

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Bc. Lucie Čurečková

Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol a Učitelství
přírodopisu pro 2. stupeň základních škol

Vliv zdravotnické profese na životní spokojenost a smysluplnost.

Olomouc 2014

vedoucí práce: Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 15. 4. 2014

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Lucii Křeménkové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za poskytování cenných rad a materiálových podkladů, za ochotu a vstřícnost. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za jejich trpělivost, podporu a pomoc při psaní práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 SMYSL ŽIVOTA	9
1.1 Pojem smysl života.....	9
1.2 Historický náhled na pojetí smyslu života.....	12
1.3 Smysl života z pohledu významných psychologů.....	14
1.4 Viktor Emil Frankl	20
1.4.1 Franklův život.....	20
1.4.2 Smysl života podle V. E. Frankla	21
1.5 Logoterapie a existenciální analýza.....	25
1.5.1 Logoterapeutický přístup a techniky.....	27
1.5.2 Existenciální analýza	28
2 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST.....	31
2.1 Životní spokojenost – vymezení pojmu, souvislost s osobní pohodou	31
2.2 Vymezení pojmu osobní pohoda (well-being)	33
2.3 Struktura osobní pohody.....	36
2.4 Zdroje osobní pohody.....	40
2.4.1 Demografické faktory	40
2.4.2 Osobnost	46
2.4.3 Diskrepance	49
2.4.4 Sociální vztahy.....	50
3 PROFESE ZDRAVOTNÍKA	51
3.1 Historie a současnost veřejného zdravotnictví	51
3.2 Osobnost zdravotníka	53
3.3 Zátěžové situace, stres, burn-out syndrom ve zdravotnictví	54
3.4 Zdravotnické povolání v kontextu smyslu života a životní spokojenosti.....	56
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	59
4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	60
4.1 Výzkumné otázky a hypotézy	61
5 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	63
6 VÝZKUMNÁ METODA.....	67

7	PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	71
7.1	Výzkumné otázky	71
7.1.1	Dílčí cíl 1 (sekce A):	71
7.1.2	Dílčí cíl 2 (sekce B):	77
7.2	Hypotézy.....	81
7.2.1	Dílčí cíl 3 (sekce C):	81
8	DISKUZE	85
8.1	Sekce A: Dílčí cíl 1: Analýza životní spokojenost ve zdravotnické profesi. 86	
8.2	Sekce B: Dílčí cíl 2: Analýza životní smysluplnost ve zdravotnické profesi	87
8.3	Sekce C: Dílčí cíl 3: Analýza vzájemného vztahu mezi životní spokojeností a životní smysluplností.	90
	ZÁVĚR	92
	Seznam použité literatury	93
	Seznam použitých zkratk	105
	Seznam tabulek	106
	Seznam grafů	107
	Seznam obrázků.....	108
	Seznam příloh	109

ÚVOD

V životě člověka je prožívání vlastních událostí a činů jako smysluplných, naplňujících jeho životní hodnoty, důležitým faktorem, který ovlivňuje jeho duševní vyrovnanost, emoční stabilitu, duševní i tělesné zdraví či kvalitu života jako takového (Halama, 2007). Otázka po smyslu je součástí naší každodenní činnosti. Zabývají se jí básníci, odborníci, vědci, umělci. Problém smyslu života je stále aktuálním tématem současné psychologie. Smysl života bývá považován za jednu z oblastí duševního života, jejichž prostřednictvím dosahuje člověk osobní pohody. Významnou složkou zmiňované osobní pohody je životní spokojenost. Tento termín se dostává do našeho vědomí prostřednictvím aktuálně se rozvíjejícího psychologického přístupu - pozitivní psychologie, která se zaměřuje na pozitivní stránky osobnosti člověka či celého života. Ať už životní smysluplnost jako cesta vedoucí náš život k určité hodnotě či životní spokojenost jako hodnocení prožívání života jako celku - jsou často vztaženy ke konkrétním oblastem – např. práci, rodinnému stavu, věku, víře či vzdělání. Podobně jsme se i v naší práci rozhodli tyto dva aktuální problémy sledovat ve vztahu k práci, a to konkrétně ke zdravotnické profesi. Zdravotnické prostředí je mi blízké, protože část naší rodiny v tomto oboru pracuje a „život“ ve zdravotnictví je u nás častým a diskutovaným tématem. Na zdravotníky jsou kladeny vysoké nároky – v souvislosti s touto problematikou se v anglosaské literatuře ustálil termín „syndrom Johna Waynea“, jako představa o extrémní fyzické i emoční odolnosti u zdravotníků obecně, zejména však u všech typů záchranářů (Šeblová, 2008). Je to jakási obecná představa o těchto pracovnících jako o nezranitelných, stále připravených osobách bez emocí s železnými nervy a neustále připravený k řešení kritických situací. Zdravotníci se při své profesi věnují jedné z nejdůležitějších lidských hodnot, pečují o zdraví. Svou péčí mohou přispět k uzdravení nemocného člověka a pomoci mu tak navrátit se do běžného života či při něm stát, když potřebuje nebýt sám. Toto povolání může mít dopad na vnímání životních hodnot, vztah k druhým lidem a k sobě samému, nese s sebou příležitost prožít smysluplný život. Cílem naší práce bylo zjistit, zda vykonávání zdravotnické profese může mít vliv na životní smysluplnost a spokojenost zdravotníka samotného.

Diplomová práce je složena ze dvou částí, z části teoretické a výzkumné. Teoretická část je rozčleněna do tří kapitol. První kapitola je věnována problematice smyslu života. V jednotlivých podkapitolách se zabýváme vymezením tohoto pojmu, historickým náhledem na vývoj pojetí smyslu života a dále významnými představiteli

psychologických teorií a jejich pohledem na problematiku smyslu života. S otázkou smyslu života je asi nejvíce spojováno jméno Viktora E. Frankla, který se v souvislosti s prožitím hraničních situací lidského bytí stává stěžejní postavou v problematice hledání smyslu života. Další podkapitola byla proto zaměřena na život a pojetí smyslu života z pohledu tohoto významného myslitele. Poslední podkapitola první kapitoly pojednává o logoterapii a existenciální analýze jako o teoretických směrech, které vycházejí z problematiky smyslu života a využívají těchto znalostí v terapii. Druhá kapitola teoretické části diplomové práce je orientována na životní spokojenost. Popisuje ve svých podkapitolách vymezení pojmu *životní spokojenost* a nahlíží na ni jako na složku osobní pohody. Významná část druhé kapitoly je proto věnována *osobní pohodě* - definování tohoto pojmu, struktuře osobní pohody a zejména zdrojům, které mohou osobní pohodu ve větší či menší míře ovlivňovat. Třetí kapitola nám předkládá stručný náhled do zdravotnické profese. Seznamuje nás s historií a současností veřejného zdravotnictví, osobností zdravotníka, zátěžovými situacemi, stresem či burn-out syndromem ve zdravotnictví. Poslední kapitola popisuje zdravotnické povolání právě v kontextu životní smysluplnosti a spokojenosti.

Výzkumná část naší diplomové práce se zabývá rozborem a analýzou životní spokojenosti a smysluplnosti u zdravotnického personálu jedné z nemocnic Zlínského kraje. Údaje získané prostřednictvím dotazníkové metody zde budou statisticky vyhodnoceny a dále prezentovány. Závěry výzkumného šetření budou následně shrnuty v diskuzi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SMYSL ŽIVOTA

O čem je život? Proč jsem tady? Jak mohu nalézt smysl, naplnění, uspokojení v životě? Zájem o problematiku smyslu života v posledních desetiletích stoupá. Ukazuje se, že stále více lidí trpí ztrátou životního smyslu. Podle některých autorů je to způsobeno tím, že se vytrácí vědomí a prožitek toho, že právě oni mohou rozhodnout, mohou volit, mohou zaujímat postoj. V následující podkapitole se budeme zabývat vymezením pojmu *mysl života*. Otázkou životní smysluplnosti se zabývá každý vědecký obor ze svého úhlu pohledu, tomu odpovídá i formulace velkého množství definic.

1.1 Pojem smysl života

„Ne se ptát, ale odpovídat na dotazování života: jaký smysl svému životu dáš? Neodpovídat slovy, ale svým chováním, jednáním, tím, co a jak děláme.“ V. E. Frankl¹

Otázkou smyslu života se lidstvo zabývá po celou dobu své existence. Tato otázka, která je jistě provokativní, ale zároveň citlivá, představovala výzvu téměř pro každého myslitele. Často byla doprovázena filozofickým, sociologickým, teologickým či psychologickým podkladem. Pro všechny, kteří přemýšlejí nad smyslem života a smrti, je však společná jedna věc a to ta, že na tuto otázku nebylo a stále není jednoduché najít odpověď (Tavel, 2007).

Podle Frankla (1996b) je pátrání po smyslu života činností specificky lidskou, ať už tato otázka byla vyslovena nebo v nás zůstala skryta. Frankl (1996b) porovnává lidskou společnost se sociálními společenstvími mravenců či včel, které se svým shromažďováním mohou podobat státním útvarům. Uvádí však jako nepředstavitelné, že by nějaké zvíře mohlo vyvodit otázku své existence, a tak tuto existenci uvést v pochybnost. Zvažování otázky smyslu života je tedy výraz lidského bytí vůbec, projev toho nejlidštějšího v člověku. Je určena pro člověka jako takového, kterému je vyhrazeno zakusit problematičnost svého bytí.

¹ Křivohlavý, 2010b, s. 58

Kdo klade otázku po smyslu života a kdo by na ni měl odpovídat? V. E. Frankl popisuje dvě situace. Při té první je v roli ptajícího se právě člověk. Druhá situace je odlišná - člověk sám je tím, kdo je dotazován po smyslu života a tuto otázku klade život sám. Tato okolnost nutí člověka k tomu, že bere vlastní život jako úkol a sebe jako jednajícího, aktivního člověka (Křivohlavý, 2010a). Podle Frankla (1996a) se ocitáme v roli dotazovaných, kterým život den co den, hodinu co hodinu klade otázky. Na ně pak nereagujeme mudrováním nebo planým mluvením, ale činem. Život je pak přijetím odpovědnosti za správné odpovědi na otázky života či za splnění úkolů, před které jsme byli postaveni.

Smysl života je v dnešní době často používané sousloví. Pokud se zamyslíme nad obsahem těchto dvou slov, zjistíme, že mají hned několik významů. První slovo, tj. smysl znamená „*myšlenkový obsah*“, „*cit, pochopení, porozumění*“, „*schopnost a orgán, kterými člověk vnímá vnější svět*“ nebo „*konečný cíl, důvod jednání nebo existence*“. Zaměříme-li se na slovo život, pak nalezneme tyto významy - „*souhrn vlastností příznačných pro živého člověka*“, „*živý člověk, lidská bytost; živý organismus vůbec*“, „*náplň a způsob činností a projevů živých tvorů, zvláště lidí*“, ale především „*lidské bytí v době mezi narozením a smrtí; doba, po kterou člověk žije*“ (Slovník spisovného jazyka českého, 2011). Význam obou slov můžeme tedy vysvětlit například jako konečný cíl či důvod jednání v době mezi narozením a smrtí (Dostálová, 2013).

Definování smyslu života se věnovala řada psychologů vždy v návaznosti na vědecký obor, kterým se zabývali. Pro srovnání a přehlednost uvádím některé z nich.

Jedna z prvních definic smysluplnosti života, kterou uvedli Reker a Wong (1988) nahlíží na smysluplnost života jako na výraz hodnoty, která je přisuzována událostem a běhu života i významu, který je přisuzován vlastní existenci. Tato definice poukazuje na důležitost hodnoty cíle, od níž se pak odvíjí smysluplnost.

Maslow (in Tavel, 2007) smysl vnímá jako metapotřebu, která musí být uspokojená, aby člověk fungoval zdravě. Pokud tato potřeba naplněná není, způsobuje poruchy. Yalom chápe smysl jako aktivní a kreativní odpověď jednotlivce na absolutní bezsmyslnost světa.

Längle (2002) smysl chápe jako určitý způsob utváření situace, kdy se člověk se svými vlohami a schopnostmi věnuje tomu, co mu přítomná chvíle nabízí. Na jiném

místě Längle (2002) definuje smysl jako možnost, která se nám všem otevírá na pozadí skutečnosti. Jde o zcela konkrétní cestu, která odpovídá určitým okolnostem. Křivohlavý (2010a) dále přirovnává smysl ke kompasu, který pomáhá orientovat se v životě.

Frankl (1994b) pokládá život za **objektivně smysluplný**. Frankl charakterizuje smysluplný život zejména v jeho variabilitě a jedinečnosti takto „Smysl lidského bytí se mění od člověka k člověku a od okamžiku k okamžiku. Smysl lidského života nemůže být stanoven všeobecně a jednou provždy. Život, jak je zde míněn, není něco neurčitěho, nýbrž vždy něco konkrétního, a proto i požadavky vůči nám jsou zcela konkrétní.“ (Frankl, 1994b, s. 53–54).

Ze současnějších autorů se tématem smyslu života zabýval Baumeister (1991). Životní smysl je podle něj základním prostředkem, který lidem vnese stabilitu do života v měnícím se světě (sociologicky i biologicky).

Heller (2005) je toho názoru, že smysl života je obtížné definovat, ale je velmi důležité jej hledat a prožívat. Toto hledání je základem vnitřního života člověka.

Při hledání smyslu je podle Božukové (1999) důležité vnímat, jestli je člověk ten, od něhož život očekává odpověď, zda je životem tázaný. Pokud chce člověk zůstat s životem v dialogickém vztahu, musí se naučit vnímat otázky a situace a nevyhýbat se odpovědi.

Seligman (1988) je přesvědčen, že k nalezení smyslu je potřeba, aby člověk byl spojen s něčím, co jej přesahuje. Definuje smysluplný život jako používání charakteristických sil a schopností člověka ve službě něčemu, co je mnohem větší než on sám.

Různí autoři jsou přesvědčení, že smyslu lze dosáhnout řadou různých způsobů jako např.: zaměřeností na cíl (Ryff a Singer 1998); pocitem soudržnosti či ucelenosti v životě (Battista a Almond 1973); sledováním a dosahováním cílů, které za to stojí (Reker a Wong 1988) a skrze potřebu sebeuplatnění (self-efficacy), hodnot v životě, cíle v životě, vědomí vlastní hodnoty (Baumeister a Wilson 1996). Afektivní složka smyslu života zahrnuje pocity zadostiučinění (štěstí) a naplnění, které vzniká, když jednatel dosáhne svých cílů a skrze obecné životní zkušenosti (in Cohen a Cairns, 2014).

Z velkého množství úvah o smysluplnosti lze vyčíst společný základ, který popisuje Halama (2000) v těchto bodech:

- smysl života jeho nacházení a vytváření je jedním z podstatných aspektů lidského života,
- smysl života a jeho prožívání je lidský fenomén, který je přístupný psychologickému zkoumání,
- smysl života je subjektivní fenomén utvářený v sociokulturním rámci jednotlivce,
- smysl života je dynamický konstrukt, charakterizovaný jako neustálý proces konstrukce a rekonstrukce hodnotového systému, jakož i interpretace a reinterpretace života a životních událostí (in Tavel 2007).

Poté, co jsme si nastínili otázku smyslu života a také jeho definici z pohledu různých autorů, zaměříme se v následující podkapitole na utváření tohoto pojmu v historickém kontextu.

1.2 Historický náhled na pojetí smyslu života

Otázkou smyslu života se v dějinách lidstva zabývala řada myslitelů a nacházíme ji již v těch nejstarších písemných památkách (Indie, cca 1500 př. Kr.), které byly převážně náboženskými texty. Mezi nejvýznamnější starověké autory, kteří se touto otázkou zabývali, patří **antičtí filosofové z doby 5. až 4. století př. Kr.**, která bývá nazývána „humanistickým obdobím řecké filosofie“. Pozornost myslitelů se obrací od kosmu (kosmologie) k člověku (antropologii) (Störig, 2007).

