodu, původně se sledovaly kardiovaskulární důsledky dlouhodobé nerovnováhy mezi vysokým úsilím a nízkými odměnami pocíťované zaměstnanci. Od konce devadesátých let dvacátého století se užití modelu rozšířilo na další oblasti, převážně spadající do působnosti sociologie medicíny a sociální psychologie.

Well-being

První úvahy o pojmu well-being (WB), chápaném ve smyslu prožitku radosti a štěstí, se rozvíjely již u antických filozofů. Aristoteles vnímal stav blaženosti (eudaemonía) jako nejvyšší dobro, které si může člověk zajistit svým jednáním. Součástí blaženosti byla podle Aristotelova učení i snaha o mravní dokonalost. Vědecký zájem o pojem well-being se nejprve objevil na poli psychologie. Postupně se WB začal přenášet do dalších disciplín, a to jak společenskovědních, tak přírodovědných. Své uplatnění nachází kromě filozofie a psychologie rovněž v sociologii, pedagogice, ekonomii, ale také v medicíně a jejích podoborech (Kebza & Šolcová, 2003).

V české terminologii se WB spojoval zejména s duševní pohodou, která ovšem jeho obsahový rámec překrývá pouze částečně. Kromě duševní dimenze obsahuje WB také dimenzi sociální a fyzickou. Proto se začalo užívat významově širšího slovního spojení **osobní pohoda**, jakožto českého ekvivalentu pojmu well-being (Kebza & Šolcová, 2003, p. 334). Tento překlad budeme zachovávat v celém textu.

V odborných studiích zkoumajících well-being neexistuje jednotné vymezení této veličiny. Autoři se liší v typu a počtu dimenzí, ze kterých se podle nich osobní pohoda skládá. Každá z dimenzí má rozličný počet složek, jež ji dle výzkumníků tvoří. Nejednotnost panuje rovněž ve vymezení prediktorů a determinant pojmu. Tato pestrá paleta návrhů, jak má být osobní pohoda definována, zpravidla ústí ve vytváření různých konstruktů, tvořených souhrnem těch dílčích součástí, které se výzkumníci rozhodnou zahrnout. Často je pak hodnota výsledného konstruktů vyjádřena formou indexu či škály.

Osobní pohoda je vnímána rozličnými způsoby v souladu se zaměřením na sociologii, psychologii, medicínu či ekonomii. V sociálních vědách bývá osobní pohoda často dávana do souvislosti s kvalitou života a životním stylem. Koncept kvality života přitom vyjadřuje nadřazenou kategorii, která je tvořena dvěma základními dimenzemi: subjektivní osobní pohodou a objektivní osobní pohodou. Subjektivní dimenze bývá zpravidla složena z těchto částí: psychická osobní pohoda, osobní zvládnání, sebeúcta a sebeuplatnění. Objektivní dimenze se skládá ze zdravotního stavu, socioekonomického statusu a z ukazatelů funkční kapacity organismu. Zmíněné součásti komponent se mohou dále členit na specifitější kategorie (Šolcová & Kebza, 2004). Významným sociálním aspektem ovlivňujícím úroveň well-being je sociální opora. Zkoumá se jak četnost sociálních vztahů a kontaktů jedince, tak jejich kvalita. Keyesová (1998) definovala rovněž její sociální aspekty. Rozlišila sociální integraci (jak člověk hodnotí své vztahy ke komunitě a společnosti), sociální akceptaci (jaký má člověk pohled na společnost a druhé), sociální přínos (jakou má člověk sociální hodnotu pro společnost), sociální aktualizaci (jaký má společnost vliv na svůj vlastní vývoj) a sociální soudržnost.

Výzkumy kombinující model ERI a well-being

Van Vegchel et al. (2005) vytvořili přehledovou studii monitorující 45 empirických výzkumů modelu ERI provedených v různých zemích světa mezi lety 1986–2003 včetně. Rozdělili tyto studie do tří tematických bloků, které byly vytvořeny dle charakteru sle-

dovaných výstupů. Jednalo se o výstupy fyzického zdraví, behaviorální a psychologické. Veličinu well-being zařadili do třetí zmíněné kategorie výstupů.

V rámci této skupiny autoři definovali dvě podkategorie. Jedna zahrnovala výzkumy zabývající se psychosomatickými příznaky, druhá se vztahovala na sledování pracovní pohody zaměstnanců. Kategorie psychosomatických symptomů obsahovala 16 studií, jež se týkaly fyzických příznaků s výraznější psychologickou podstatou. Jednalo se o rozličnou paletu témat, od psychického zdraví a depresí až po fyzické zdraví a muskuloskeletární symptomy. Většina těchto studií potvrdila, že nerovnováha ERI navyšuje riziko vzniku psychosomatických symptomů, a to v rozmezí jeden- až devatenáctkrát.

Druhá podskupina sledující pracovní pohodu zaměstnanců obsahovala sedm studií. Dotýkaly se témat syndromu vyhoření, emocionálního vyčerpání, pracovní spokojenosti a pracovní motivace zaměstnanců. Většina těchto výzkumů (šest ze sedmi) byla prováděna ve zdravotnických zařízeních, jelikož práce v nich je typická zvýšenými nároky na psychickou odolnost zdravotníků i nezdravotních pracovníků. V pěti studiích se prokázala spojitost mezi nerovnováhou ERI a nižší pracovní pohodou, doprovázenou emocionální vyčerpaností. Navíc, ve dvou studiích se potvrdil vliv veličiny overcommitment (nadměrná angažovanost) na nižší pracovní spokojenost, vyšší emocionální vyčerpanost a také zvýšený pocit depersonalizace.