Do středu pozornosti se dostávají dva základní pojmy: **eudaimonia** – blaženost a **areté** – zdatnost, ctnost, dokonalost každého tvora, která spočívá v dokonalém rozvinutí činnosti, která je mu vlastní (např. dokonalostí nože je, aby dobře krájel). S těmito pojmy se setkáváme již u Sókrata (5. stol. př. Kr.) a od něj je přebírají a dále promýšlejí jeho pokračovatelé (Suvák, 2008).

Podle sokratovsko–platonské tradice, kterou dále rozvíjí Aristoteles (4. stol. př. Kr.), je konečným cílem, nejvyšším dobrem a smyslem lidského života

blaženost (eudaimonia), jíž lze dosáhnout dokonalým jednáním, tedy pomocí areté. Člověk je především bytostí rozumovou, areté člověka tedy spočívá v rozumové činnosti. Lidská duše je podle Aristotela tvořena částí rozumovou a živočišnou. U zdatného (ctnostného) člověka, tedy toho, kdo jedná podle areté, má být živočišná část duše podřízena rozumové části. K tomu člověku pomáhají zdatnosti (ctnosti) etické a dianoetické (Störig, 2007).

Aristoteles klade důraz na snahu o aktivní rozvinutí činnosti, která je člověku vlastní. Zdatný, blažený a šťastný je tedy člověk, který je činný, kreativní a rozvíjející schopnosti a vlohy, které má. Jedná se tedy o aktivní činnost s jasně vytčeným cílem (Křivohlavý, 2006).

Opakem Aristotelova důrazu na aktivní činnost, kreativitu a nadvládu rozumnosti nad živočišnými sklony a pudovostí je filosofický směr zvaný **epikureismus**. Epikuros (4. stol. př. Kr.) vychází z poznání, že člověk je bytost dokonale soběstačná, rozeznávající kolem sebe řadu věcí, které jsou nepříjemné (bolest, utrpení, bída) a na druhé straně věci kladné (radost, slast, pohoda). Lidské štěstí spočívá ve vyrovnaném a spokojeném trávení života. Jedná se o směr přísně individualistický, egoistický, který postrádá moment aktivity, tvořivosti a plodného zápolení o nové hodnoty (Křivohlavý, 2006).

Určitou vyhraněnou formou epikureismu je tzv. vulgární epikureismus či jemu velice blízký směr **hédonismus**, který tvrdí, že největší štěstí člověka jsou tělesné rozkoše a slasti (jídlo, pití, sex či spánek). Podle filosofů hédonismu je dovoleno udělat vše pro to, aby byla tato touha po ukojení rozkoše uspokojena. Jedná se tedy o silně egoistické, omezené a jednostranné pojetí smyslu života (Křivohlavý, 2006).

Oproštění se (apatie) od jakýchkoli žádostí a slastí je charakteristické pro **kynismus**, jehož typickým představitelem je Diogenes žijící v sudu. K tomuto filosofickému směru se těsně přimyká **stoická škola**, za jejíhož zakladatele bývá považován Zenón z Kitia (4. stol. př. Kr.). Cílem stoicismu je dosažení vnitřní sebekázně (apatie). Blaženost (eudaimonia) tedy spočívá v naprostém oproštění se od afektů, které brání našemu rozumu svobodně a pravdivě poznávat skutečnost a hodnotit, co je dobré a co špatné (Störig, 2007).

Z novodobějších směrů otázky smysluplnosti života věnovala značnou pozornost **existenciální filosofie**, která navazuje na filosofickou tradici Kierkegaarda (1813–1855) a Edmunda Husserla (1859–1938). Mezi významné autory zabývající se touto otázkou patří např.: Jean-Paul Sartre, Gabriel Marcel, Karl Jaspers. V psychologii našel existenciální proud odezvu v dílech např. Ludwiga Binswagera či Viktora E. Frankla. Největším přínosem existenciální psychologie k problematice smyslu života je zvláště popsání tzv. existenciálních skutečností. Člověk k těmto skutečnostem musí zaujmout postoj a uchopit je, což se děje hlavně pomocí hledání smyslu života (Halama, 2007).

1.3 Smysl života z pohledu významných psychologů

O zvýšeném zájmu o téma životního smyslu svědčí i rozvoj výzkumných i teoreticko-metodologických studií. Problematika životní smysluplnosti se již nepohybuje v mezích klinické psychologie a psychoterapie, ale zakotvila i v dalších psychologických disciplínách – v psychologii zdraví², psychologii osobní pohody a kvality života³ a v psychologii osobnosti. Smysl života je v poslední době vnímán jako podstatný faktor optimálního / pozitivního fungování člověka, proto se jím zabývají i nehumanistické přístupy či pozitivní psychologie (Blatný, 2010).

V minulosti smysl života nebyl často středem zájmu psychologických úvah. Přesto se někteří autoři této problematiky ve svých dílech dotkli a mohli tak ovlivnit pohled na smysl života dnes. V této podkapitole se tedy zaměříme na významné představitele psychologických teorií a jejich pojetí smyslu života.

² **Psychologie zdraví** je aplikovaná psychologická disciplína, která se zabývá rolí psychologických faktorů pro udržení dobrého zdravotního stavu, při prevenci nemocí, poskytování psychologické pomoci nemocnému v průběhu léčby a při vyrovnávání se s chronickými onemocněními. Studuje také vliv stresu a faktorů sociálních, psychologických a biologických na vznik nemoci (Machová, 2009).

³ **Psychologie osobní pohody** je v současnosti řazena mezi rozvíjející se oblasti psychologického výzkumu. Jako samostatná vědní disciplína byla vytvořena v posledním čtvrtstoletí. Status samostatné disciplíny psychologie osobní pohody je podložen jejím zájmem jak o negativní, tak o pozitivní emoční stavy, subjektivní vnímání, hodnocení stavu pohody a zaměření se na osobní pohodu z hlediska její dlouhodobosti (Blatný et al., 2005).

Alfred Adler

Adler je zakladatelem individuální psychologie, která vzešla z psychoanalytické školy Sigmunda Freuda.⁴ Adler nepřistupuje k otázce motivace z hlediska teorie pudů, ale upozorňuje na úsilí člověka o smysl života a hledání si místa ve společnosti. Na rozdíl od psychoanalytiků označil za hlavní zdroj konfliktů **pocit méněcennosti**. Vychází ve své práci z tzv. orgánové méněcennosti, což je vrozená vloha k méněcennosti orgánů. Později vyzoroval, že tělesná méněcennost se objevuje rovněž v oblasti duševní, jež vede ke známému pocitu méněcennosti. Podle něj neurotická onemocnění vycházejí ze zahnížděného pocitu méněcennosti (Frankl, 1998).

Jako jeden z prvních psychologů řešil Adler také otázky smyslu života. Adler (1995) nahrazuje ve svém díle „mysl života“ pojmy jemu bližšími – způsobem života, životním stylem a zejména pocitem sounáležitosti. Životní styl každého člověka je odrazem postoje ke třem nevyhnutelným okruhům – k problému pospolitého života, práce a lásky. Prostřednictvím odpovědi na tyto otázky je možné charakterizovat jaký smysl života má konkrétní jedinec. Smysl života není ničím jiným než v životě nabytou dostatečnou mírou pocitu sounáležitosti s druhými. Pocit sounáležitosti chápe jako život a tvořivou práci ve prospěch společenstva. Dále uvádí, že lidé, kteří nechtějí být určitým způsobem prospěšní celku, se rozplynuli tělesně i duševně - nepochopili smysl života. Za velmi důležité považuje Adler (1995) také utváření života zejména v raném dětství v rodinném zázemí.

Carl Gustav Jung

Mezi dalším z myslitelů, kteří ve svém díle otevírají otázku smyslu života, patří Jung. Tento žák Sigmunda Freuda patří mezi známé analytické psychology. Ve vztahu ke smyslu života je kladen důraz na vývoj osobnosti. Vznik osobnosti pak označuje za životní cíl každého člověka, který spočívá v rozvinutí celistvosti lidské bytosti. Vývoj osobnosti je velmi důležitý již od dětství. Každý je nositelem svého vnitřního zákona a záleží jen na nás, zda se jím budeme řídit. Pokud člověk nevěří svému vnitřnímu

⁴Adler v prvním desetiletí 20. století spolupracuje s Freudem, stává se prezidentem Vídeňské psychoanalytické společnosti. Později (v r. 1911) se stávají protivníky – Adler kritizuje Freuda ze přeceňování sexuality, Freud Adlera za důraz na účelnost a finalitu mentálních dějů. Adler nakonec zakládá svou vlastní školu - individuální psychologii (Plháková, 2006).

zákonu, promeškává tak smysl svého života. Vnitřní povolání a poslání je dalším pojmem souvisejícím se smyslem života a rozvojem osobnosti. Jedinec, který věří, že má své povolání a poslání, důvěřuje hlasu svého nitra a jde za ním přes všechna úskalí (Svobodová, 2010).

Jung (1995) dále poukazuje na to, že každý se rodí ve světě, kterému nerozumí a pokouší se jej vysvětlit. „Život je bláznivě nerozumný a zároveň má význam a smysl. A když se v prvním případě nezasmějeme a ve druhém nezamyslíme, pak je život banální a všechno má ten nejmenší rozměr. Pak existuje jen malý smysl a malý nesmysl“ (Jung, 1995, s. 213). Obohacující pro nás je určitě i další z Jungových myšlenek o smysluplnosti: „to nejmenší, co má smysl, má vždy větší hodnotu než to nejmenší, co smysl postrádá“ (Jung, 1995, s. 213).

Podle Halamy (2007) mají důležitou funkci při poznávání smyslu života **archetypy**⁵ v kolektivním vědomí. Jedná se o zdroje lidské moudrosti, zkušenosti a vzory lidského poznávání a konání.

Abraham H. Maslow

Jedním z psychologů, kteří se zabývali myšlenkou smysluplnosti žití, byl představitel humanistické psychologie Maslow. Smysluplnost se hybnou silou lidského života stává tehdy, když jsou uspokojeny nižší potřeby člověka. Jedná se o vnitřní vlastnost člověka neexistující mimo něj. Drobným motivům je nadřazeným metamotivem existenciální smysl. Metamotiv pak potřebuje naplnění. Pokud k tomuto naplnění nedojde, člověku není dobře a může se objevit i nemoc (Křivohlavý, 2006).

Existují dva druhy potřeb – deficitní a růstové. Deficitní potřeby jsou příčinou nedostatku, který musí být doplněn pro správnou funkci organismu. Pro zdravý vývoj je nutné uspokojit nejprve deficitní potřeby, poté potřeby růstové. Naplnění růstových potřeb směřuje k větší chuti po růstu, aktivitě a rozvoji. Tyto potřeby jsou také

⁵ Jung rozšiřuje Freudovu koncepci osobního nevědomí o **kolektivní nevědomí**, vyjadřující nejhlubší vrstvy lidského nevědomí, společné všem lidem. **Archetypy** jako dynamické prvky kolektivního nevědomí jsou základní zkušeností lidstva s klíčovými objekty, opakovaně se vyskytujícími v životě jedince (Kovář et al., 2011).

nazývány jako B – hodnoty (hodnoty bytí) a hodnoty deficitní (D – deficit) jsou označeny jako D – hodnoty (Maslow, 2000).

Volba smyslu života je na svobodné vůli každého člověka v návaznosti na to, co člověku nejlépe vyhovuje. Maslow doplňuje (in Halama, 2007), že lepší pozitivní dosah na lidské zdraví nastane při výběru smyslu života, který naplňuje vlastní vnitřní přirozenost. Smysl života pak poznává jedinec, který je sebeaktualizovaný a otevřený růstu a dokáže rozvíjet svůj vlastní niterní potenciál tvořivými schopnostmi.

Irvin D. Yalom

Yalom patřící mezi nejvýznamnější představitele psychoterapie posuzuje smysl z existenciálního pohledu. Život podle něj nemá žádný konečný smysl a cíl. Svět považuje za nahodilý a bez absolutní pravdy. Považuje smysl za aktivní odpověď člověka na absolutní bezsmyslnost světa, který se potřebuje k vyrovnání s touto bezsmyslností srdcem ponořit do sebou vytvořeného smyslu života a aktivně se na něm podílet. Dále charakterizuje smysl jako ojedinělý výtvar, vědomou a nevědomou projekci osoby do světa (Tavel, 2007).

Yalom ve svém díle pokládá dvě otázky: „Jaký je smysl života?“ a „Jaký je smysl mého života?“ První z otázek směřuje ke **kosmickému smyslu**. Ten v sobě zahrnuje určitý plán, který existuje nad člověkem a ukazuje na tajemné nebo duchovní uspořádání vesmíru. Zahrnuje v sobě vůli Boha, tedy naplnění toho, k čemu jsme byli Bohem stvořeni. Ale také napodobování Boha, a tím směřování k dokonalosti (Yalom, 2006).

Druhá otázka, kterou se Yalom (2006) na tomto místě zabývá, se dotýká **pozemského smyslu (smyslu mého života)**, ten obsahuje účel. Člověk má tedy pocit smysluplnosti, pokud má účel či funkci, kterou může naplnit, nebo také cíl či cíle, o které je schopen usilovat. Člověk pociťující kosmický smysl současně vnímá i odpovídající pocit pozemského smyslu. Pozemský smysl může být tedy v souladu se smyslem kosmickým.

Smysl života má důležitou roli v Yalomově **teorii existenciální dynamiky**. Zatímco pro Freudovskou psychoanalýzu je charakteristický konflikt ega a nevědomých pudových tendencí, pro neopsychoanalýzu konflikt bezpečí a přirozeného růstu, v existenciální psychodynamice je zdrojem konfliktu konfrontace člověka

s podmínkami existence. Tento přístup vychází ze základní dynamické struktury Freuda:

- pud → úzkost → obranný mechanismus,⁶ ve které je ale změněn obsah na:
- vědomí existenciálních daností → úzkost → obranný mechanismus⁷ (Yalom, 2006).

Za hlavní rozdíl mezi těmito dynamickými přístupy můžeme považovat to, že Freudův předpis začíná „pudem“, ale existenciální pojetí začíná „uvědoměním a strachem“. Oba vzorce směřují k úzkosti jako k reakci na uvědomění si existenciálních skutečností. Toto uvědomění vytváří požadavky na jejich zvládnutí, interpretaci, zaujetí stanoviska a odpovědnosti za vlastní život. Čtyři základní charakteristiky, které tvoří součást existenciální dynamiky, jsou smrt, svoboda, izolace a bezsmyslnost, se kterými je každý člověk konfrontován (Yalom, 2006).

Erich Fromm

K představitelům sociální psychoanalýzy, ale také často k existenciálně orientovaným autorům patří Fromm. Podle Fromma (1997) jsou pro člověka hodnotné zejména ty vlastnosti, které ho odlišují od zvířat. Mezi tyto charakteristiky patří zvláště sebeuvědomění, rozum a imaginace. Člověk potřebuje mapu přírodního a společenského světa, ve kterém žije. Bez ní by nebyl schopen cílevědomého a důsledného jednání, nemohl by najít pevný bod, který by mu pomohl utřídit dojmy, které na něj ze světa působí. Člověk si utváří představu o světě, jenž má danou strukturu a vnitřní soudržnost. Tato potřeba je **orientačním rámcem** člověka a představuje jeho základní existenciální potřebu. V rámci orientačního rámce pak nezáleží na tom, zda jedinec spoléhá na kouzla a čáry, věří v Boha, moc vědy či duchy svých předků –

⁶ V tomto předpisu je „úzkost“ signálem pro nebezpečí. Pokud je pudům povoleno svobodně vládnout, ohroží organismus, protože ego bude udoláno a není možné se vyhnout odvetnému trestu. Obranné mechanismy pak zabraňují přímému uspokojení pudů, ale neomezí nepřímé projevy – v přemístěné, sublimované či symbolické formě (Yalom, 2006).

⁷ Úzkost zde pochází ze strachu ze smrti, prázdnoty, osamělosti a ztráty smyslu. Obranné mechanismy jsou dvojího typu: 1. **Konvenční obranné mechanismy**, které obecně ochraňují jedince před úzkostí bez ohledu na zdroj úzkosti; 2. **Specifické obranné mechanismy**, vykonávající konkrétní funkci při zvládnutí jednotlivých primárních existenciálních obav (Yalom, 2006).

důležité je, aby mu jeho rámec umožnil vysvětlení základních dějů kolem něj. Orientační rámec nechybí v žádné kultuře a nechybí ani u žádného jedince.

Orientační mapa sama o sobě nestačí, na potřebu orientačního smyslu navazuje potřeba **oddanosti**. Člověk má mít cíl, ke kterému chce směřovat. Potřebuje předmět uctívání, na který zaměří své úsilí. Takový předmět pozvedá člověka nad pochybnost a nejistotou a dává jeho životu smysl. Člověk může být oddán růstu života nebo ničení, hromadění majetku, získávání moci nebo lásce, odvaze či užitečnosti (Fromm, 1997).

Fromm (1993) dále uvádí, že člověk často prožívá pocit mravní osamělosti. Může zažívat pocity strachu a nejistoty, které plynou z přerušení primárních vazeb při individualizaci, kterou se stává svobodným. Člověk tak chce utéct před nejistotou ze svobody a může ztratit svou individualitu. Na místě je realizace autentického smyslu života, která spočívá v soudržnosti s lidmi a spontánní tvořivé aktivitě – lásce a práci, kdy se člověk znovu spojuje se světem.

Sigmund Freud

Zakladatel psychoanalýzy Freud je známý zejména tím, že objevil důležitost lidského nevědomí a také vnitřních konfliktů v chování a motivaci člověka, včetně vlivu na jeho zdravotní stav (Vymětal et al., 2004).

Podle Rabana (2008) je postoj Freuda ke smyslu života ovlivněn jeho pojetím člověka jako pudově založené bytosti. Člověk má pak málo možností projevit se jako bytost svobodně se rozhodující. Jako následek vnitřního konfliktu mezi neslučitelnými pudy označuje neurózy, ty jsou pak eliminovány obrannými mechanismy. Freud považuje otázku smyslu života za projev nemoci. Podle něj si zdravý člověk tuto otázku nepokládá, v opačném případě - tedy pokud si otázku pokládá, tak je ho třeba léčit. Freud klade důraz na hysterické příznaky nemoci. Smysl je, ale není znám, je potlačený do podvědomí. Toto potlačení souvisí s pohlavním životem, který je chápán jako pudovost nebo životní energie. Potlačený obsah je pak možné spatřit v symbolické podobě ve snu. Vědomí a podvědomí dospěly ke kompromisu, tím je neuróza. Osvobodit člověka od neurózy jde léčením, tedy odhalením jeho představ a převedením obsahu z nevědomí do vědomí (Frankl, 1998, Tavel, 2007).

1.4 Viktor Emil Frankl

Jméno Viktora E. Frankla je neodmyslitelně spjato s problematikou smyslu života - proto nahlédneme na život a dílo tohoto autora podrobněji. Cílem následující podkapitoly je dostatečně přiblížit osobnost tohoto autora k usnadnění pochopení a okolností vzniku a vývoje jeho učení. Dříve, než se budeme zabývat otázkou smysluplnosti ve Franklově díle, předkládáme stručný náhled do života tohoto významného psychologa a neurologa. Vypracování Franklovy teorie je úzce spjato s jeho životním příběhem, kdy se zaměřuje na nalezení smyslu i v té nejhorší situaci. Frankl se díky své životní zkušenosti stává bojovníkem proti nesmyslnosti utrpení, ale také bojovníkem za velikost lidského ducha.

1.4.1 Franklův život

Viktor Emil Frankl se narodil 26. března 1905 ve Vídni – Leopoldstadtu jako druhé dítě Elsy a Gabriela Franklových. Rodiče pocházeli z Čech a Moravy. Po dobu studií na gymnáziu se Frankl začíná zajímat o psychologii a navštěvuje tak přednášky o obecné a experimentální psychologii na lidové univerzitě. Poprvé se setkává s psychoanalýzou Sigmunda Freuda, se kterým si později pravidelně dopisuje. V roce 1925 se v Mezinárodním časopise pro individuální psychologii objevuje Franklův článek „Psychoterapie a světový názor“, ve kterém se snažil přiblížit problematiku smyslu a psychoterapie. O rok později na přednášce Mezinárodního kongresu individuální psychologie Frankl poprvé používá termín „logoterapie“, kterou vnímá jako psychoterapii oslovující i duchovní dimenzi člověka. Později zavádí rovněž „existenciální analýzu“, která logoterapii prohlubuje v duchovní péči (Frankl, Lapide, 2011).

Roku 1927 byl formálně vyloučen ze Spolku pro individuální psychologii. Byl jedním ze tří, kteří založili Akademický spolek lékařské psychologie. Zajímavostí je, že Frankl mj. organizuje poradny pro mládež v duševní nouzi. Kromě činnosti v poradenských centrech, publikační a přednáškové práci dokončuje studium medicíny se zaměřením na neurologii a psychiatrii. Frankl se během práce v pavilonu sebevražedkyň v Steinhofu setkává s utrpením, ale vnímá i duchovní zdroje, pomocí nichž dokáže člověk hlubokému utrpení čelit a smysluplně existovat (Frankl, Lapide, 2011).

Rok po svatbě s Tilly Grosserovou se rodina Frankla ocitá v koncentračním táboře v Terezíně. Frankl v podšívce kabátu schovává rukopis vlastnoručně sestavené teorie jako svou naději držící jej při životě. Zde poukazuje na to, že pokud pacient nachází smysl uprostřed utrpení jako něco, co poskytuje smysl jeho životu i uprostřed krizí i ve velmi obtížných situacích, může pak znovu dosáhnout vnitřní rovnováhy. I tento rukopis mu však byl následně zabaven v Osvětimi (Frankl, 1996a).

Po osvobození z koncentračního tábora Frankl vydává svůj přepracovaný rukopis *Lékařská péče o duši*. Brzy vychází další velmi významné dílo, a sice biografická výpověď o prožitcích z koncentračního tábora *A přesto říci životu ano – Psycholog prožívá koncentrační tábor*. Frankl se později stává přednostou Vídeňské neurologické polikliniky. Umírá 2. září ve Vídni na srdeční selhání. Čumba (in Frankl, 1996a) popisuje Franklův život jako život plný paradoxů. Po nesnadném dokončení své teorie je transportován do koncentračního tábora, kde přichází takřka o všechno - o celou rodinu i o celoživotní výzkum. To, že přežil, považuje za malý zázrak a snaží se popsat jeho příčinu. Vždy z něj však vyzářovala vůle k životu.

1.4.2 Smysl života podle V. E. Frankla

Franklova koncepce měla značný vliv na psychologické nazírání na smysl života vůbec. Frankl pracoval i s názory Freuda a Adlera, postupně však od nich ustoupil a vypracoval vlastní psychoterapeutický směr. Je zakladatelem existenciální analýzy a logoterapie, kde klíčovým pojmem je tzv. **vůle ke smyslu** - lidská potřeba nebo touha najít a realizovat v životě smysl (Halama, 2007).

Pro tento termín Frankl používá různá vysvětlení. Označuje jej jako - *vrozenou touhu držící v člověku, snahu jedince o naplnění životního obsahu, elementární potřebu, kterou je možno vystopovat již v biologických základech existence člověka; také že není pudem, ale není jen chtěním* (Tavel, 2007). Na základě vůle ke smyslu je člověk uzpůsoben k tomu, aby hledal a naplňoval smysl, ale také aby objevoval jiné lidské bytosti, aby je miloval. Toto obojí přináší člověku štěstí a rozkoš. Pokud však není tato potřeba naplněna, vzniká stav, kdy chybí smysl života a jedinec vnímá svůj život jako prázdný, nehodnotný a bez cíle. Tento stav je charakterizován pojmem **existenciální vakuum** (Frankl, 1998).

Frankl (1996b) je toho názoru, že člověk je neustále směřován k něčemu jinému než je on sám (sebepřesah). „Být člověkem“ poukazuje za sebe sama, na něco nebo na někoho – na smysl, který pak člověk naplňuje. Podstata lidské existence má být v transcendenci. Člověk má být zaměřený na někoho nebo něco, být oddaný dílu, kterému se věnuje, či člověku, kterého miluje nebo Bohu, kterému slouží (Tavel, 2007). Frankl (1996b) doplňuje, že jedinec se stává zcela sebou tam, kde sám sebe přehlíží a zapomíná.

Orgánem smyslu je podle Frankla (1994b) **svědomí**. Označuje jej jako intuitivní schopnost objevit jednorázový a jedinečný smysl v konkrétní životní situaci. Svědomí nás ale může také oklamat – člověk až do posledního vydechnutí neví, zda se mu podařilo smysl svého života naplnit, či jeho svědomí nepodlehlo smyslovému klamu. V našem století se stále více šíří pocit bezsmyslnosti. Proto je důležité zušlechťovat své svědomí, tak aby se dal jasně zaslechnout jeho určitý požadavek.

Frankl chápe život jako určitý úkol, který by měl člověk splnit. Naplňování smyslu života, které jedinec objevil, by mělo směřovat k individuálnímu životnímu smyslu - k povolání. Povolání je jedinečné, specifické a nikým nenahraditelné (Halama, 2007). Vyzdvihuje také jedinečnost smysluplného života pro každého člověka. „Neexistuje člověk, pro něhož by život neměl přichystaný smysluplný úkol. Neexistuje situace, v níž by nám život nepřestal nabízet smysluplné možnosti“ (Křivohlavý, 2010a, s. 48). Ve Franklově pojetí je také možné nalézt dva druhy smysluplnosti: smysluplnost drobných událostí, dějů a nepatrných jednání nebo smysluplnost celého života jako centrální bod existence každého z nás (Křivohlavý, 2006).

Çakirpaloglu (2009) uvádí, že velmi důležité pro objevování smyslu života člověka je **naplňování hodnot obsažených v obvyklých životních situacích**. Ve Franklově díle je koncepce o hodnotách založena na axiologickém postoji, tedy že člověk je dobrý, zejména pokud jde o jeho lidskou přirozenost. Individuální hodnoty rozčlenil do tří skupin na zážitkové, tvůrčí a postojové. Frankl rozlišuje tři druhy hodnot, ve kterých lze nalézt naplnění vůle ke smyslu:

Hodnoty tvůrčí spočívají v tom, co dobrého člověk sám vytváří a dává světu. Život se může stát smysluplný tím, že člověk ztvární hodnotné dílo či vykoná hodnotný čin. K objevení a realizaci těchto hodnot přispívá práce nebo umělecká tvorba

(Vymětal et al., 2004). Podstatou je, že se jedná o vlastní aktivitu člověka, která obohacuje svět (Křivohlavý, 2010a).

Druhou kategorií hodnot jsou *hodnoty postojoyé*. Jejich realizace spočívá v tom, jak se člověk staví k omezením svého života. Spočívají v tom, jak se člověk vypořádává s nezměnitelnými fakty či událostmi. Člověk realizuje tyto hodnoty, pokud je postaven proti osudu, který bere na sebe jako svůj kříž a nese jej. Jedná se o postoje jako statečnost v utrpení či důstojnost v záhubě a ztroskotání (Frankl, 1996a).

Člověk může uskutečňovat i *hodnoty zážitkové*, kdy život se může stát smysluplný tím, že člověk něco či někoho opravdově prožívá a stává se tak součástí širšího celku. Zážitek se jeví jako smysluplný, pokud věci, se kterými se setkáváme, jsou krásné samy o sobě, ale také tehdy, když se na nich vnímající jedinec spolupodílí. Tím přejímá do sebe něco obohacujícího a hodnotného (Längle, 2002).

Hodnoty jsou považovány za podstatu smyslu, jehož je možné dosáhnout prožíváním hodnoty, tvořením díla či utrpením. Hodnoty prožívání a kreativita budují osobnost a dodávají smysl. V mimořádných a hraničních situacích omezujících prožívání a kreativitu člověka však nabývají významu hodnoty postojoyé. Mezi těmito třemi kategoriemi hodnot je vztah subordinace, který má za důsledek to, že hodnoty postojoyé jsou postaveny nad hodnoty tvůrčí a zážitkové (Cakirpaloglu, 2009).

Problematiku hodnot Frankl uzavírá tím, že hodinu od hodiny si můžeme zvolit, k jaké skupině hodnot se obrátíme. Jednou máme příležitost realizovat hodnoty tvůrčí, obohacovat svět svou činností, jindy obohacujeme sami sebe svými prožitky. Někdy je požadavek splnitelný činem, v jiné situaci se odevzdáváme možnostem prožitku (Frankl, 1996a).

Nejvýznamnějšími Franklovými následovníky jsou v současnosti **Elisabeth Lukasová**, která rozvíjí logoterapii a **Alfried Längle**, který zpracovává prvotní Franklův přístup do antropologických a terapeutických souvislostí existenciální analýzy. Do češtiny je přeloženo sedm Franklových knih (Balcar, 2007b).

Pro lepší orientaci v psychologických teoriích jednotlivých autorů přikládám tabulku s přehledem jejich názorů na smysl života a realizaci tohoto smyslu:

Tabulka 1. Přehled názorů významných psychologů na smysl života (upraveno dle Halama, 2007, s. 24)

	Povaha potřeby smyslu života	Správný způsob realizace smyslu
A. Adler	Odpověď na tři základní lidské otázky (partnerství, společenství a práce)	Život v prospěch společnosti, realizace citů a spolupatříčnosti
C. G. Jung	Životní styl ukotvený zážitky v dětském věku	Člověk se má nechat vést archetypy, ve kterých je skrytá moudrost a vzorce chování a poznání
A. H. Maslow	Smysluplnost je součástí růstové motivace (B-hodnota)	Sebeaktualizace a růst realizace B-hodnot
I. D. Yalom	Obranný mechanismus proti existenciální úzkosti z bezsmyslnosti	Neexistuje-člověk má smysl, pokud se angažuje v nějakých hodnotách, nezáleží na jakých
E. Fromm	Potřeba orientačního rámce a oddanosti – pramení z izolovanosti člověka	Solidarita se všemi lidmi a spontánní tvořivá aktivita – láska a práce
V. E. Frankl	Smysl života je reakcí na vůli ke smyslu	Sebetranscendence – zaměření na hodnoty mimo sebe

1.5 Logoterapie a existenciální analýza

Z teoretických směrů věnuje životnímu smyslu pozornost zejména logoterapie a existenciální analýza. Logoterapie a existenciální analýza se u nás stala populární především díky knihám Viktora Frankla.⁸ Jedná se o svérázný přístup k výchovnému poradenskému a terapeutickému zvládnání životních problémů. K nejvýraznějšímu rozvoji logoterapie a existenciální analýzy došlo v osmdesátých letech ve Vídni. Další podkapitola je tedy věnována základní charakteristice tohoto psychoterapeutického směru.

Logoterapie je terapeutickým přístupem, který je orientován na duchovní stránku člověka. Samotný termín pochází z řeckého *logos* - smysl, myšlenka, význam a *therapeia* – ošetřování. O logoterapii se mluví jako o „třetí vídeňské škole psychoterapie“ po Freudově psychoanalýze a Adlerově individuální psychologii (Baštecká, Goldmann, 2001).

Podle Ulrichové (2011) je logoterapie nabízející hledání smyslu života v českém postkomunistickém prostředí méně známá. Tento psychoterapeutický směr je duchovně orientován, ale lze jej současně aplikovat bez souvislosti s náboženským obsahem. Autorka vnímá právě tuto skutečnost jako „šitou české společnosti na míru“. Tento psychoterapeutický směr se v našich zemích (na rozdíl od zemí západních, kde již byl delší čas rozvíjen) objevuje až od roku 1996 zejména díky nárůstu výcvikových skupin v existenciální analýze a logoterapii.