Jedna z těchto studií se týkala souvislosti modelu ERI a syndromu vyhoření u zdravotních sester (Bakker, Killmer, Siegrist & Schaufeli, 2000). Autoři prováděli výzkum u 204 zdravotních sester v Německu. Testovali hypotézu, zda nerovnováha mezi vysokým vnějším úsilím (pracovními nároky) a nízkými vnějšími odměnami je spojena s burnout syndromem (syndromem vyhoření). Soubor analýz vyústil v potvrzení hypotézy. Sestry, které vykazovaly nerovnováhu ve smyslu dlouhodobě vysokých pracovních nároků a nízkých odměn skórovaly výše ve dvou ze tří klíčových dimenzí syndromu vyhoření (dimenze emocionálního vyčerpání a depersonalizace) oproti těm sestřám, které nerovnováhu nepociťovaly.

Další studii kombinující ERI a well-being publikoval v roce 2000 tým holandských výzkumníků v čele s Janem de Jonge. Posbírali data od velkého reprezentativního vzorku 11 636 holandských zaměstnanců. Osobní pohoda zde byla vytvořena jako souhrnný ukazatel zahrnující tyto komponenty: emocionální vyčerpání, psychosomatické zdravotní potíže, symptomy fyzického zdraví a pracovní spokojenost. I zde se potvrdila hypotéza, že dlouhodobá nerovnováha mezi vyšším pracovním úsilím a nižšími odměnami vede ke zhoršení osobní pohody (De Jonge, Bosma, Peter & Siegrist, 2000).

V roce 2001 vyšla studie Natasji van Vegchel a kol., kteří porovnávali vliv ERI a well-being u 167 pomocných pracovníků ve zdravotnictví. Well-being zde opět vystupuje jako veličina složená z několika ukazatelů: psychosomatických zdravotních potíží, symptomů fyzického zdraví, vyčerpání a pracovní spokojenosti. Výsledky hovoří ve prospěch hypotézy vlivu nerovnováhy ERI na zhoršení osobní pohody (Van Vegchel, De Jonge, Meijer & Hamers, 2001).

Autor modelu ERI Johannes Siegrist s kolegy publikoval v roce 2006 studii, v níž se zaměřili na vztah mezi kvalitou pracovního života, osobní pohodou a záměrem starších pracovníků předčasně odejít do důchodu. K analýzám využili data z rozsáhlého komparativního výzkumu zdraví, stárnutí a odchodu do důchodu v deseti evropských zemích

(SHARE – Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)². Zúčastnilo se 3523 mužů a 3318 žen. Osobní pohoda se skládala ze čtyř indikátorů: vlastního hodnocení zdravotního stavu, depresivních symptomů, kvality života a počtu uvedených tělesných symptomů. Výsledky ukázaly, že jak nízká úroveň kvality pracovního života (vyjádřená nerovnováhou ERI), tak nízká úroveň osobní pohody mají nezávislý vliv na záměr odejít předčasně do důchodu (Siegrist, Wahrendorf, Von dem Knesebeck, Jürges & Börsch-Supan, 2006).

Jeden z nejnovějších tematických příspěvků publikoval v roce 2013 finsko-německý výzkumný tým (Feldt, Huhtala, Kinnunen, Hyvönen, Mäkikangas & Sonnentag, 2013). Badatelé zkoumali, jak působí dlouhodobá nerovnováha ERI na well-being zaměstnanců a také na jejich psychické zotavení. Well-being obsahovalo dva klíčové indikátory: riziko vyhoření a pracovní angažovanost (work engagement). Studie byla založena na třech návazných šetřeních z let 2006, 2008 a 2010. Výzkumný soubor tvořilo 298 finských manažerů. Ukázalo se, že manažeři charakterizovaní vysokým úsilím a pocitem nedostatečných odměn měli vyšší náklonnost k vyhoření a také nižší schopnost psychického zotavení. Souvislost nerovnováhy ERI s pracovní angažovaností se však neprokázala. Autoři konstatovali, že model ERI má lepší schopnost vysvětlit indikátory související se stresem (syndrom vyhoření), než indikátory motivační (pracovní angažovanost).

Výzkumné otázky

Na základě výše uvedených poznatků jsme sestavili několik výzkumných otázek, jejichž cílem je ověření platnosti modelu ERI v kombinaci s konceptem well-being u vzorku pracovníků v dlouhodobé péči z Prahy a blízkého okolí.

První výzkumná otázka se ptá, jaký je vztah mezi modelem ERI a konceptem well-being u pečujících profesí v ČR. Ve většině dosud publikovaných studií byla totiž prokázána platnost hypotézy, že dlouhodobý subjektivní pocit nerovnováhy mezi vyšším pracovním úsilím a zároveň nižšími odměnami u pracovníků vyvolává pocit nižší osobní pohody oproti těm, kteří tuto nerovnováhu nepocítují (srov. Bakker et al., 2000; De Jonge et al., 2000; Siegrist et al., 2006; Van Vegchel et al., 2005, 2000). Nás tedy zajímá, zda tomu tak bude i v ČR.

Druhá výzkumná otázka zjišťuje, která z dimenzí well-being přispívá nejpodstatněji k vysvětlení modelu ERI. V našem pojetí členíme well-being na tři dimenze (fyzickou, sociální, psychickou), o nichž více pojednáváme v metodologické části textu.

Ve třetí výzkumné otázce se ptáme, zda se signifikantně liší úroveň nerovnováhy modelu ERI mezi úžeji vymezenými skupinami pracovníků v dlouhodobé péči. Pro naše účely jsme rozdělili výzkumný soubor na čtyři podskupiny, a to na (1) „zdravotnické“³ pracovníky v zařízeních institucionálního typu; (2) „zdravotnické“ pracovníky v zařízeních terénního typu; (3) „sociální“ pracovníky v zařízeních institucionálního typu; (4) „sociální“ pracovníky v zařízeních terénního typu.

² Komparativního výzkumu SHARE se zúčastnily tyto země Evropy: Rakousko, Německo, Švédsko, Nizozemí, Francie, Španělsko, Řecko, Itálie, Dánsko, Švýcarsko.