Viktor E. Frankl sám mluví o tomto psychoterapeutickém směru jako o „psychoterapii s lidskou tvář“ . Jádrem tohoto přístupu je duchovní dimenze člověka - tedy to, co je na člověku nejlidštější – a s ní všechny otázky a touhy po smyslu. Logoterapie vychází z obrazu člověka toužícího nalézt a naplnit smysl. Naplnění smyslu není stav hodnocený mírou uspokojení, jedná se o pozitivně nabitý prostor, jenž obklopuje jedince a zároveň do něj proniká (Lukasová, 1997). Duchovní stránka člověka se projevuje svobodou v osobních volbách, odpovědností za tyto volby

⁸ V osmdesátých letech 20. století dochází u žáků Frankla, kteří logoterapii a existenciální analýzu dále rozvíjeli, k názorovému rozchodu. **Elisabeth Lukasová** jako představitelka prvního pojetí pracuje s existenciální analýzou ve smyslu logoterapeutické antropologie. Druhým směrem se ubírá **Alfried Längle**, který přepracoval existenciální analýzu ve svěbytnou psychoterapeutickou koncepci. Ta se nesoustřeďuje jen na tematiku smyslu, ale zejména hledá podmínky, které vedou k naplněnému životu (slea.cz, c2011).

a zakoušení jejich smysluplnosti či nesmyslnosti ve vztahu k poznaným životním hodnotám (Vymětal, 2004). Člověk je vnímán nejen po psychosociální a psychofyzické stránce, ale také po stránce duchovní, která je dimenzí lidské svobody. V tomto pojetí se však nejedná o svobodu „od něčeho“, ale jde o svobodu „k něčemu“ – o svobodnou volbu odpovědi na svůj osud (Lukasová, 1998).

Podle samotného Frankla (1994a) je logoterapie v porovnání s psychoanalýzou metodou méně retrospektivní a introspektivní. Je orientována spíše na budoucnost. Pacient je pak zaměřen na úkoly, které má v budoucnu splnit. Zároveň pacient není zaměřen tak sám na sebe, ruší se jeho mylné formace a mechanismy zpětné vazby, které mohou vést k rozvoji neuroz. Pacient je nasměrován ke smyslu svého života a konfrontaci s ním.

Frankl ve své knize „Vůle ke smyslu“ vyjadřuje základní myšlenku, která proniká celou logoterapií, sice, že „Člověk je bytost hledající smysl, logos, a poskytnout člověku pomoc v jeho hledání smyslu je jeden z úkolů psychoterapie – je to právě úkol logoterapie“ (Frankl, 1994b, str. 5).

Pro snadnější orientaci v tomto psychoterapeutickém směru uvádím některé pojmy, které jsou podle mého názoru pro orientaci v problematice logoterapie nezbytné.

Jak už bylo dříve uvedeno, zásadním pojmenováním v logoterapii je **vůle po smyslu**. V životě člověka je velmi důležité hledání smyslu, který se stává jedinečným a zvláštním, pokud si jej člověk naplní sám. Tehdy je uspokojena také vůle ke smyslu. Pokud se stane, že vůle ke smyslu je narušena, logoterapie hovoří o **existenciální frustraci**. Existenciální frustrace se může stát vodítkem ke vzniku neurozy. Tato **noogenní neuroza** je neurozou psychogenní – nepochází z psyché, ale z mysli (ducha), pramení v konfliktech morálních, tedy obecně vyjádřeno v duchovních problémech (Frankl, 1994a). Hledání smyslu může vyústit ve vnitřní napětí. Napětí mezi tím, čím člověk je (aktuálním stavem) a tím, čím se má člověk stát (ideálním stavem) se označuje pojmem **noodynamika**. Noodynamika motivuje každého z nás ke snaze, jednání a sebehodnocení. Svědomí je pak jejím zdrojem, jádrem duchovního života. Vnitřní pocit prázdnoty, pocit nesmyslnosti vlastního bytí je pak pocitem **existenčního vaku** (Tavel, 2007).

1.5.1 Logoterapeutický přístup a techniky

Základem logoterapeutického přístupu je předpoklad toho, že neexistuje žádná situace v životě pacienta, která by neměla smysl – vždy je možné objevit důležité hodnoty a realizovat je činem. Terapeut pomáhá člověku v tísní změnit otázku „Co ještě mohu čekat od života?“ v otázku „Co ještě život čeká ode mne?“. Pacient tak může pocit ztráty smyslu překonat, pokud namísto hledání vlastního pocitu uspokojení a štěstí (sebestředné hodnoty) hledá prospěšnost vlastního života pro druhé (altruistické hodnoty). Člověk se tak učí zodpovědnosti a zároveň plní požadavky a úkoly, které přicházejí v konkrétních životních situacích (Balcar, 2007a).

Co se týká terapeutického vztahu, logoterapeut je vždy průvodcem, který pacienta vede, navádí, povzbuzuje a také provokuje k prospěchu jeho hledání a počinání. Logoterapeut může vystupovat v roli odborné autority – tedy toho, který se lépe orientuje v zdravotních i osobních nesnázích pacienta. Je optimistický a zároveň pesimistický. Optimismus číší z víry, že je vždy naděje na zvrát vedoucí k duchovnímu vítězství. Naopak pesimistou v přístupu k očekávání změny objektivně nezměnitelných daností osudu pacienta. Je kritický, pokud pacient uniká před zodpovědností nerozumnými úskoky, nikdy však nekritizuje člověka samotného. Logoterapeut nepředepisuje hodnoty a především volby svému pacientovi, ale pokud pacientovy hodnoty nejsou patologické, nechává prostor pro jeho svobodná rozhodnutí. Terapeut je především vyobrazením lidského partnera druhému člověku, který trpí a zápasí (Vymětal, 2004).

Při logoterapii lékař nejvíce využívá praktickou existenciální analýzu, která vyvolává nové snažení pacienta v důsledku nalezení nadějně cesty v dosud beznadějném postavení. Pacient tak získává další chuť a odvalu do života, který se opět jeví jako smysluplný. Přístupy v logoterapii plynou z rozboru vnější situace a vnitřního stavu člověka. Měly by pacientovi přinést zkušenost svobody, zodpovědnosti a hodnoty právě v jeho žití (Balcar, 2007a).

Logoterapie je indikována tam, kde je diagnostikována existenciální frustrace. Tato léčba je založena na diagnostickém rozboru, jehož součástí je pravděpodobnost podílu noogenních vlivů a také vliv účinků tělesných, sociálních či duševních poruch na oblast duchovní. Zdrojem diagnostických poznatků je zde rozhovor a pozorování. Užívá se i dotazníkových zkoušek – u nás **Logo – test E. Lukasové**, **Existenciální škála**

A. Längleho, Ch. Orglerové a M. Kundiho, **PIL test** J. Crumbaugh a R. Maholicka. Nejčastěji je základní léčbou u fobií, obsesí a kompulzí, depresí a konverzí, sexuálních a psychofyziologických poruch, nově u drogových závislostí (Vymětal, 2004). V logoterapii jsou využívány především techniky paradoxní intence⁹, dereflexe¹⁰ a postojová změna¹¹.

1.5.2 Existenciální analýza

Jak už bylo výše zmíněno, tvůrcem existenciální analýzy je Frankl, který začal tuto metodu používat ve 20. a 30. letech. Existenciální analýza je chápána jako antropologie a teorie o možnostech plné existence, logoterapie znázorňuje praktické využití tohoto směru v rámci tematiky smyslu. Teorie existenciální analýzy byla později rozvinuta prakticky se zaměřením na oblast motivační, emoční, životopisnou, také okruh vnímání sebe i druhých – není již zaměřena pouze na problematiku smyslu. Na existenciální analýzu můžeme dnes pohlížet již jako na samostatnou psychoterapeutickou metodu, která má využití u většiny klinických poruch (Längle, 1997).

Frankl pojmu "existenciální analýza" ve svém díle neuvádí jednotně, někdy ji označuje jako filosoficko-antropologický základ logoterapie, jindy jako analýzu konkrétního člověka. Převážně však značí ontologickou rovinou existence. V základu stojí pojetí člověka - antropologická koncepce – přesvědčení, že člověku se jedná

⁹ **Paradoxní intence** spočívá v tom, že čím více se člověk snaží zabránit danému symptomu (např. zčervenání), tím spíše se projeví. Samotná paradoxní intence je založena na pacientově přání, aby se symptom objevil v co nejvyšší míře, nesnaží se tak symptomu zabránit. V důsledku této snahy k projevu vůbec nedojde. Namísto strachu má tedy pacient projevit paradoxní přání. Úzkost pak ustupuje do pozadí (Beran et al., 2010).

¹⁰ **Dereflexe** má odvrátit pacienta od přílišného zaměření na sebe samého a nasměrovat jej k sebepřekročení ve prospěch nadosobního smyslu. Terapeut zde dbá na to, aby si pacient změnil sebezpozorování směrem k zdravému vnitřnímu odstupu od sebe samého, aby místo sebezpřestavování pomocí povídání se nebál vzít na sebe zodpovědnost a místo přehnané snahy o vlastní uspokojení našel snahu o mimo sebe ležící cíle (Kalina, 2013).

¹¹ **Postojová změna** - v oblasti biologické a psychologické léčby bývá často největším problémem postoj, s jakým pacient přistupuje ke svým obtížím. Pokud k nim zaujímá katastrofický nebo rezignující přístup, dochází k obtížím, které mohou vést k znesnadnění léčby. Logoterapie zde usiluje o změnu postoje – tedy o přetvoření negativního a destruktivního pohledu na vlastní život, volby a činy – k pohledu pozitivnímu a konstruktivnímu. Tato změna může obnovit sebedůvěru, naději a činorodost. Terapeut využívá u této metody zejména rozhovoru o problémových životních situacích pacienta (Vymětal, 2004).

zejména o nalezení smyslu. Toto zpracování provází zejména dvě základní otázky: co činí člověka člověkem a co mu dovoluje prožít „zdravý“, naplněný život (slea.cz, 2009).

Podle Vybírala, Roubala (2010) je existenciální analýza označením psychoterapeutického přístupu, zatímco logoterapie je metoda, pracující s problematikou ztráty smyslu a dalších existenciálních témat. Od 80. let 20. století se existenciální analýza rozvíjela jakou součástí vídeňské společnosti pro logoterapii a existenciální analýzu (GLE), dnes představuje samostatný psychoterapeutický směr. Je nově označována jako fenomenologická psychoterapie, která je orientována na člověka a jeho svobodné prožívání, věrohodné zaujímání postoje a k zodpovědnosti za sebe samého a svět, ve kterém žije.

Existenciální analýza chce nalézt konkrétní smysl, vztažený k jedinečnosti každé osoby a situace. Je hledáním takového smyslu, který může naplnit právě určitý jedinec, kterému toto zůstává vyhrazeno. Zahrnuje celého člověka, jenž je i jednotou duchovně osobní. Existenciální analýza pracuje s duchovní stránkou až do jejích nevědomých hlubin, proto se označuje pojmem „hlubinná psychologie“. Nejedná se vlastně o „analýzu existence“ – ta neexistuje. Existenciální analýza je spíše „výkladem existence“ (Frankl, 1999).

V současnosti rozvíjí existenciální analýzu **Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu (SLEA)**, založena roku 1999 v Praze. Tato společnost navazuje na odkaz samotného Frankla a jeho žáka Alfrieda Längleho. Längle byl lékařem a psychiatrem, který pracoval na využití existenciální analýzy pro praktické účely v práci s pacienty. Tímto se existenciální analýza rozvíjela jako psychoterapeutická metoda. Společnost SLEA pořádá dlouhodobé výcviky podle výcvikové programu GLE Wien pro práci ve zdravotnictví. Aktuální stav rozvoje existenciální analýzy do výcviků přinesla žačka Längleho Božuková. SLEA od roku 1999 organizuje konference se zaměřením na teoretický rozvoj a klinickou aplikaci existenciální analýzy. Pro práci ve zdravotnictví je pořádán také výcvik pořádaný společností IPIPAPP¹² (Olomouc), který vychází z koncepce Frankla a Lukasové (Vybíral, Roubal, 2010).

¹² **IPIPAPP** je institut pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství. Existuje od roku 1992 jako občanské sdružení. Posláním sdružení je rozvoj, zprostředkování a poskytování kvalitních poznatků i

Významným krokem v rozvoji existenciální analýzy je podle Božukové (1999) tzv. **emocionální obrat**, kde emoce jsou považovány za ústřední bod terapeutické práce. Toto pojetí souvisí zejména s rozvinutím metody osobní existenciální analýzy. Metoda osobní existenciální analýzy pracuje s emocionalitou klienta a s její pomocí lze terapeuticky řešit problémy, traumata, blokády – dosáhnout přestavby osoby tam, kde osoba „psychodynamicky uvízla“ a ztratila otevřenost k sobě samé.

Podle Längleho, Sulze (2007) existenciální analýza má dopomáhat člověku k tomu, aby žil s vnitřním souhlasem se svým jednáním a svým bytím. Tento vnitřní souhlas v sobě uzavírá autentičnost a osobní opravdovost a je realizací osobní svobody, kde vnitřní „ano“ souzní s vlastním jednáním. Existenciální analýza má jako teoretické pozadí koncept základních motivací. Jedná se o čtyři základní dimenze, na nichž spočívá existence: ontologická (vztah ke světu), vitálně – axiologická (vztah k životu), etická (vztah k sobě) a praktická (vztah k budoucnu). Při jejich přiměřeném žití a prožívání tvoří základní podmínky naplněné existence. Mohou prostupovat naše bytí až na úroveň motivace:

- motivace k fyzickému přežití a k duchovnímu zvládnutí svého bytí, tj. *moci být*
- motivace k psychické chuti žít a prožívání hodnoty, tj. *přát si žít*
- motivace k osobní opravdovosti a spravedlnosti, tj. *smět být takový*
- motivace k existenciálnímu smyslu a k naplňování hodnot, tj. *umět jednat určitým způsobem*

Pokud jsou naplněny podmínky „moci, přát si, smět a umět“, pak jde o to pravé osobní existenciální „chtít“ žít (Längle, Sulz, 2007).

Existenciální analýza je také nově přístupná k práci s biografickou minulostí klienta, což Božuková (1999) považuje za odklon od původní logoterapie Viktora Frankla, která se soustředovala na budoucnost a biografickou práci vnímala jako odvedení pozornosti od přítomné situace.

praktických dovedností z psychologie, psychoterapie, duševní hygieny a jiných věd o člověku (slea.cz, 2010).

2 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

Životní spokojenost se dostala do centra zájmu psychologů relativně v nedávné době. Rostoucí pozornost věnovaná tomuto tématu zajisté souvisí s aktuálně se rozvíjejícím psychologickým přístupem – pozitivní psychologií¹³. Zatímco dříve se odborníci zaměřovali spíše na studium problematických oblastí, rizikových oblastí a poruch - pozitivní psychologie přináší zájem o příznivé aspekty života a pozitivní stránky osobnosti. Postupně se tak ustálily pojmy jako well-being, životní spokojenost, štěstí nebo osobní pohoda. Všechny tyto pojmy směřují k hodnocení vlastního života a také k přání většiny z nás – prožít svůj život spokojeně. Těmto pojmům, ale také skutečnostem, které vedou ke spokojenému životu člověka, je věnována následující kapitola.

2.1 Životní spokojenost – vymezení pojmu, souvislost s osobní pohodou

Odpradáвна bylo středem lidského zájmu objevit to, co je podstatné pro poznání pocitu pohody. Za nejstarší dochovanou odpověď je považován výrok Aristotela, že „jediným rozumným cílem v životě člověka je být šťastný“. Filosofové a teologové na otázku „Kdy je člověku dobře?“ přicházeli s celou řadou odpovědí. Doporučovali prožít život v lásce (křesťanství), v moudrosti a zvažování toho, jak se věci mají (antická filosofie) či nepřipouštět si bolest a nedat se ničím vyvést z klidu (buddhismus) (Křivohlavý, 2010a).

Postupně tak vzniká mnoho různých teorií a domněnek, systematické vědecké bádání však začíná teprve v osmdesátých letech 20. století. Do této doby spadá také vznik nové psychologické disciplíny – psychologie osobní pohody zaměřené na pozitivní psychické stavy s ohledem na subjektivní hodnocení stavu pohody (Blatný et al., 2005).

¹³ **Pozitivní psychologie** je věda o pozitivních emocích a kladných životních zážitcích a zkušenostech, o kladných vlastnostech a rysech osobnosti a o pozitivních fungujících společenstvích a institucích. Vznikla v roce 1999. Svou zaměřeností na správné fungování jedince vytváří opačný pól k „patologickému“ pohledu na člověka, který v psychologii převažoval (Slezáčková, 2010).

Základním pojmem, kterému se v psychologii osobní pohody věnuje celá řada badatelů, je životní spokojenost. Problematika životní spokojenosti je sledována v souvislosti se zdravím nebo chováním vztahujícím se ke zdraví. Na toto téma byla orientována celá řada prací, nelze se tedy divit tomu, že koncept životní spokojenosti je obtížné definovat.

Na životní spokojenost je možné podle Hamplové (2004) nahlížet ze dvou hledisek – z hlediska subjektivního, tedy jak je člověk spokojený se svým postavením ve společnosti, ale i s realizací vlastních plánů a cílů (na toto hledisko je v současné době kladen větší důraz) a hlediska objektivního, kdy jsou pozorovány „z vnějšku“ různé proměnné jako zdravotní stav, demografické údaje, finanční zajištění, sociální či ekonomické podmínky. Subjektivní hledisko, tedy to, jak jedinec prožívá a osobně vnímá životní spokojenost Hamplová (2006) dále člení na komponentu kognitivní (to, jak člověk rozumem hodnotí vlastní život) a komponentu afektivní (emoční prožívání vlastní situace). Toto členění je však některými autory nepřijímáno, afektivní komponenta je řazena spíše k pocitu štěstí.

Životní spokojenost můžeme chápat jako složku **osobní pohody**. Osobní pohodu lze jednoduše definovat jako dlouhodobý či přetrvávající emoční stav, ve kterém je reflektována celková spokojenost člověka s vlastním životem (Diener et al., 1999). Osobní pohodu v nejširším slova smyslu tvoří dvě složky, emoční¹⁴ a kognitivní. Hlavní kognitivní složku osobní pohody tvoří právě životní spokojenost. Jedná se o **vědomé, globální hodnocení vlastního života jako celku**. Životní spokojenost je nejčastější výzkumnou operacionalizací osobní pohody.¹⁵ Je také vyjadřována jako míra uspokojení, se kterou člověk posuzuje všeobecnou kvalitu svého života jako celku. Jinými slovy: jak má člověk rád život, jenž vede (Strack et al., 1991). Je zde představen určitý kognitivní proces. Jak bylo výše uvedeno, osobní pohoda je nejčastěji dělena do dvou kategorií. První kategorie je emoční stav, pocit nebo zážitek radosti. Druhou kategorií tvoří kognitivní děj, proces úsudku a vědomé zhodnocení života člověka.

¹⁴ Hlavní emoční složky osobní pohody jsou **dlouhodobě prožívané emoce** (jejich frekvence a intenzita) a také **štěstí**, vyjadřující hodnocení prožitkové stránky vlastního života. Můžeme jej popsat jako převahu pozitivních emocí nad negativními, jednoduše jako stav protikladný depresi (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006).

¹⁵ Další **kognitivní složka** osobní pohody – spokojenost v subjektivně významných oblastech života, také úzce souvisí s globální životní spokojeností. Mezi tyto významné součásti života patří rodina, přátelé, zaměstnání, sociální postavení a ekonomický status (Blatný et al., 2005).

Na životní spokojenost tedy doporučujeme pohlížet jako na složku osobní pohody, jež popisuje její kognitivní stav.

Diener (1985, in Kožený, Csémy, Tišanská, 2007) nahlíží na životní spokojenost jako na koncept, který patří mezi jednu ze tří součástí **subjektivně pocíťované pohody** (subjective well-being [SWB]). Podobné pojetí zastávají i Headey a Wearing (1989, in Kožený, Csémy, Tišanská, 2007), kteří na osobní pohodu pohlížejí jako na „**subjektivní osobní pohodu**“ značenou písmeny SWB. Osobní pohoda je zde chápána jako stav, jenž může být vlastní pouze jedné a té samé konkrétní osobě. SWB je pak rozdělena na tři složky: jednu kognitivní - životní spokojenost a dvě emoční – nepřítomnost negativních afektů a přítomnost pozitivních afektů. V odborné literatuře se dosud nesetkáváme s přesným odlišováním pojmu životní spokojenosti a SWB. V české psychologii se v odborném jazyce neustálil vhodný český ekvivalent pro SWB, za nejuvěstičnější překlad je považován termín osobní pohoda (Kožený, Csémy, Tišanská, 2007).

Během osmdesátých let dvacátého století došlo k zásadnímu posunu, výskyt článků s problematikou osobní pohody, štěstí a životní spokojenosti se zpětinasobil, a to na 780 článků za rok (Myers, Diener, 1995). Během posledních třiceti let došlo k výrazné změně v pohledu na téma osobní pohody, kdy se pro psychology osobní pohoda zařadila mezi nejvíce studované náměty. Rozsáhlému tématu osobní pohody, konkrétněji vymezením pojmu osobní pohody, její struktuře a zejména zdrojům, budou věnovány i následující podkapitoly.

2.2 Vymezení pojmu osobní pohoda (well-being)

V současnosti je možné nalézt mnoho termínů jak odborných, tak i laických pro vyjádření osobní pohody. Všeobecně používaným a známým názvem je v české i anglosaské literatuře pojem „**well-being**“. Tento pojem je do českého jazyka překládán jako pohoda či osobní pohoda. Existuje mnoho definic a vymezení osobní pohody a autoři zabývající se touto tematikou se ve svých interpretacích do určité míry odlišují. Pro přehlednost a lepší pochopení problematiky osobní pohody uvádíme některé z nich.

Jak už bylo výše zmíněno, osobní pohodu je možné definovat jako dlouhodobý či přetrvávající emoční stav, ve kterém je reflektována celková spokojenost člověka

s jeho životem (Blatný et al., 2005, Kebza, Šolcová, 2003, Kebza, Šolcová, 2005). Koncept well-being je objasňován ve většině případů opisně. V anglosaské literatuře nejčastěji ve vztahu k pojmu „satisfaction“ (spokojenost) obvykle používán v sousloví „life satisfaction“ (životní spokojenost), ale rovněž k pojmu „welfare“ (blaho), „pleasure“ (radost), „prosperity“ (úspěšnost, prosperita) nebo také ve vztahu k pojmu „happiness“ (štěstí) a „health“ (zdraví). Tento pojem je také často užíván v obecném jazyce (Kebza, Šolcová, 2005).

Džuka a Dalbertová (1997) nazývají tento dlouhodobý stav jako **habituální pohodu**. Označují tím pohodu, která je pro člověka typická a odlišují ji tak od aktuální subjektivní pohody jako pohody v konkrétním časovém úseku. Podle Blatného et al. (2005) je well-being „subjektivní reflexe lidského prožívání a hodnocení vztahu k sobě i okolnímu světu a jeho psychologického zpracování.“ (Blatný et al., 2005, s. 12).

Křivohlavý (2010b) pracuje s termínem **životní pohoda**, která je rozčleněna na dvě úrovně. První v sobě zahrnuje psychickou pohodu (sebe přijetí, osobní růst, samostatnost) a druhá sociální pohodu (sociální přijetí a integraci). Diener (2000) uvádí, že lidé mohou prožívat silný pocit osobní pohody, když prožívají mnoho pozitivních a málo negativních emocí, když se podílejí na osobně zajímavých aktivitách a když jsou spokojeni se svým životem.

Diener, Lucas a Oishi (2002, in Slezáčková, 2010) definují osobní pohodu jako **kognitivní a emocionální hodnocení vlastního života**. Toto hodnocení obsahuje jak emocionální reakce, tak kognitivní posouzení životní spokojenosti a životního naplnění. V novějších publikacích Diener užívá spíše pojmu „štěstí“ (happiness). Obohacuje svou koncepci také o pojem flourishing, kterým myslí vzkvétání, všestranné optimální prospívání osobnosti. Součástí pojetí osobní pohody tedy jsou:

- subjektivní stav duševní pohody s převahou pozitivních emocí a nižší poměr negativních emocí,
- kognitivní zhodnocení spokojenosti se životem,
- zhodnocení spokojenosti v důležitých oblastech života (Slezáčková, 2010).

Diener, Biswas-Diener (2008, in Slezáčková, 2010) používají nově termín duševní bohatství člověka (psychological wealth), který podle jejich uvážení přesahuje

dosavadní chápání osobní pohody. Duševní bohatství jako důležitý předpoklad štěstí je tvořeno:

- životní spokojeností a štěstím,
- spiritualitou, smysluplným životem,
- pozitivními postoji, kladnými emocemi,
- láskyplnými mezilidskými vztahy,
- zapojením se do aktivit a pracovních činností,
- hodnotami a životními cíli,
- fyzickým a mentálním zdravím,
- materiálním dostatkem k uspokojení potřeb (Slezáčková, 2010).

Well-being podle Kebzy, Šolcové (2003) patří mezi pojmy, jejichž primární založení je převážně psychologické, ale mohou se dotýkat také dalších společenskovedních a přírodovědných oborů. Můžeme zde například zmínit filosofii, sociologii, pedagogiku, medicínu a její subdisciplíny. S tím souvisí i fakt, že tento pojem se dostal do povědomí lidí v návaznosti na definici zdraví, kterou v roce 1948 publikovala Světová zdravotnická organizace (WHO). Na well-being je zde pohlíženo jako na důležitou komponentu zdraví – jež není definováno pouze jako nepřítomnost choroby či poruchy, ale jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (Blatný, 2010).

Osobní pohoda bývá také chápána jako součást **kvality života**¹⁶. Tu tvoří dvě základní dimenze – subjektivní osobní pohoda a objektivní osobní pohoda. Mezi subjektivní pocity osobní pohody jsou řazeny čtyři komponenty – psychická osobní pohoda, sebeúcta (self-esteem), sebeuplatnění (self efficacy), osobní zvládání (personal

¹⁶ **Kvalita života** označuje komplexní, multidimenzionální a interdisciplinární pojem. Není vytvořena všeobecně platná definice. Kebza, Šolcová (2005) uvádí, že je to jedincem (také skupinou, komunitou či společností) utvořený mnohaúrovňový pohled na to, jak se uplatnit fyzicky, psychicky a sociálně v životě. Kvalitu života je možné chápat jako subjektivní posouzení vlastní situace. Co se týče vztahu k osobní pohodě, v řadě studií bývá na osobní pohodu nahlíženo jako na součást kvality života, přičemž se berou v úvahu dvě dimenze kvality života – subjektivní a objektivní osobní pohoda (Mandincová, 2011).

control). Přičemž shoda mezi očekávanými a dosaženými životními cíli, psychosomatické symptomy, pozitivní a negativní efektivita, štěstí, životní spokojenost bychom zařadili jako části psychické osobní pohody (Kebza, Šolcová, 2005).

V dílech některých autorů je možné pozorovat také záměnu pojmů osobní pohody a štěstí. Například Diener (2000) používá tyto dva pojmy střídavě, jindy s nimi pracuje jako se synonymy nebo štěstí uvádí jako činitele, který má vliv na podstatu osobní pohody. Argyle a Martinová (1991) jsou toho přesvědčení, že štěstí je tvořeno třemi komponentami – čestností, mírou prožívání pozitivních afektů nebo radosti, dále úrovní spokojenosti a nepřítomnosti negativních pocitů.

Z uvedené podkapitoly vyplývá, že se v psychologii při vymezení pojmu well-being setkáváme s celou řadou názorů a přístupů. Souhrnně můžeme říci, že se psychologové shodují na tom, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, kdy člověk uvažuje nad spokojeností se svým životem.

2.3 Struktura osobní pohody

V nejširším smyslu lze říci, že osobní pohodu tvoří dvě hlavní složky, složka emoční a kognitivní. Strukturu osobní pohody bude věnována následující podkapitola.

Podle Kebzy a Šolcové (2009) by osobní pohoda měla být chápána a měřena pomocí komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad), emočních (pozitivní emoce, negativní emoce), sociálních a kulturních (rozvíjení pozitivních vztahů k druhým, autonomie, zvládání životního a sociálního prostředí, spiritualita). Osobní pohodu lze charakterizovat konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase.

Jak už bylo dříve zmíněno, kognitivní složkou rozumíme vědomé hodnocení vlastního života označovanou jako životní spokojenost. Emoční složka je dána souhrnem nálad emocí a afektů. Prožívání duševní pohody navazuje na posouzení spokojenosti se životem, nepřítomnost negativních emocí a přítomnost emocí pozitivních (Blatný, 1999). Emoční složka vyjadřuje stabilnější emoční dispozice, které jsou základem pro temperamentové rysy osobnosti. Emoční a kognitivní složka mají mezi sebou úzkou souvislost, protože úroveň prožívaných emocí ovlivňuje hodnocení vlastního života. Úroveň osobní pohody utvářejí také faktory jako percepce zaměření do

budoucnosti (očekávání, plány a cíle), přítomnost či nepřítomnost psychosomatických obtíží či přesvědčení o vlastním vlivu apod. (Snopek et al., 2011).

Mezi další součást emoční složky osobní pohody můžeme zařadit štěstí. Tento pojem je užíván v souvislosti s hodnocením prožitkové stránky vlastního života, značí převahu pozitivních emocí nad negativními, protiklad deprese (Argyle, 1999). Například Oxfordský dotazník štěstí (Oxford Happiness Inventory) autorů Argyla, Martina, Crosslanda je převážně sestaven z položek Beckova dotazníku deprese (Beck Depression Inventory), kdy jsou přeformulovány jednotlivé otázky do výroků s pozitivní valencí – např. *málokdy se směji* na *často se směji*. V takto vytvořeném pojmu štěstí je možné nalézt jak globální hodnocení, tak emoční stavy. Štěstí tady reprezentuje přechod mezi emočními a kognitivními komponentami osobní pohody (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006).

Hrdlička, Kuric, Blatný (2006) dále doplňují, že hlavní kognitivní komponentou osobní pohody je životní spokojenost jako vědomé a globální posouzení života jako celku. To, že je životní spokojenost termínu osobní pohody nejbliže ve svém významu, můžeme doložit tím, že životní spokojenost je v řadě výzkumných prací nejhojněji používána pro vyjádření osobní pohody. V roce 1998 byla vytvořena metanalýza 146 studií zaměřených na souvislost mezi osobní pohodou a osobnostními charakteristikami. Osobní pohoda byla vystižena pojmem životní spokojenost ve 102 případech.

Podle Dienera (2000) je osobní pohoda (well-being) složena z řady oddělitelných komponent, mezi které řadí životní spokojenost (celkové kognitivní posouzení životní spokojenosti), spokojenost v důležitých oblastech života, tzv. „important domains“ (například pracovní spokojenost), pozitivní afektivitu (časté prožívání příjemných emocí a nálad) a nízkou úroveň negativní afektivity (nízká úroveň negativních emocí a nálad). Osobní pohoda je široký koncept zahrnující emocionální složku na jedné straně a kognitivní hodnocení vlastního života na straně druhé.

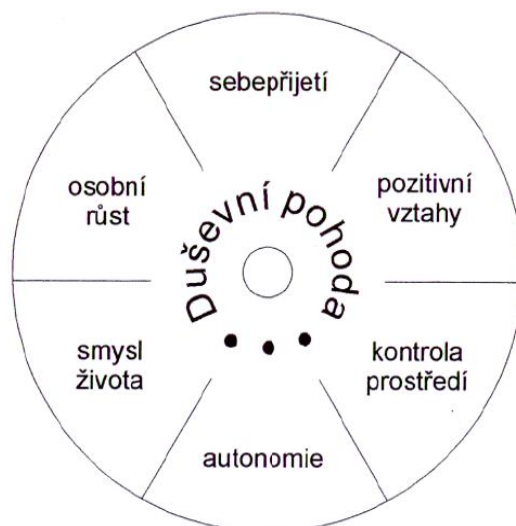
Další možnost jak pojímat osobní pohodu jako konstrukt uvádí Becker (1991, in Blatný et al., 2005), který osobní pohodu definuje z hlediska tří dimenzí, vzájemně spolu souvisejících. Mezi tyto dimenze patří stav (state), rys (trate) a proces. Důležitou součástí stavu osobní pohody je nálada jako hodnotící naladění aktuální zkušenosti jedince. V dimenzi rysu osobní pohody je vystihnuta jeho průměrná úroveň v průběhu času, tedy nejfrekventovanější vystižení nálad, které člověk zažívá.