³ Výrazy „zdravotníci“ a „sociální“ pracovníci jsou záměrně uvedeny v uvozovkách, jedná se čistě o rozlišovací kritérium a nikoli o přesný termín specifikující dané skupiny profesí. Více o rozdělení výzkumného souboru do skupin je v části metody.

Domníváme se, že se mezi takto definovanými skupinami mohou projevit rozdíly ve vnímání pracovní zátěže a jejich vlivem na osobní pohodu respondentů. Pracovníci ze zdravotní versus sociální oblasti vykonávají jiné typy činností, mají odlišné kompetence a z toho vyplývající různou míru odpovědnosti. Také práce respondentů působících v institucionálních zařízeních oproti těm z terénních služeb dlouhodobé péče je v řadě ohledů nestejná.

Použitá data a metody analýzy

Kvantitativní části výzkumu, o níž tato stať pojednává, se zúčastnilo 265 osob. Informace o základním souboru jsou shrnuty v Tabulce 1.

Tabulka 1: Základní charakteristiky výběrového souboru

Základní charakteristiky výběrového souboru							
		N	%			N	%
Pohlaví	muž	22	8	Počet vyživovaných dětí	0	157	60
	žena	241	92		1	51	20
Věk	do 25	20	8		2	47	18
	26–35	40	15		3 a více	7	3
	36–45	77	30	Délka práce v oboru	méně než 1 rok	20	8
	46–55	75	29		1–3 roky	50	19
	56–65	45	17		4–10 let	91	35
	65 a více	1	0,4		11–15 let	50	19
					více než 15 let	50	19
Vzdělání	ZŠ	12	5	Délka práce v zařízení	méně než 1 rok	40	15
	SŠ bez maturity	55	21		1–3 roky	59	23
	SŠ s maturitou	125	48		4–10 let	95	37
	VOŠ	34	13		11–15 let	38	15
	VŠ bakalářské	21	8		více než 15 let	28	11
	VŠ magisterské	14	5				
Stav	svobodný/á	59	22	Pracovní pozice	nadřízený	80	31
	v manželství	136	52		podřízený	181	69
	ovdovělý/a	6	2	Návratnost dotazníků	61,5		
	rozvedený/á	61	23				

Zdroj: vlastní data

Sběr dat probíhal v několika vlnách od ledna do listopadu 2014. Jelikož jsme neusilovali o reprezentativitu vzorku pro Českou republiku, ale prováděli jsme metodologické ověření modelu ERI v kombinaci s konceptem osobní pohody, zvolili jsme nereprezentativní vzorek.

tivní výběr zařízení, konkrétně kombinaci záměrného výběru a metodu snowball. Některé zahraniční studie s cílem validizace modelu ve zdravotně sociálním prostředí využily podobný postup (Bakker et al., 2000; Van Vegchel et al., 2001). Tento způsob se osvědčil i z toho důvodu, že ne všechna oslovená zařízení dlouhodobé péče byla ochotná participovat a odvolání se na doporučení známé osoby mohlo přispět k vyšší ochotě jejich zapojení do výzkumu. Po domluvě s vedením zařízení byly pracovníkům rozdány dotazníky (podle volby v papírové či elektronické podobě). Limit na vyplnění byl obvykle dva týdny, v případě potřeby déle. Maximální doba však nepřesáhla měsíc. Po výběru vyplněných dotazníků a zpracování výsledků jsme pro každé zařízení vypracovali individuální stručnou výzkumnou zprávu s hlavními výsledky. V případě zájmu jsme provedli dodatečné podrobnější analýzy. Některá pracoviště projevila zájem o získání hromadných výsledků z dalších zúčastněných zařízení, aby viděla, jak si stojí při vzájemném porovnání.

Respondenti se skládali ze zaměstnanců různých typů služeb poskytujících dlouhodobou péči. Záměrně jsme oslovili široké spektrum poskytovatelů dlouhodobé péče, aby byl soubor co nejpestřejší. Celkem na výzkumu spolupracovalo 12 zařízení různého typu (některá zahrnují současně terénní pečovatelské služby a domácí ošetrovatelskou péči). Kromě jedné léčebny dlouhodobě nemocných, která sídlí ve Středočeském kraji, jsou všechna zařízení z Prahy. Spolupracovali jsme se dvěma léčebnami dlouhodobě nemocných (LDN), třemi terénními pečovatelskými službami, pěti agenturami domácí ošetrovatelské péče, jedním sociálně ošetrovatelským centrem, jedním domovem se zvláštním režimem, dvěma agenturami osobní asistence a jedním domovem pro seniory.

Při statistických analýzách jsme pro potřeby srovnání rozdělili zařízení na dva typy. Do institucionálního typu jsme zařadili léčebny dlouhodobě nemocných, sociálně ošetrovatelské centrum, domov se zvláštním režimem a domov pro seniory. Druhý typ, pracovně nazvaný terénní, obsahuje terénní pečovatelské služby, agentury domácí ošetrovatelské péče a služby osobní asistence.

Tabulka 2 poskytuje přehled pracovních pozic cílové skupiny a jejich počet.

Tabulka 2: Rozložení výzkumného souboru podle zastávané pracovní pozice

Pracovní pozice	Počet	%
1. registrovaná zdravotní sestra	90	34,2
2. zdravotní asistent/sanitář	33	12,5
3. vrchní/staniční sestra	10	3,8
4. sociální pracovník	25	9,5
5. pečovatel/pracovník v přímé obslužné péči	77	29,3
6. aktivizační pracovník	16	6,1
7. osobní asistent	8	3
8. pracovník úklidu	6	2,3
celkem	265	100

Zdroj: vlastní data

Z důvodu srovnání sledovaných charakteristik nejen celkově, ale i v rámci specifitěji definovaných skupin, jsme zvolili následující členění⁴:

Skupina 1 – „zdravotničtí“ pracovníci v zařízeních institucionálního typu (N = 96)

Skupina 2 – „zdravotničtí“ pracovníci v zařízeních terénního typu (N = 54)

Skupina 3 – „sociální“ pracovníci v zařízeních institucionálního typu (N = 56)

Skupina 4 – „sociální“ pracovníci v zařízeních terénního typu (N = 59)

Pro některé analýzy jsme využili méně podrobné členění souboru vždy na dvě podskupiny, a to na pracovníky „zdravotnické“ versus „sociální“ (bez ohledu na typ zařízení) a na pracovníky v institucích versus v terénu (bez ohledu na jejich „zdravotnické“ či „sociální“ zaměření).