Procesuální částí osobní pohody je variabilita stavu nálad v průběhu času, souvisí s prožíváním osobní pohody na úrovni psychické i fyzické (Blatný et al., 2005).

Americká psycholožka Ryffová zdůraznila zájem o hlubší psychologické aspekty osobní pohody v **konceptu duševní pohody** (psychological well-being). Podle Ryffové, Keyesové (1995) dosahuje jedinec osobní pohody, pokud se mu daří optimálně naplňovat šest oblastí duševního života. Tyto dimenze duševní pohody tvoří

- *sebeakceptace, sebebřijetí* (self acceptance) – pozitivní postoj k sobě, spokojenost se sebou samým, srozumění s různými aspekty sebe, přijetí různých akceptů sebe, srozumění s vlastní minulostí,
- *osobní růst* (personal growth) – pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, schopnost vidět pozitivní změny svého já,
- *smysl života* (purpose in life) – přesvědčení, že život má účel a cíl, pocit, že minulý i přítomný život má smysl
- *pozitivní vztahy s druhými* – uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých, empatie
- *zvládnání životního prostředí* (environmental mastery) – pocit kompetence ke zvládnání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje v okolním prostředí, schopnost vidět příležitosti
- *autonomie* – pocit či vědomí vlastního sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům, zachování si vlastního názoru, nezávislost na hodnocení druhých (Ryff, Keyes, 1995).

Pro toto pojetí je zásadním faktem to, že psychologické oblasti nejsou jen zdroji osobní pohody, ale zároveň i jejími složkami, tvořící její integrální součást (Blatný, 2010).



Obrázek 1. Dimenze duševní pohody dle C. Ryffové (upraveno dle Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006, s. 131)

Všechny tyto složky osobní pohody mohou být zároveň uvedeny i jako koreláty osobní pohody. Většina teoretiků se tedy přiklání ke třem nezávislým faktorům osobní pohody: pozitivní afektivitě, negativní afektivitě a životní spokojenosti (Dosedlová, 2008).

Při rozlišování komponent osobní pohody je důležité brát v úvahu také časovou dimenzi posouzení. Rozeznáváme aktuální stav, subjektivní osobní pohodu – subjective well-being (State) a situaci překračující obvyklou, habituální úroveň osobní pohody (Set-Point). Vlivy specifické pro danou situaci a také vliv denní a týdenní doby souvisejí s kolísáním aktuálního stavu osobní pohody kolem obvyklé hodnoty. V návaznosti na tuto skutečnost je diagnostika duševní pohody ovlivněna těmito hledisky:

1. aktuální stav prožívané osobní pohody,
2. obvyklá úroveň osobní pohody,
3. situačně podmíněné odchylky aktuálního stavu osobní pohody od obvyklé úrovně osobní pohody.

Tyto aspekty mají vztah k životu obecně či k různým oblastem života. Je pak možné přisoudit momentální náladu k pracovnímu místu nebo k obecné úrovni

atmosféry na pracovišti, také k odchylkám nálady ve specifické pracovní situaci od obecné úrovně nálady v pracovním kontextu.(Blahutková, Dan, 2008).

2.4 Zdroje osobní pohody

Problematikou štěstí a šťastných lidí se zabýval Wilson, který v roce 1967 publikoval jednu z prvních studií na toto téma. Definoval štěstí, jeho složky a způsoby měření. Středem jeho zájmu však bylo sestavit seznam charakteristik typických pro šťastného člověka. Toho vnímá jako mladého, zdravého, vzdělaného, dobře placeného, extravertovaného, optimistického, bezstarostného, nábožensky založeného, žijícího v manželství, se sebevědomím, vysokou pracovní morálkou, přiměřenými aspiracemi, bez ohledu na pohlaví a s širokým rozpětím inteligence (Blatný et al., 2005). Vliv sexuální diference v souvislosti s touto charakteristikou nehraje významnější roli, kromě zjištění, že ženy jsou pravděpodobně poněkud šťastnější ve srovnání se stejně starými muži ve věku do 40 let, přičemž nad 45 let jsou šťastnější ve větší míře muži. Wilsonovy závěry si uchovaly svou platnost, s výjimkou korekce některých oblastí. (Kebza, Šolcová, 2005).

Výzkumy orientované na prožívání osobní pohody v následujících letech pokračovaly a vyplynulo z nich širší spektrum možných zdrojů vedoucích k osobní pohodě. Vedle psychologických charakteristik (extroverze, optimismus, sebeúcta) jsou to hlavně demografické faktory (vzdělání, věk a příjem). V návaznosti na současné poznatky můžeme zdroje osobní pohody rozčlenit do čtyř kategorií. Mezi ně patří socioekonomické a demografické faktory, osobnostní dispozice, diskrepance či shoda mezi osobními očekáváními a skutečností a sociální vztahy (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006).

2.4.1 Demografické faktory

Lidé euroamerické kultury nabývají dojmu, že štěstí je ovlivněno působením vnějších ukazatelů. Recept na šťastný život v sobě zahrnuje dobře placenou práci, pevné manželství, děti či komfortní bydlení. Nejprve se budeme zabývat sociálními proměnnými, mezi které jsou řazeny sociodemografická kritéria jako věk, pohlaví, náboženství, finanční příjem. Jsou zde zahrnuty i charakteristiky prostředí jako lokální

kriminalita, kvalita obytné čtvrti, doprava (Blížkovská, 2003). Podle Hrdlička, Kuric, Blatný (2006) řadíme k demografickým proměnným také zdraví, rodinný stav, vzdělání, sociální status (příslušnost k určité sociální vrstvě), ekonomický status (příjem), zaměstnání, víru a příslušnost k rase či etniku.

Pozornost badatelů se v počátcích výzkumu osobní pohody upírala právě k těmto faktorům. K tomu přispěl i oprávněný předpoklad, že člověk zdravý, ekonomicky zabezpečený, se stabilním rodinným zázemím bude spokojenější ve srovnání s člověkem nemocným, opuštěným a bez zaměstnání. **Demografické faktory však osobní pohodu ovlivňují jen v malé míře.** Sociální proměnné jsou odpovědné jen za 5 % variability při posuzování pocitu subjektivní pohody, přičemž jejich vliv na emoční složku pocitu štěstí je ještě slabší. Tato fakta se vztahují k relativně bohatým zemím západní civilizace. Situace v nejhudších zemích světa je taková, že zde vzniklý nízký skóre subjektivní pohody má souvislost s opakujícími se obtížemi uspokojit základní lidské potřeby (Dosedlová, 2008).

Vybrané demografické faktory

Věk

Mnoha lidem se při vzpomínce na své dětství či mládí vybaví pocit štěstí a bezstarostnosti. Je možné hledat souvislost mezi mírou prožívaného štěstí a věkem? Úroveň štěstí jedince kopíruje tvar písmene „U“: maxima je dosaženo v rané dospělosti, poté míra štěstí klesá pozvolna až do přibližně čtyřicátého roku života, poté však začne životní spokojenost s věkem narůstat. Ze studií lze konstatovat, že zatímco se průměrná životní spokojenost s věkem zvyšuje, hladina pozitivního prožívání mírně klesá a míra negativního prožívání se nemění (Slezáčková, 2010).

Kebza, Šolcová (2004) upozorňují na to, že s narůstajícím věkem u obou pohlaví přibývá pozitivního hodnocení zvládnání prostředí, hodnocení smyslu života a osobního rozvoje s přibývajícím věkem naopak klesá. Co se týká posouzení životní spokojenosti – dochází rovněž ke snižování v souvislosti s rostoucím věkem. Limitujícím faktorem osobní pohody u tzv. nejstarších starých (nad 85 let) jsou chronické nemoci a výrazné zhoršení funkcí. Berlínská studie stárnutí udává, že tzv. mladí staří (70 – 84 let) uvádějí ve srovnání s nejstaršími starými vysoce signifikantně vyšší úroveň osobní pohody.

Podle Myers, Diener (1995) jsou lidé přesvědčeni, že ve spojitosti s věkem se v životě vyskytují období šťastná a méně šťastná – mezi která bychom mohli zařadit dospívání, krizi středního věku, poslední léta stáří. Závěry z rozhovorů vedených s lidmi různého věku tuto skutečnost ale nepotvrzují - ukazuje se tedy, že žádné životní období není šťastnější nebo méně šťastné než jiné. Nebylo tedy dokázáno, že by se osobní pohoda výrazněji měnila s věkem. Zdroje štěstí se však s věkem mění, např. spokojenost s mezilidskými vztahy a zdravím se pro člověka stávají důležitější v pozdější etapě života. V návaznosti na výsledky studií věnovaných osobní pohodě z hédonického hlediska, kdy za její hlavní komponenty je považována životní spokojenost a celkový objem pozitivních a negativních prožitků, můžeme konstatovat, že jen objem pozitivních emocí s rostoucím věkem klesá. Kognitivní složka osobní pohody, životní spokojenost s věkem mírně stoupá (Blatný, 2010).

Zajímavým modelem, který vystihuje změny zdrojů osobní pohody v průběhu života, je multidimenzionální model Ryffové, kterým jsme se zabývali již dříve. Ryffová (1991) poskytuje srovnání třech věkových skupin dospělých: mladých dospělých (věkový průměr 19 let), dospělých ve středním věku (věkový průměr 46 let) a starších dospělých (věkový průměr 73 let). Obě mladší věkové skupiny zakoušely větší pocit osobního růstu ve srovnání se skupinou starších dospělých. Nejsilnější pocit autonomie měla skupina dospělých středního věku a větší pocit kontroly nad prostředím byl zjištěn u starších dospělých i dospělých středního věku. Pro celkový pocit osobní pohody je po celý život rovnoměrně důležitá potřeba pozitivních vztahů, životního smyslu a sebeakceptace (Ryff, 1991; cit. dle Blatný et al., 2010).

Pohlaví

Další demografickou charakteristikou, která však nemá k osobní pohodě podstatný vztah, je příslušnost k pohlaví. Souvislost mezi osobní pohodou a pohlavím byla badateli často prověřována. Mezi muži a ženami nenajdeme rozdíl v celkové spokojenosti, mohou se ale odlišovat ve zdrojích osobní pohody a v jejím vyjádření. Ženy jsou oproti mužům mnohem více soustředěny na sociální vztahy. Prožívají také silněji pozitivní i negativní emoce, častěji trpí depresemi. Výzkumy však poukazují také na vyšší úroveň pozitivních emocí u žen a rovněž extrémně vysoké hodnoty osobní pohody (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006).

Vliv pohlaví na úroveň osobní pohody byl také zjišťován ve studii Ryffové a Singera (1998, in Snopek et al., 2011). Z prezentovaných výsledků vyplývá, že ženy posuzují pozitivněji než muži své vztahy s druhými a svůj osobní rozvoj. Huebner (1991, in Snopek et al., 2011) se věnoval životní spokojenosti u dětí a adolescentů. Uvádí, že životní spokojenost amerických školáků souvisí s extroverzí, nižším neuroticismem a vyšší sebekontrolou, přičemž věk ani pohlaví nepatří mezi determinující faktory (Snopek et al., 2011).

Co se týče pocitu neštěstí, lze vypožorovat zarážející rodové rozdíly. Ženy jsou oproti mužům dvakrát náchylnější k depresím a úzkostem, muži naopak pětkrát náchylnější k alkoholismu a antisociálním psychickým poruchám. Na jedné straně ženy prožívají intenzivnější smutek za nepříznivých okolností, na straně druhé mají větší schopnost radovat se za příznivých okolností. Ačkoli ženy vykazují o trochu větší pocit štěstí než muži, bereme-li v potaz pouze pozitivní emoce, celkově vykazují výsledky zhruba vyváženou situaci v prožívání štěstí u mužů a žen. V metaanalýze 146 studií bylo zjištěno, že pohlaví představuje méně než 1 % variability celkové osobní pohody. Výsledek je možné globálně zevšeobecnit. V 80. letech 20. století se uskutečnil společný průzkum 16 národů, v němž 80 % mužů a 80 % žen uvedlo, že jsou přinejmenším „docela spokojeni“ se životem. Podobný výsledek vyplynul ze studie, již se zúčastnilo 18 032 vysokoškolských studentů ve 39 zemích (Myers, Diener, 1995).

Zdraví

V posledních letech jsou středem veřejného i vědeckého zájmu problémy spojené s tělesným a duševním zdravím člověka. S tím souvisí vznik nové psychologické disciplíny psychologie zdraví rozvíjející se zejména v USA (Blahutková, 2008). Předmětem zkoumání tohoto psychologického oboru je sledovat zdravotní dopady (kladné i záporné) určité lidské činnosti, lidského jednání a chování (Křivohlavý, 2001). S podporou a posilou zdraví je rovněž úzce spojena pozitivní psychologie, jejímž předmětem zájmu jsou kladné psychologické jevy jako radost, naděje, odpouštění, smířování, vděčnost, empatie, altruismus, láska, přátelství, moudrost, nezdolnost (resilience), sebeocenení (selfesteem), vrcholné zážitky (flow), duševní pohoda (well-being) a spiritualita (Křivohlavý, 2010b).

Na zdraví je možné pohlížet holisticky, bývá také považováno za ideální stav člověka, který se cítí dobře (wellness). Mezi faktory podporující zdraví můžeme zařadit

vnímání osobní zdatnosti (self-efficacy), zvládání náročných životních situací, sociální oporu a duševní hygienu. Pojem zdraví je spjat s pojmem štěstí. Šťastní lidé se zpravidla cítí zdravěji a žijí déle. Ve skutečnosti však zdravý člověk nepocituje štěstí a spokojenost v takové míře jako osoba po úrazu nebo těžkém onemocnění. K pocitu vyrovnanosti, tedy zdraví každého z nás vedou složité individuální cesty, nalézáním těchto cest je vytvořena duševní pohoda člověka, naplňuje se tedy cesta ke zdraví. Prožitek osobní pohody je hodnocení vlastního života, stejně jako poměr příjemných i nepříjemných fyzických a psychických pocitů (Blahutková, 2008).

Na well-being a životní spokojenost je nahlíženo jako na významné faktory související s vnímáním zdraví a kvalitou života. Věnuje se jim řada výzkumných prací. Tyto subjektivní indikátory se promítají do všech oblastí života jedince a mají pozitivní i negativní dopad na zdraví. Monitorování těchto indikátorů je významné zejména u dětí a mládeže, u kterých spatřujeme vysokou prevalenci tzv. somatoformních potíží, tedy výskyt tělesných potíží bez zjištěné organické příčiny. Děti mají mnohem více propojenou psychickou a somatickou složku než dospělí. U mladších dětí se přetížení patologickými vlivy snadněji přenáší z jedné složky do druhé (Hlaváčková et al., 2009).

V literatuře se tedy velmi často objevuje subjektivní pocit dobrého zdraví ve spojitosti s osobní pohodou. Jak už bylo dříve uvedeno, oba tyto pojmy společně tvoří definici zdraví Světové zdravotnické organizace z roku 1948. Z této definice lze well-being považovat za **zprostředkující pojem mezi zdravím a kvalitou života**. Často se setkáváme s argumentací ve smyslu působení zdraví na osobní pohodu. Podle novějších studií můžeme říci, že se jedná o obousměrný vztah, tedy že osobní pohoda uplatňuje svůj vliv na zdraví (Hřebíčková, Blatný, Jelínek, 2010).

Již v roce 1967 došel Wilson k závěru, že zdraví silně koreluje s pocitem subjektivní pohody. Tato asociace však platí pouze pro zdravotní údaje, které poskytovali sami dotázaní. Korelace se značně oslabí, když prozkoumáme objektivní hodnocení zdraví provedené lékaři. V jiné longitudinální studii taktéž nenacházíme přímý vliv objektivního zdraví (hodnoceného např. podle návštěv u lékaře a hospitalizací) na celkovou spokojenost se životem. Životní spokojenost byla místo toho závislá na subjektivně interpretovaném zdraví, které bylo ovlivněno jak negativními afekty, tak objektivním zdravím. Vnímání zdraví je rovněž ovlivněno osobností. Podle zjištění si neurotici zpětně vybavovali více žaludečních, střevních

a respiračních symptomů, než předtím udávali v každodenních hlášeních. Samostatně hodnocené údaje o zdraví zohledňují nejen skutečný tělesný stav jednotlivce, ale také úroveň emocionálního přizpůsobení se a vztah mezi samostatně hodnoceným zdravím a SWB se touto emocionální složkou navyšuje. Proto se spíše zdá, že vlastní vnímání zdraví je ve svém účinku na SWB důležitější než objektivní zdraví (Myers, Diener, 1995).