Konceptualizace

V našem dotazníku jsme využili zkrácenou formu dotazníku ERI, která byla představena v manuálu Siegrista a Montana v roce 2012⁵. Autoři zde uvádějí, že tato verze originálního delšího dotazníku (označena ERI-S) je snáze použitelná zejména v rozsáhlých epidemiologických studiích (Siegrist & Montano, 2012, p. 1). Kratší dotazník se skládá z celkem šestnácti položek. Škála zjišťující míru pracovního úsilí se místo původních šesti položek skládá ze tří a škála mapující pracovní odměny se z jedenácti otázek zkrátila na sedm. Škála zjišťující osobnostní charakteristiku nadměrná angažovanost (overcommitment) čítá šest položek. Rozpětí škál se oproti předchozí delší verzi dotazníku sjednotilo; nyní se všechny komponenty hodnotí na čtyřbodové stupnici (silně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, silně souhlasím). Tato verze byla opakovaně validizována a uznána za hodnotnou náhradu původní verze dotazníku ERI, která obsahovala téměř dvojnásobek otázek (např. Leineweber, Wege, Westerlund, Theorell, Wahrendorf & Siegrist, 2010; Msaouel, Keramaris, Apostolopoulos, Syrmos, Kappos, Tasoulis & Siegrist, 2012). Výslednou veličinu ERI jsme vypočetli podle vzorce uvedeného v manuálu. Původní veličinu ERI jsme adjustovali, čímž se její výsledné hodnoty pohybují v rozmezí nula až sto. Tato procedura slouží k vzájemné porovnatelnosti výsledků měření ERI prostřednictvím různých variant dotazníků (dlouhá, zkrácená či modifikovaná verze). Pro účely logistické regrese jsme adjustovanou veličinu ERI ponechali v kardinální podobě, pro další analýzy jsme ji transformovali na ordinální veličinu sestávající z pěti hodnot. Kritériem rozdělení nám byly 20, 40, 60, 80 a 100 percentil.

Jak jsme zmínili v teoretické části textu, veličina well-being nemá v odborné literatuře jednotné vymezení a navíc je definována poměrně široce. Pro účely našeho výzkumu jsme

⁴ Mezi „zdravotnické“ pracovníky jsme zahrnuli vrchní, staniční a registrované zdravotní sestry a zdravotní asistenty/sanitáře. Mezi „sociální“ pracovníky jsme zahrnuli pracovníky v přímé obslužné péči, sociální pracovníky, aktivizační pracovníky, osobní asistenty a pracovníky úklidu. Do zařízení institucionálního typu počítáme léčebny dlouhodobě nemocných, domov pro seniory, sociálně ošetrovatelské centrum a domov se zvláštním režimem. Do zařízení terénního typu jsme zařadili poskytovatele terénních pečovatelských služeb, agentury domácí ošetrovatelské péče a zařízení osobní asistence.

⁵ Český překlad zkrácené verze dotazníku je dostupný z: <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/institute/institut-fuer-medizinische-soziologie/forschung-research/the-eri-model-stress-and-health/eri-questionnaires/questionnaires-download>.

se rozhodli rozčlenit osobní pohodu na tři dimenze (fyzická, psychická, sociální) a každou z nich reprezentovat indikátory, které se ve studiích opakovaně vyskytují. Do psychické dimenze jsme začlenili tři témata, z nichž jsme vytvořili souhrnnou veličinu. První téma syndromu vyhoření bylo měřené prostřednictvím české verze nástroje „burnout measure“ (Křivohlavý, 1998). Druhé téma se týkalo motivace pracovníků a měřili jsme ho přímou otázkou „Do jaké míry se cítíte být motivován/a ve své současné práci?“. Ačkoli existuje celá řada metodologických nástrojů, kterými se oblast motivace dá měřit, v našem případě jsme se rozhodli pro jednoduchou variantu sebehodnotící otázky. Naším cílem nebylo zmapovat objektivní motivovanost pracovníků, ale spíše prozkoumat jejich subjektivní pracovní nadšení jakožto doplňkovou informaci v psychické dimenzi osobní pohody. Třetí oblast se týkala pracovní spokojenosti respondentů a podobně jako předchozí byla zjišťována přímou otázkou. Fyzická dimenze sestávala z otázky na subjektivní posouzení zdravotního stavu během posledních dvanácti měsíců. V sociální dimenzi jsme formulovali dvě klíčové otázky sledující míru kolegiality a přátelské pracovní atmosféry. Ptali jsme se na subjektivní hodnocení pracovních vztahů; zvláště s kolegy a zvláště s nadřízenými. Respondenti měli možnost odpovědět na pětistupňové škále od „velmi dobře“ po „velmi špatně“.

Velichinu well-being jsme sestavili kombinací tří výše uvedených dimenzí jako souhrnnou veličinu, která nabývá hodnot nula až šest. Následně jsme pro účely logistické regrese provedli dichotomizaci. Arbitrárně jsme stanovili hranici mezi dobrou a špatnou osobní pohodou, přičemž dobrou vyjadřovaly výsledné hodnoty 0, 1, 2 a špatnou hodnoty 3, 4, 5, 6.