Socioekonomický status

Výrazný vliv na osobní pohodu nemá ani ekonomická situace. Vztahem mezi osobní pohodou a bohatstvím se zabýval americký psycholog Diener. S bohatstvím je to obdobné jako se zdravím, pokud jej není mnoho, může tato skutečnost vést ke stavům nepohody. Přítomnost bohatství však spokojenost také nezaručuje. Diener dochází k závěrům, že příslušníci bohatých národů mohou být o něco spokojenější než příslušníci národů chudších. Národní bohatství můžeme dát do souvislosti s délkou demokratického fungování daného státu, což pozitivně souvisí s životní spokojeností (Myers, Diener, 1995).

Pokud se dále budeme věnovat vlivu socioekonomického statusu, můžeme konstatovat, že **s vyšší úrovní vzdělání** (jako významné složky socioekonomického statusu), **roste úroveň osobní pohody**, a to převážně v rovině týkající se smyslu života. U žen je možné vyzorovat také vliv vzdělání na zvládání prostředí, vztahy s druhými a sebezpřijetí. S nižším zařazením na společenském žebříčku se snižuje prožívání osobní pohody. Osobní pohoda je jedním z projektivních faktorů v souvislosti k negativním důsledkům stresu. Pokud tato pozitivní charakteristika člověku chybí, může dojít k oslabení osob, které jsou na nižší úrovni socioekonomické struktury (Kebza, Šolcová, 2003). Podle Blatného (2010) jsou lidé s vyšším vzděláním spokojenější ve srovnání s lidmi s nižším vzděláním. Lidé, kteří dosáhli vyššího vzdělání, mají předpoklad získat lepší zaměstnání a jsou za svou práci i lépe finančně ohodnoceni. Člověk s hlubším vzděláním je vybaven i určitým nadhledem, který mu pomáhá při zvládání náročných životních situacích a obtížích.

Významným faktorem osobní pohody je však zejména to, zda má člověk práci a zda mu přináší uspokojení. Práce představuje jednu z nejdůležitějších oblastí života, lidé tráví v zaměstnání většinu času. Osobní pohodu ovlivňuje zvláště uspokojení z vlastní seberealizace, spokojenost s potřebou sociálního kontaktu a naplnění pocitu

životního smyslu a identity. Ztráta zaměstnání působí negativně na pocit osobní pohody, stejný dopad má také na zdravotní stav člověka (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006).

2.4.2 Osobnost

Badatelé na základě zjištění malého vlivu socioekonomických a demografických faktorů na utváření osobní pohody svou pozornost přeorientovali na jiné možné determinanty. Mezi ně patřil i zájem o **osobnostní rysy jako o faktor ovlivňující osobní pohodu**. Na základě výzkumů o stabilitě osobní pohody v čase byl vytvořen předpoklad o vztahu dlouhodobé osobní pohody a stálých osobnostních charakteristik. Jedná se zejména o temperamentové vlastnosti, osobnostní dispozice spojené s prožíváním. V této souvislosti jsou prezentovány dva rysy extroverze – introverze a emoční stabilita – labilita (někdy také označována jako neuroticismus) (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006).

Costa a McCrae (1980) uvádějí model, který ukazuje vliv osobnostních charakteristik na pozitivní a negativní citový stav a jejich návaznost na osobní pohodu. Na osobní pohodu působí **extroverze**, která souvisí s pozitivním citovým stavem a **neuroticismus** související s negativním citovým stavem. Později byl tento model rozvinut přidáním dalších osobnostních charakteristik a vzniká tak **pětifaktorový model osobnosti** (Costa a McCrae, 1991). V tomto modelu patří mezi sledované rysy extroverze, emoční stabilita, svědomitost, přátelskost a otevřenost novým zkušenostem. Pro doplnění a snadnější orientaci v tématu přikládám tabulku se stručným popisem těchto rysů:

Tabulka 2. Osobnostní dimenze podle pětifaktorového modelu osobnosti (upraveno dle Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006, s. 123)

Osobnostní dimenze podle pětifaktorového modelu osobnosti		
Vysoká míra rysu	Obecná charakteristika rysu	Nízká míra rysu
	Neuroticismus	
Napjatý, neklidný, nejistý, nervózní, labilní	Emoční stabilita – nestabilita, psychická odolnost vs. náchylnost k psychickému vyčerpání	Klidný, stabilní, sebejistý, vyrovnaný, uvolnění
	Extroverze	
Sociabilní, aktivní, hovorný, optimistický	Potřeba interpersonálních vztahů, úroveň aktivace, potřeba stimulace	Uzavřený, vážný, mlčenlivý, tichý
	Otevřenost	
Kreativní, originální, zvědavý, imaginativní, s všestrannými zájmy	Aktivní vyhledávání nových zážitků, tolerance k neznámému, objevování	Konvenční, konzervativní, neumělecký, přízemní, s úzkými zájmy
	Přívětivost	
Dobrosrdečný, laskavý, důvěryhodný, pomáhající, upřímný	Kvalita interpersonální orientace, soucítění vs. nepřátelskost v myšlenkách, pocitech i činech	Cynický, surový, podezřívavý, bezcitný, nespolupracující
	Svědomitost	
Spolehlivý, pracovitý, disciplinovaný, pořádný, vytrvalý	Úroveň organizace, motivace a vytrvalosti v cílesměrném jednání, spolehlivost vs. nedbalost	Nespolehlivost, líný, nedbalý lhostejný, bez vůle

Osobní pohoda nejvíce souvisí s emoční stabilitou a svědomitostí, méně s extroverzí a přátelstvem a nejslabší vztah byl vypořádán ve vztahu s otevřeností (Blatný et al., 2010). Hřebíčková, Blatný, Jelínek (2010) dodávají, že přívětivost a svědomitost způsobují pozitivní prožitky, které mají souvislost s harmonickými vztahy k druhým, dosahováním cílů, což má vliv na růst osobní pohody. Otevřenost vůči zkušenostem je považována za rys, který se podílí na intenzivním prožívání pozitivních i negativních emocí, je tedy předpokládán vztah k pozitivním i negativním citovým stavům. Za významnější prediktory osobní pohody je považována více přívětivost a svědomitost než otevřenost vůči zkušenostem. De Neveová a Cooper (1998) popisují jako nejvýraznější faktor působící na životní pohodu, štěstí a negativní

citové vztahy, neuroticismus. Pozitivní citové vztahy lze naopak předpovědět podle extroverze a přívětivosti.

V České Republice a na Slovensku se osobnostními charakteristikami v návaznosti na osobní pohodu zabývala řada autorů. Džuka a Dalbertová (2002) vyvinuli a ověřili Škálu emocionálnej habituálnej subjektivnej pohody (SEHP). Tuto škálu používá Kačmárová (2007) pro zjištění osobní pohody ve vztahu s osobnostními charakteristikami a manželstvím u seniorů. Sledovala pouze rysy extroverze a neuroticismu. Uvádí, že podstatnějším prediktorem osobní pohody je neuroticismus. Blatný, Osecká (1997) zkoumali vztah osobní pohody a osobnostních charakteristik u adolescentů. Jako emočně vyrovnaní, extravertovaní a svědomití se posuzovali adolescenti s vyšším sebehodnocením a spokojením se svým životem.

Životní spokojenost u seniorek sledovali také Tišanská a Kožený (2004). Podle jejich zjištění hraje významnou roli u této problematiky anticipovaná míra sociální opory. Ta ovlivňuje úspěšnou adaptaci na stáří. Umění zajistit si sociální oporu je výrazně ovlivněno právě temperamentovými rysy. Na vztahy emočního prožívání, optimismu a osobnostních charakteristik se na Slovensku zaměřila také Ficková (2002, in Hřebíčková, Blatný, Jelínek, 2010). Sledovala tento jev u adolescentů a podle jejího zjištění je výrazným predátorem emočního prožívání u této skupiny zejména neuroticismus, související s prožíváním negativních emocí.

Výzkumy zaměřené na osobnostní charakteristiky a osobní pohodu, se do této doby nesoustřeďovaly na možné změny, které mohou nastat jak na úrovni osobní pohody, tak na úrovni osobnostních rysů v průběhu života. Na základě pětifaktorové teorie osobnosti jsou změny v životě člověka geneticky předurčeny. Je možné říci, že lidem různých kultur jsou vlastní normativní vývojové změny osobnosti v průběhu života. Ve starším věku se objevuje např. tendence k vyšší míře přívětivosti, svědomitosti a emoční vyrovnanosti. Podobné změny můžeme vypočítat i ve zdrojích osobní pohody (Hřebíčková, Blatný, Jelínek, 2010) Stabilitou osobní pohody u respondentů různého věku se zabýval Lašek (2004). Podle něj s přibývajícím věkem začíná klesat pozitivní postoj k životu, nastupují somatické problémy a snižuje se sebeúcta. Jiní autoři v průběhu života však změny celkové úrovně osobní pohody nepozorují, mění se však její zdroje. Bylo také zjištěno, že životní spokojenost jako jedna z komponent osobní pohody s přibývajícím věkem mírně stoupá a další její

komponenta – celková frekvence pozitivních a negativních prožitků s rostoucím věkem klesá (Hřebíčková, Blatný, Jelínek, 2010)

Osobní pohodu ovlivňují i **kognitivní charakteristiky**, tedy různé způsoby uvažování a také sklony k sebeposuzování a hodnocení reality. Jako příklad konstruktivního uvažování je možné uvést kognitivní restrukturuaci (strategie, která může pomoci lidem měnit stresové situace tak, aby byly méně ohrožující) či sebeklam (čestné, pozitivní zkreslení sebeobrazu, přispívající k dobrému psychickému přizpůsobení). Příkladem nekonstruktivního myšlení je tzv. **ruminace**, čili nutkavé nic neřešící zabývání se problémem. Na základě výzkumů, jejichž podstatou je pozorování šťastných a nešťastných lidí vyplývá, že spokojení lidé upřednostňují konstruktivní atribuční styly (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006).

2.4.3 Diskrepance

Z hlediska vykládání zdrojů osobní pohody jsou dále významné teorie diskrepancí. Tyto teorie popisují, že osobní pohoda je určena mírou souladu či neshody mezi očekáváním, potřebami, cíli, aspiracemi, touhami, životními plány a reálným stavem věcí. Můžeme tedy shrnout, že nenaplnění osobních snah a cílů vede k nespokojenosti a dosažení cílů směřuje k uspokojení. Aby však bylo možné tento vztah považovat za funkční, musejí být dodrženy určité podmínky. Člověk by si měl volit cíle a aspirace přiměřené jeho schopnostem. Má-li člověk příliš vysoké aspirace, může jen těžko dojít k jejich naplnění a pocit pohody tak může být výrazně ohrožen (Blatný et al., 2010).

Velmi podstatné pro pocit osobní pohody je to, zda je jedinec s cílem ztotožněn, zda je součástí jeho niterné potřeby. Pokud je cíl určen vnějšími požadavky, nemusí být s námi v souladu. Naplnění jakéhokoli cíle vede k pocitu uspokojení. Avšak dosažení cíle, ke kterému nemáme osobní motivaci má na prožívání osobní pohody menší a krátkodobější efekt (Sheldon a Kasser, 1998).

V poslední době je v této souvislosti pozornost věnována sledování člověka, který je zaujat cestou k vytčenému cíli. Tento jev dostal název **flow**, česky **zaujetí**. Upozornil na něj Czikszentmihalyi, který jej charakterizuje jako stav, kdy je člověk zaměřen na určitou činnost tak, že nic jiného pro něj není důležité. Přináší prožitek, který je tak radostný, že je ho člověk ochoten dosáhnout za velkou cenu právě pro

potěšení s ním spojené. Člověk je při tomto trvajícím zážitku schopen zapomenout na všechny nepříjemné stránky života (Křivohlavý, 2006).

2.4.4 Sociální vztahy

Na pocit osobní pohody pozitivně působí také vřelé a podporující interpersonální vztahy. K významným prediktorům osobní pohody tedy můžeme začlenit **sociální oporu, začlenění do sociálních vztahů či příslušnost ke skupině**. Malou životní spokojenost a nízký prožitek pozitivních emocí pak způsobuje samota. Výzkumy dokazují, že osobní pohodu významně ovlivňuje spíše zejména vztahů ve srovnání s počtem přátel a známých. Dá se tedy obecně říci, že spíše než na množství záleží na kvalitě sociálních vztahů (Blatný et al., 2005). Dosedlová (2008) dodává, že dobré vztahy s druhými jsou považovány za faktor optimálního života. Nedostatek sociální podpory má za následek různá onemocnění a snižuje délku života.

Podstatným faktorem, který podporuje pocit osobní pohody, je sociální opora. Začlenění člověka do sociální struktury značně působí na jeho psychickou pohodu a zdraví. Díky sociálním vazbám k osobám, skupinám a společnosti se jedinci zpřístupňuje sociální opora. Sociální opora je zdrojem, ze kterého je možné čerpat v případě potřeby. Je to síť sociálních vztahů, která pomáhá člověku dosáhnout cílů. Zdroje sociální opory patří mezi systém sociálních vztahů jedince. Za nejvýznamnější formu sociální opory je považován partnerský vztah (Šolcová, Kebza, 1999).

Výzkumy také poukazují na vliv manželství na pozitivní prožívání osobní pohody. Podle nich lidé, kteří žijí v manželství, jsou spokojenější. Není však jednoznačné, zda za tímto pozitivním vlivem na osobní pohodu stojí sama instituce manželství či fakt, že do manželství již vstupují lidé s vyšší mírou osobní pohody (Dosedlová, 2008).

3 PROFESE ZDRAVOTNÍKA

Podle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů je zdravotnický pracovník definován jako fyzická osoba, která vykonává zdravotnické povolání podle tohoto zákona, kdy zdravotnické povolání je souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona (Ministerstvo zdravotnictví české republiky, c2014). Smyslem tohoto povolání je tedy podporovat a udržovat lidské zdraví. Práce s lidmi zdravými, ale především s nemocnými, vyžaduje citlivý a ohleduplný přístup, proto je práce zdravotníka náročná jak po psychické, tak po fyzické stránce. Tato profese tedy vyžaduje určité předpoklady. Je také důležité, aby zdravotník měl od své práce z části odstup, dokázal odpočívat a cítil, že jeho práce má smysl, a to nejen uspokojením z dobře provedené péče o pacienta, ale také z toho, že je jeho práce oceněna. Do naší práce tedy zařazujeme stručnou kapitolu, ve které krátce nahlédneme na historii a současnost zdravotnictví, ale především na osobnostní předpoklady zdravotníka a také na zátěž, stres a syndrom vyhoření ve zdravotnictví. Poslední podkapitola dává do souvislosti zdravotnické povolání se smyslem života a životní spokojeností.

3.1 Historie a současnost veřejného zdravotnictví

Veřejné zdravotnictví v novém pojetí představuje komplexní interdisciplinární obor, který je zaměřen na široce chápanou problematiku zdraví, péče o zdraví a zdravotnictví. Na zdraví je zde nahlíženo jako na individuální hodnotu, ale také jako na veřejný statek mající významnou stabilizující roli v rámci celého socioekonomického systému. Kromě hygieny a epidemiologie je zde řazena také sociální medicína a řada disciplín z oblasti společenskovední jako je věda o řízení, ekonomika a financování, právní věda, filozofie a etika, historie, sociální psychologie a sociologie, přičemž každá tato vědní disciplína je aplikována pro potřeby zdravotnictví. Moderní veřejné zdravotnictví se zaměřuje na zdraví obyvatelstva v nejširším slova smyslu, kde důraz je kladen na rozvoj zdravotního potenciálu společnosti, podporu pozitivních prvků zdraví a racionální řízení péče o zdraví (Janečková, 1997).