Hlavní zjištění

Analýza dat přinesla poznatek, který potvrzuje platnost první pracovní hypotézy o vztahu mezi modelem ERI a konceptem well-being u pečujících profesí v ČR, tedy že u respondentů se subjektivně pocítovanou dlouhodobou nerovnováhou mezi vyšším pracovním úsilím a zároveň nižšími odměnami se projevila nižší úroveň osobní pohody.

Tabulka 3 nabízí podrobnější analýzu vztahu mezi nerovnovázným stavem pracovního úsilí a odměn a osobní pohodou. Pro analýzu byla využita metoda logistické regrese. První sloupec tabulky značí rozdělení respondentů do skupin⁶. Druhý sloupec udává počet respondentů v jednotlivých skupinách. Třetí sloupec obsahuje poměr šancí horší osobní pohody u respondentů s nerovnováhou ERI vůči těm, kteří nerovnováhu mezi úsilím a odměnami nevnímají. Souhrnně můžeme říci, že u respondentů s nerovnováhou ERI je zhruba tři- až pětikrát vyšší šance horšího pocitu osobní pohody. Pokud se podíváme na celkový soubor respondentů, můžeme konstatovat, že u respondentů s nerovnováhou ERI je téměř třikrát vyšší šance nižší osobní pohody. V rámci čtyř definovaných podskupin se jako nejrizikovější adept na zhoršení osobní pohody ukázala skupina „zdravotnických“ pracovníků v terénu, u nichž je šance nižší pohody více než pětinasobná. Také skupina „sociálních“ pracovníků v institucích, kteří cítí velké pracovní úsilí, které není dostatečně kompenzováno odměnami, má téměř čtyřiapůlkrát vyšší riziko pocitu

⁶ SD = směrodatná odchylka; CI = interval spolehlivosti; NS = nesignifikantní

horší osobní pohody. Pouze u skupiny „sociálních“ pracovníků v terénních službách se neukázala statisticky signifikantní závislost mezi ERI a well-being. Dolní polovina tabulky je členěna na pracovníky „zdravotnické“ versus „sociální“ a na pracovníky v institucionálních zařízeních a pracovníky v terénních službách. I podle tohoto členění se prokázala platnost pracovní hypotézy. Navíc, rozdíly mezi odpověďmi pracovníků „zdravotnických“ versus „sociálních“ a institucionálních versus terénních jsou signifikantní. To znamená, že pracovníci „zdravotničtí“ vykazují signifikantně nižší osobní pohodu, než pracovníci „sociální“. Stejně tak, pracovníci v institucích dlouhodobé péče mají signifikantně nižší osobní pohodu oproti pracovníkům terénním.

Tabulka 3: Vztah mezi modelem ERI a well-being

Skupiny pracovníků	N	logreg ERI_WB OR, 95 % CI (SD)
Celkem	265	2,98 (0,22)
„zdravotničtí“ v institucích	96	3,51 (0,35)
„zdravotničtí“ v terénu	54	5,22 (0,7)
„sociální“ v institucích	56	4,43 (0,62)
„sociální“ v terénu	59	1,78 (0,44) NS
všichni „zdravotničtí“	150	3,22 (0,29)
všichni „sociální“	115	2,5 (0,36)
všichni v institucích	152	3,87 (0,3)
všichni v terénu	113	2,56 (0,38)

Zdroj: vlastní data

K zodpovězení druhé výzkumné otázky na to, která z dimenzí well-being přispívá nejpodstatněji k vysvětlení modelu, jsme využili Nagelkerkův koeficient determinace, a to jako kritérium vysvětlení modelu z hlediska závisle proměnné. V Tabulce 4 jej označujeme jako $*R^2$. Řeháková (2000, p. 479) uvádí, že v rámci logistické regrese se v programu SPSS využívají dva koeficienty determinace; kromě námi uvedeného Nagelkerkova ještě koeficient Coxové a Snella. Druhý jmenovaný má nevýhodu v tom, že nemůže dosáhnout maximální hodnoty jedna. U Nagelkerkova koeficientu je tento nedostatek ošetřen modifikací. Oba koeficienty se interpretují analogicky jako v lineární regresi.

Z pohledu na výši koeficientu determinace u jednotlivých dimenzí well-being uvedených v Tabulce 4 je patrné, že dimenze psychická (měřená pomocí rizika vyhoření, pracovní motivace a pracovní spokojenosti) nejvíce přispívá k vysvětlení modelu, a to téměř z 20 %. Při podrobnějším rozdělení souboru na skupiny lze konstatovat, že skupina 2, tedy „zdravotničtí“ pracovníci v terénu mají při pocitu nerovnováhy mezi vysokým úsilím a nízkými odměnami bezmála osmkrát nižší psychickou pohodu, v níž byl klíčový důraz kladen na riziko vzniku vyhoření. Zároveň pracovníci ze zdravotnické oblasti, ať už v institucích dlouhodobé péče, nebo terénních službách, mají při disbalanci ERI čtyřiapůlkrát vyšší riziko psychické nepohody než ti, kteří nerovnováhu necítí.

V pořadí druhou silnější vysvětlující oblastí osobní pohody je dimenze fyzická (měřená pomocí subjektivního ohodnocení zdravotního stavu během posledních 12 měsíců), která vysvětluje model z necelých 10 %. U skupiny „zdravotnických“ pracovníků v terénu je při skupinovém porovnání nejvyšší, více než čtyřnásobná, šance horšího zdravotního stavu při dlouhodobé nerovnováze pracovního úsilí a nižších odměn. I u skupiny „sociálních“ pracovníků v institucích dlouhodobé péče je šance horšího pocitu zdraví za podmínky nerovnováhy ERI téměř čtyřnásobná (3,81).

Poslední dimenze sociální (měřená pomocí otázek na kvalitu vztahů s kolegy a nadřízenými) nemá na model statisticky významný vliv. Jinými slovy, na vztahy na pracovišti nemá vliv dlouhodobě pocítovaná nerovnováha mezi úsilím a odměnami. Tomuto zjištění odpovídá poznatek, který jsme získali ve fázi předvýzkumu. Provedli jsme celkem šest skupinových diskusí s vybranými zaměstnanci v pěti zařízeních dlouhodobé péče. Účastníci opakovaně uváděli, že jsou pro ně dobré vztahy s kolegy a přímými nadřízenými zásadním motivačním činitelem a zároveň důležitým předpokladem pracovní spokojenosti. Pokud tyto vztahy nejsou dobré a vážne komunikace mezi vedením a zaměstnanci, odráží se to naopak v celkovém pocitu nepohody⁷. Pokud bychom zkoumali vliv nerovnováhy mezi nízkými odměnami a vysokým pracovním úsilím na kvalitu vztahů mimo pracoviště, mohli bychom předpokládat, že se vliv projeví. Toto však nebylo předmětem našeho zjišťování.

Vztahy na pracovišti tvoří významnou dimenzi subjektivní kvality pracovního života. Jak jsme již uvedli, kvalita života má velmi blízko k osobní pohodě, většinou je pojímána jako nadřazená kategorie. V reprezentativním výzkumu české populace ve věku 15+, který se týkal subjektivní kvality pracovního života,⁸ označili respondenti dobré pracovní vztahy s nadřízeným a kolegy za jednu z nejpodstatnějších dimenzí (Vinopal, 2011, p. 949).

Pro analýzu třetí výzkumné otázky na to, jak významně se liší úroveň ERI mezi skupinami, jsme spočítali průměrné hodnoty adjustovaného ERI koeficientu pro vyčleněné skupiny. Platí, že čím vyšší průměr ERI, tím vyšší riziko nerovnováhy. Následně jsme vytvořili kategorii „riziko ERI“, která v každé skupině určuje procentuální zastoupení těch, kteří mají nerovnovážený stav mezi vyšším úsilím a nižšími odměnami oproti těm, kteří mají buď pocit rovnováhy, nebo dokonce převahy odměn nad pracovním úsilím.

⁷ Následující citace od účastníků různých skupinových diskusí dokládají tvrzení o klíčové důležitosti dobrých a kolegiálních vztahů na pracovišti pro pocit osobní pohody. Poslední citace dokládá opačný efekt při nefunkční komunikaci mezi vedením a řadovými zaměstnanci.

„Myslím si, že když je dobrý kolektiv, tak jde pak všechno nějak snáz. Proto chodím i ráno o hodinu dřív do práce. Když si tam dáme kávu a probereme všechno, tak je člověk úplně zdravý. Taková ta doba, kdy všechno probereme a hned z vás vše spadne.“

„Já si myslím, že ten kolektiv je úplně nejdůležitější, s kým tam jsem, že si navzájem pomůžeme, že se podpoříme, když se něco děje. To je to nejdůležitější.“

„Člověk do té práce chodí rád, i když třeba ví, že tam je hodně práce, že tam jsou nepřijemnosti, ale když je dobrý kolektiv, všechno se dá zvládnout.“

„Tady je prostě v jistý sféře vedení uzavřené kruhy, takovej špunt a přes ten špunt se nedostanem. My jsme úplně dole a nahore ti nejvyšší mají stále pocit, že si tady žijeme v blahu, v blahobytu, že jsme spokojení s čimkoli; s penězma, jak se s náma zachází, jaký máme podmínky pro práci a tak dále. To oni si myslí. Ale přes ten špunt se to nedostane. To je všechno. Tak to tady funguje.“

⁸ Výzkum provedlo Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR v roce 2008. Zúčastnilo se ho 809 respondentů České republiky ve věku 15+.

Tabulka 4: Vztah mezi modelem ERI a jednotlivými dimenzemi osobní pohody

Skupiny pracovníků	N	logreg ERI_WB psychická OR, 95 % CI (SD)	logreg ERI_WB fyzická OR, 95 % CI (SD)	logreg ERI_WB sociální OR, 95 % CI (SD)
Celkem	265	3,2 (0,23) *R ² = 19,4 %	1,87 (0,17) *R ² = 9,7 %	1,19 (0,14) NS *R ² = 1 %
„zdravotničtí“ v institucích	96	4,29 (0,4)	1,86 (0,23)	1,18 (0,42) NS
„zdravotničtí“ v terénu	54	7,84 (0,76)	4,3 (0,66)	1,36 (0,31) NS
„sociální“ v institucích	56	2,77 (0,53) 94,5 % CI	3,81 (0,57)	1,64 (0,58) NS
„sociální“ v terénu	59	1,71 (0,44) NS	1,42 (0,38) NS	1,12 (0,45) NS
všichni „zdravotničtí“	150	4,53 (0,34)	1,85 (0,2)	1,2 (0,16) NS
všichni „sociální“	115	2,0 (0,33)	2,1 (0,34)	1,27 (0,34) NS
všichni v institucích	152	3,93 (0,31)	2,0 (0,21)	1,18 (0,18) NS
všichni v terénu	113	2,95 (0,41)	2,13 (0,35)	1,27 (0,25) NS

Zdroj: vlastní data

Odpovědi na třetí výzkumnou otázku nabízí Tabulka 5. Při posouzení rozdílnosti průměrů ERI mezi čtyřmi definovanými skupinami pracovníků výrazně vyčnívají „zdravotničtí“ pracovníci v institucích, u nichž je nerovnováha nejvyšší. Tato hodnota se statisticky významně liší od hodnot zbývajících tří skupin, jejichž průměry jsou podobné. Při druhém typu rozdělení výzkumného souboru (na A: pracovníky „zdravotnické“ versus „sociální“ a na B: pracovníky v institucích versus v terénu) se ukázalo, že pracovníci „zdravotničtí“ mají signifikantně vyšší nerovnováhu úsilí a odměn oproti „sociálním“ pracovníkům a pracovníci v institucích mají signifikantně vyšší nerovnováhu úsilí a odměn oproti těm pracujícím v terénních službách.

Z pravého sloupce Tabulky 5 můžeme vysledovat, že pocit dlouhodobé nerovnováhy mezi vyšším pracovním úsilím a nižšími odměnami se vyskytuje u 46–68 % respondentů. Nejvyšší zastoupení respondentů trpících pocitem vysokého úsilí vkládaného do práce a neadekvátně nízkých odměn je mezi „zdravotnickými“ pracovníky v institucionálních zařízeních dlouhodobé péče. Tento pocit vyjádřilo 68 % z nich. Konkrétně se jedná o registrované zdravotní sestry a zdravotní asistenty v léčebnách dlouhodobě nemocných. Tento výsledek lze doložit v českém prostředí nežádoucí skutečností, kdy jsou některé státní LDN vnímány jako relativně levná forma „odkladiště“ seniorů⁹, kteří se ze zdravotních, finančních, rodinných a dalších důvodů nemohou po hospitalizaci vrátit domů, nebo do jiného typu zařízení dlouhodobé péče. Paradox nedostatku pracovníků, vysokých nároků na jejich práci (ať už ze strany vedení organizace, pacientů či jejich příbuzných) spolu s pocitem nízkého ocenění a vysokým pracovním stresem může vést ke snížení kvality poskytovaných služeb a k vyššímu stupni nespokojenosti personálu.

⁹ O této problematice pojednává např. článek publikovaný 10. 11. 2011 v Lidových novinách, dostupný z: http://relax.lidovky.cz/ldn-zvane-lidske-odkladiste-co-je-spatne-f0r-/zdravi.aspx?c=A111109_163536_ln-zdravi_glu

Tabulka 5: Úroveň ERI u jednotlivých skupin výzkumného souboru

Skupiny pracovníků	N	Průměr adjust ERI (SD)	Riziko ERI % (N)
Celkem	265	1,34 (1,15)	57 % (150)
„zdravotničtí“ v institucích	96	1,67 (1,48)	68 % (65)
„zdravotničtí“ v terénu	54	1,12 (1,04)	46 % (25)
„sociální“ v institucích	56	1,14 (0,68)	52 % (29)
„sociální“ v terénu	59	1,17 (0,85)	53 % (31)
všichni „zdravotničtí“	150	1,47 (1,36)	60 % (90)
všichni „sociální“	115	1,16 (0,76)	52 % (60)
všichni v institucích	152	1,48 (1,27)	62 % (94)
všichni v terénu	113	1,14 (0,94)	49 % (54)

Zdroj: vlastní data

Závěr

V závěrečné části příspěvku shrneme nejpodstatnější výsledky popsaného výzkumu a upozorníme na jeho limity. V rámci verifikace modelu ERI a jeho propojení s konceptem well-being na populaci českých pracovníků v dlouhodobé péči se ukázalo, že hlavní předpoklady tohoto modelu jsou pro zkoumanou populaci platné. Znamená to, že u těch pracovníků pečujících o seniory, kteří v dlouhodobější perspektivě cítí nerovnováhu mezi vyššími pracovními nároky a nižšími odměnami, se tento nesoulad projevuje také ve snížení osobní pohody.

Pocit dlouhodobé nerovnováhy ve smyslu vyššího úsilí a nižších odměn u zkoumaného souboru pracovníků převládá (57 %). U tří definovaných podskupin tato nerovnováha dokonce převyšuje hranici 60 %. Nejvíce zatíženou skupinou jsou dle našich zjištění „zdravotničtí“ pracovníci v institucích dlouhodobé péče (68 %). Další rizikovou skupinou jsou všichni respondenti pracující v institucích (62 %). Třetí skupinou na hranici 60 % nerovnováhy ERI jsou všichni „zdravotničtí“ pracovníci, kteří pracují nejen v institucích, ale i v terénu.

Pokud posuzujeme vliv nerovnováhy ERI na snížení osobní pohody, potom můžeme konstatovat, že se nejvýrazněji projevuje u „zdravotnických“ pracovníků v terénu. Této cílové skupině (trpící pocitem vysokých pracovních nároků a nízkých odměn) klesá osobní pohoda více než pětkrát. Také „sociální“ pracovníci v institucích vyšli v tomto ohledu jako vysoce riziková skupina; jejich osobní pohoda za podmínek nerovnováhy ERI klesá čtyřiapůlkrát.

Při zjišťování vlivu nerovnováhy ERI na jednotlivé dimenze osobní pohody se jako nejzávažnější projevila dimenze psychická. Ta je reprezentována rizikem vyhoření pracovníků, pracovní motivací a pracovní spokojeností. U těch charakterizovaných dlouhodobým pocitem nesouladu mezi úsilím a odměnami je nejvíce narušována psychická pohoda. Mají celkově nižší motivaci, jsou méně spokojeni a více inklinují k vyhoření. Nerovnováha má také negativní vliv na subjektivně vnímaný zdravotní stav. Sociální po-

hoda v podobě dobrých či špatných vztahů s kolegy a nadřízenými se nezdá být závislá na nerovnováze ERI.

Popsaná studie obsahuje několik metodologických limitů. Výběr výzkumného souboru nebyl reprezentativní, takže získané výsledky neslouží ke generalizaci na celou českou populaci. Cílem byla validizace nastíněných konceptů na vzorku českých pracovníků v dlouhodobé péči. Rovněž je třeba upozornit na nestandardně dlouhou dobu sběru dat v průběhu roku 2014. Poměrně dlouhé časové rozpětí sběru dat bylo dáno potřebou sehnání dostatečného počtu respondentů pro následné statistické analýzy. Stanovili jsme podmínku, že v každé ze čtyř úžeji definovaných podskupin budeme mít alespoň 50 respondentů. Většina zařízení dlouhodobé péče zahrnutých ve výzkumu má poměrně malý počet zaměstnanců (10–20), kteří navíc pracují na směny, a proto nebylo možné všechny zastihnout najednou se žádostí o vyplnění dotazníku. Výběr rovněž komplikovaly zdlouhavé domluvy s vedením některých organizací ohledně vhodného období sběru dat (vzhledem k časové vytíženosti zaměstnanců a práci ve směnném provozu).

Přes výše zmíněné limity lze konstatovat, že získané údaje dokreslují známé skutečnosti o nepříznivé pracovní situaci profesionálů v dlouhodobé péči v současném českém prostředí. Naše zjištění korespondují se zahraničními studii, které rovněž hovoří o nedostatečné kvalitě pracovních podmínek osob pečujících o seniory (Colombo & Mercier, 2011; Siegrist & Rödel, 2005; Van Vegchel et al., 2001). Proto by v rámci celostátních debat o dopadech stárnutí na českou populaci měl být kladen vyšší důraz na jejich potřeby. Tito lidé jsou kromě rodinných příslušníků a přátel nejdůležitějšími pomocníky v péči o křehké seniory. Zlepšování jejich pracovních podmínek a vyšší celospolečenský respekt k jejich práci může nám všem významně napomoci k důstojnějšímu prožívání stáří.

LITERATURA

- Bakker, A., Killmer, C., Siegrist, J. & Schaufeli, W. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884–891.
- Colombo, F. & Mercier, J. (2011). Help wanted!: Balancing fair protection and financial sustainability in long-term care. *Eurohealth*, 17(2–3), 3–6.
- De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R. & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 50, 1317–1327.
- Feldt, T., Huhtala, M., Kinnunen, U., Hyvönen, K., Mäkikangas, A. & Sonnentag, S. (2013). Long-term patterns of effort-reward imbalance and over-commitment: Investigating occupational well-being and recovery experiences as outcomes. *Work & Stress*, 27(1), 64–87.
- Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. (1993). *The motivation to work* (24. vyd.). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Huczynski, A. & Buchanan, D. (2007). *Organizational behaviour: an introductory text* (6. vyd.). NY: Pearson Education.
- Hunt, A. (2003). Musculoskeletal Fitness: The Keystone in Overall Well-Being and Injury Prevention. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 409, 96–105.
- Janečková, H. & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál.
- Jirkovská, B. (2014). Nerovnováha mezi úsilím zaměstnanců a odměnami: Model Effort Reward Imbalance. *Acta Universitatis Carolinae: Studia Sociologica*, 20(2), 87–102.
- Kebza, V. & Šolcová, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 47(4), 333–345.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121–140.
- Kolman, L., Noorderhaven, N., Hofstede, G. & Dienes, E. (2003). Cross-cultural differences in Central Europe. *Journal of Managerial Psychology*, 18(1), 76–88.

- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- Leineweber, C., Wege, N., Westerlund, H., Theorell, T., Wahrendorf, M. & Siegrist, J. (2010). How valid is a short measure of effort-reward imbalance at work? A replication study from Sweden. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(8), 526–531.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others?: The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 137–155.
- Msaouel, P., Keramaris, N., Apostolopoulos, A., Syrmos, N., Kappos, T., Tasoulis, A. & Siegrist, J. (2012). The Effort-reward Imbalance Questionnaire in Greek: Translation, Validation and Psychometric Properties in Health Professionals. *Journal of Occupational Health*, 54(2), 119–130.
- Pikhart, H., Bobak, M., Siegrist, J., Pajak, A., Rywik, S., Kyshegyi, J. & Marmot, M. (2001). Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. *Epidemiol Community Health*, 55, 624–630.
- Průša, L. (2011). *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Dostupné z http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_340.pdf
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727.
- Řeháková, B. (2000). Nebojte se logistické regrese. *Sociologický časopis*, 36(4), 475–492.
- Siegrist, J., Li, J. & Montano, D. (2014). *Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire*. Düsseldorf: Institut für Medizinische Soziologie. Dostupné z <http://www.uniklinik-duesseldorf.de>.
- Siegrist, J. & Montano, D. (2012). *ERI – Questionnaires – Users Guide*. Düsseldorf: Institut für Medizinische Soziologie. Dostupné z <http://www.uniklinik-duesseldorf.de>.
- Siegrist, J. (2008). *Effort-reward imbalance at work: Theory, measurement and evidence*. Dostupné z http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/theorie_measurement_evidence.pdf.
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., Von dem Knesebeck, O., Jürges, H. & Börsch-Supan, A. (2006). Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees-baseline results from the SHARE Study. *European Journal of Public Health*, 17(1), 62–68.
- Siegrist, J. & Rödel, A. (2005). *Arbeitsbelastungen im Altenpflegeberuf: unter besonderer Berücksichtigung der Wiedereinstiegsproblematik*. Düsseldorf: Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483–1499.
- Siegrist, J. (2000). Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Social Science*, 51(9), 1283–1293.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41.
- Šolcová, I. & Kebza, V. (2005). Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie*, 49(1), 1–8.
- Šolcová, I. & Kebza, V. (2004). Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In H. Hnilicová (ed.), *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni* (pp. 21–32). Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Thompson, E. (2007). Development and Validation of an Internationally Reliable Short-Form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38(2), 227–242.
- Van Vegchel, N., De Jonge, J., Bosma, H. & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60, 1117–1131.
- Van Vegchel, N., Jonge, J., Meijer, T. & Hamers, J. (2001). Different effort constructs and effort-reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health care workers. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 128–136.
- Vinopal, J. (2011). Indikátor subjektivní kvality pracovního života. *Sociologický časopis*, 47(5), 937–966.

Watson, D. & Clark, L. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465–490.

Blanka Jirkovská je socioložka s odbornými zájmy v oblasti sociologie organizace, organizačního rozvoje, pracovních podmínek a kvality života zaměstnanců v organizacích, sociologie medicíny a zdraví, podpory zdraví pracovníků, psychosociálních determinant zdraví, péče o seniory. V současné době působí jako odborná asistentka na ČVUT.