V historii bylo veřejné zdravotnictví spojováno spíše s hygienickými obory a s epidemiologií infekčních nemocí. V České republice je historie zdravotnictví sledována od osvícenských opatření monarchie Rakousko-Uherska týkajících se lepšího zacházení s „lidskými zdroji“. Z roku 1771 je zaznamenána první zpráva o špatných zdravotních poměrech na českém venkově. Zprávu vypracovala pro Marii Terezii válečná rada, která upozorňovala na špatný zdravotní stav rekrutů (Drbal, 1998). S rozvíjející se průmyslovou revolucí se pozornost soustředila na pracovní sílu a na zdraví bylo tedy nahlíženo jako na hodnotu, na které závisel další hospodářský a společenský rozvoj. Rok 1848 s sebou přináší pohled na zdraví jako na veřejné jmění, které bylo ohrožováno infekčními onemocněními a nedostupností zdravotnické péče. K rozmachu vědecké medicíny dochází v šedesátých letech 19. století. Rozvíjí se biomedicínský přístup, který dokáže rozlišit příčiny chorob a následně je vhodně léčit (Baštecká, Goldmann, 2001).

Vývoj zdravotnictví v první Československé republice navazoval na rakousko-uherský model péče o zdraví, založený na síti veřejného zdravotnictví a soustavě veřejného solidárního pojištění. Jeho základním článkem se stali státní obvodní lékaři. V průběhu roku 1948 se objevuje centralizovaný model zdravotnictví převzatý ze Sovětského svazu. V návaznosti na model „sjednoceného socialistického zdravotnictví“ dochází k zestátnění léčebných ústavů a nemocnic, lázní nebo ke spojení nemocenského a důchodového pojištění. O „československém zdravotnickém zázraku“ se hovořilo na počátku šedesátých let 20. století, kdy se v rámci zdravotního stavu Československo dostává mezi nejvyspělejší země světa. Nicméně v sedmdesátých a osmdesátých letech 20. století se ČSSR v porovnání s jinými vyspělými zeměmi v této oblasti začala propadat (Drbal, 1998).

Po revoluci v roce 1989 změna společenského systému pohlíží na zdraví jako na základní předpoklad osobních možností – sebeuplatnění, úspěchu, rozvoje. Zdravotnictví procházelo změnami, které souvisely se zvýšeným přílivem peněz do zdravotnictví, rozvojem medicíny, měnící se demografickou a sociální situací obyvatel (Baštecká, Goldmann, 2001).

V současné době je v ČR na základě iniciativy Světové zdravotnické organizace zaveden Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva – Zdraví pro všechny v 21. století („Zdraví 21“). Význam tohoto programu spočívá v racionálním,

dobře strukturovaném modelu komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj zpracovaný týmem předních světových odborníků. Na tento dlouhodobý program reaguje Ministerstvo zdravotnictví strategií „Zdraví 2020“. Tato národní strategie by měla uvést politická opatření pro zlepšení veřejného zdraví českého obyvatelstva, a to zejména cestou prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, c2014).

3.2 Osobnost zdravotníka

Práce zdravotníka vyžaduje jisté předpoklady. Mezi hlavní můžeme zařadit schopnost empatie, toleranci, psychickou odolnost, rychlé zhodnocení situace a následné řešení, organizační schopnosti a schopnost učit se během celého života. Práce zdravotníka - ať už lékaře, středního zdravotnického personálu nebo ošetřovatelů patří mezi povolání, která na pracovníky kladou vysoké nároky ve smyslu každodenních situací, jež jsou nuceni na základě své odbornosti a zejména lidských kvalit řešit (Kupka, 2008).

Zdraví patří mezi nejvyšší hodnoty lidského života, pracovník ve zdravotnictví má tedy krásné humánní poslání – sloužit člověku a zdraví upevňovat a udržovat. Zdravotník se stará především o zachování lidského zdraví, snaží se předcházet nemocem, je účasten procesu uzdravení nemocného člověka nebo v situacích, kdy pacienta již uzdravit nelze, mu poskytuje péči vedoucí ke zmírnění obtíží či zajistí důstojný odchod ze života. Práci ve zdravotnictví nelze vykonávat pouze jako zaměstnání, vyžaduje člověka celého (Rozsypalová et al., 1999).

Z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu patří zdravotnická profese mezi povolání velmi náročná. Na pracovníka ve zdravotnictví jsou kladeny velké nároky zejména na formy jednání ve vztahu k nemocnému, ale i ke spolupracujícím. Očekává se od něj rovněž zvládnutí velmi odborné činnosti, s tím související administrativní práce, manipulace s moderní technikou, unesení fyzické náročnosti práce či ovlivnění prožívání a jednání pacienta správným směrem - to vše většinou v třísměnném provozu a na velmi specializovaných pracovištích. Požadavky na výkon tohoto povolání jsou velmi náročné na osobnost člověka, profesionální průpravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

Zacharová a Šimíčková - Čížková (2011) dále uvádějí i **nezbytné osobnostní předpoklady pracovníka ve zdravotnictví**, které pomáhají naplnit jeho poslání. Patří k nim například tvůrčí přístup k řešení svěřených úkolů, kritičnost a sebekritičnost, schopnost vcítit se do vnitřního světa druhých lidí, porozumění problémům nemocných, klidné vystupování, pohotové reakce, trpělivost, umění se ovládat. Zdravotník by měl mít smysl pro humor, ne však přehnaný optimismus, který by mohl navodit nedůvěru ze strany pacienta. Důležitým předpokladem pro výkon tohoto povolání je také smysl pro povinnost a odpovědnost a dobrý vztah k lidem.

Problematikou vhodných vlastností, které by byly předpokladem pro úspěšné vykonávání povolání zdravotní sestry, se zabývala řada psychologů a sociologů. V roce 1938 sestavila Americká národní liga pro vzdělávání sester Inventář vhodných vlastností. Sestra by podle Ligy měla být například citově zralá, čilá, důkladná, kritická a kritiku přijímající, nadšená, nezávislá, odvážná, pořádná, přemýšlivá, přizpůsobivá, spolehlivá, srdečná, sympatická, šetrná, taktní, loajální, vytrvalá či zdvořilá. Zdravotní sestra je také často popisována jako sociálně zralá osobnost, která je orientována na druhé lidi (Čechová, Rozsypalová, Mellanová, 2003). Rozsypalová et al. (1999) řadí mezi nejdůležitější charakterové vlastnosti sestry duševní vyrovnanost a sebeovládání, schopnost rychle se rozhodnout, čestné jednání a pravdomluvnost, smysl pro pořádek a čistotu a umění jednat s lidmi.

V svém vývoji byla osobnost zdravotníka historicky ovlivněna, což mělo vliv jednak na obsah činnosti, ale také na prestiž povolání. Na vnímání zdravotnického povolání má vliv i současné společenské prostředí, kterým bývá často tato práce podhodnocena (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

3.3 Zátěžové situace, stres, burn-out syndrom ve zdravotnictví

Pracovníci ve zdravotnictví jsou vystaveni celoživotně značné psychické a fyzické zátěži. Ta vyplývá z podstaty práce, tedy ze zacházení s postiženým člověkem. Fyzická zátěž je odrazem častého zatěžování dolních končetin, páteře, kloubního a svalového systému. Mezi příčiny psychické zátěže patří nepřetržité nároky na intenzivní vnímání a aktivaci organismu zdravotníka, neustálá potřeba zapojovat paměťové procesy, potřeba pružného a logického myšlení, ustavičná komunikace

s nemocným, opakující se silné citové prožitky, zvýšené požadavky na kladné vlastnosti osobnosti a také samotný obsah (Čechová, Rozsypalová, Mellanová, 2003).

U skupiny anglických praktických lékařů byly na základě faktorové analýzy zdrojů profesionální zátěže vymezeny faktory zátěže, mezi které patří *zevní nelékařské rušivé vlivy* – jedná se např. o telefonáty, vztahy na pracovišti; *emoční problémy vycházející z lékařské praxe* – tj. léčba přátel a příbuzných, nadměrná emoční vnímavost k utrpení pacientů, jednání s terminálně nemocnými a jejich příbuznými, denní styk s chronicky nemocnými a umírajícími; dále *přetížení administrativou* a v neposlední řadě *přetížení denní rutinou* (Kupka, 2008).

Severová (1999) ve výzkumu z roku 1979 vymezuje společné okruhy emocionálního stresu a na ně navazující problémy zdravotnických týmů:

1. Těžké onemocnění spojené s vysokou úmrtností.
2. Značné množství technologických zařízení.
3. Velmi časté rozhodování o životě a smrti.
4. Terminální péče.
5. Konflikty se třetími osobami (členové rodiny, příbuzní, přátelé pacienta).
6. Konflikty mezi zaměstnanci.
7. Zvládání reakcí pacientů na různé mutilace a extrémní vyčerpání.
8. Zvládání suicidálních myšlenek pacientů a členů personálu.
9. Uvědomování si, že léčba je zdrojem bolesti a utrpení pacientů (Severová, 1999).

Severová (1999) dále uvádí, že v současné době je také nepoměr mezi finančním ohodnocením zdravotníků a náročností jejich profese. Mezi další problémy zvláště u pracovníků v oblasti paliativní péče řadí izolovanost, kdy se pracovníci nemohou se svými pracovními problémy svěřovat rodině či přátelům. Z tohoto důvodu se mohou členové pečovatelských týmů vzdalovat svým rodinám. Ze statistik vyplývá, že mezi lékaři je možné vypočítat šestkrát více rozvodů, více toxikománie a psychiatrických problémů. Podobně je tomu u zdravotních sester a psychologů.

S prací zdravotníka je velmi často spojován **burn-out syndrom**¹⁷ neboli syndrom vyhoření či vyhasnutí jako reakce na mimořádně zatěžující práci. Burn-out syndrom je následkem působení chronické dlouhodobé zátěže – stresu. Dochází k němu snáze u pracovníků pomáhajících profesí, dále jsou ohroženi lidé vysoce motivovaní ke své práci, nadšení a s vysokými ambicemi (Holeksová, 2002).

Mezi charakteristické projevy syndromu vyhaslosti je řazena specifická emoční únava, dlouhodobé subdepresivní ladění a podrážděnost. Příznaky můžeme pozorovat v rovině fyzické, psychické i sociální. Zdravotnický pracovník postižený tímto syndromem se hůře soustředí na nemocné, mívá pocity ztrpklosti a nabývá dojmu, že se nic nedaří, že jeho práce je beze smyslu. Jeho výkon se stává formálním, může ztratit zájem o nemocného, méně se angažuje (Boleloucký, 1999). Terapie burn-out syndromu závisí na jeho závažnosti. Je možná psychofarmakoterapie, psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie či transakční analýza. K snadno dostupným metodám patří relaxační techniky. Někdy je na místě změnit pracoviště či obor (Beran et al., 2010).

3.4 Zdravotnické povolání v kontextu smyslu života a životní spokojenosti

Co dává činnosti lékaře smysl? Podle Frankla (1996b) lékařské umění netkví jen v tom, že lékař postupuje podle pravidel profese – tedy, že v daném případě předepíše lék či dá injekci. Povolání lékaře mu nabízí rámec neustálých příležitostí, čímž je možné zaplnit osobní sféru svého profesionálního výkonu. Smysl této práce vytváří to osobní, to lidské, to, co lékař je schopen udělat nad to pouze lékařské. Právě to, co vykonává mimo to, co mu udává jeho povolání, je začátkem osobní a naplňující práce. Podobně je tomu např. u ošetřovatelky. Všechny často vykonávané práce – vyvařit stříkačky, vynést nočníky, stlát postele, samy o sobě nepřinesou uspokojení. Pokud však ošetřovatelka je schopna udělat nad své předepsané povinnosti něco osobního (např. úsměv pro

¹⁷ **Burn-out syndrom** je následkem dlouhodobého řešení situací, které jsou emocionálně náročné. Nejčastěji se projevuje v povoláních s vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a často neadekvátním ohodnocením. Nejčastěji používanou definicí je označení syndromu vyhoření jako psychologického syndromu emočního vyčerpání, citového stažení (depersonalizace) a poklesu osobní výkonnosti (Pohlová, Kozáková, Jarošová, 2011).

pacienta), tam může dát životu povoláním smysl. Frankl (1996b) dodává, že tuto šanci dává každé povolání, když je jen práce v něm správně vykonávána.

Pro lékaře stejně jako pro zdravotní sestru platí, že právě povolání dává člověku příležitost žít smysluplně. A neplatí to jen pro tato povolání. Nezáleží příliš na tom, kde člověk pracuje a co dělá, ale kdo pracuje. Rozhodující je, jaký člověk pracuje. Jen dobrý člověk se pak může stát dobrým lékařem. Je důležité jak jedná a jak je schopen realizovat dané možnosti, tedy jak plní svou lidskou povinnost (Křivohlavý, 2010c). Křivohlavý (2006) doplňuje, že je možná i určitá forma radosti z práce, že existuje úzký vztah k práci a k milování vlastní práce. Z toho, tedy z ujasnění jejího smyslu, pramení uspokojení z práce. V návaznosti na problematiku smyslu života jde o to, že v práci je možné dosahovat určitých cílů.

Pečovatelské týmy jsou ohroženy stresem vyplývajícím z podstaty onemocnění, podstaty léčby, vedlejších účinků, nutnosti paliativní a terminální péče, problémů smrti a umírání. Dovedností je umět zacházet s reakcemi nemocného a jeho rodinných příslušníků, zvládat konflikty mezi spolupracovníky. To vše odráží v mezilidských vztazích na pracovišti. Napětí a stres v zaměstnání ovlivňuje i osobní život zdravotníka. Mohou nastat konflikty s rodinou, partnerem a přáteli. To vše může vést k snížení subjektivní spokojenosti s kvalitou života (Kupka, 2008).

Faktory, které mají spojitost s životní spokojeností a individuální well-being u zdravotních sester se zabývali Burke a Greenglass (1999). Jako hlavní prediktory duševní pohody byly označeny individuální charakteristiky, situační faktory, stresory spojené s restrukturalizací, podpora životního partnera a tzv. konflikty práce – rodina („work-family“ conflict) a rodina – práce („family-work“ conflict). Konflikt „rodina – práce“ znamená, že fungování sestry v rámci rodiny určitým způsobem omezuje plnění pracovních povinností. U konfliktu „práce – rodina“ je tomu naopak. U obou typů konfliktů platí, že čím větší konflikt, tím negativnější je působení na well – being. Vyšší míra konfliktů souvisí s rostoucí mírou nespokojenosti a emocionálního distresu.

Co se týče pracovní spokojenosti¹⁸ zdravotníků - práce, kterou zdravotník vykonává, je určena různými komponentami, jedinci mohou pociťovat v jednom ohledu

¹⁸ **Pracovní spokojenost** – existují různá pojetí pracovní spokojenosti. Pracovní spokojenost lze chápat jako emocionální odpověď na pracovní situaci, reakci na splněné nebo nesplněné očekávání v práci a také jako jev, popisující některé vzájemně spjaté postoje. Jiná definice označuje pracovní spokojenost jako

nespokojenost, zatímco s jinými jsou spokojeni. Celková pracovní spokojenost je ovlivněna řadou různých faktorů, proto je při sledování úrovně spokojenosti nutné nezapomínat na tuto multifaktoriální povahu (Nákládalová, Vévoda, Ivanová, Marečková, 2011).

Muroňová (c2013), která pracuje jako zdravotnice, nevnímá tuto profesi v běžném prostředí jako poslání ve smyslu určité „mise“. Dívá se na ni jako na *povolání*, které vyžaduje určité předpoklady. Podle jejího názoru se ze zdravotníků stali bezejmenní lidé, kteří jsou zde pro potřeby všech lidí, bez ohledu na čas a prostor. Problém je, když se ze zdravotnické profese stane *práce*. Nutností je do ní přijít a odejít a člověk pak nemá výraznou potřebu zanechat dojem. Pokud bere zdravotník svou profesi jako práci, vykonává ji dobře, pečlivě a odpovědně, nejde zde však nalézt vlastní nápady, iniciativu, účast. Nejhorší variantou je, když zdravotník na svou profesi pohlíží jako na *povinnost* – ne ve vztahu k lidem či svému vzdělání, ale proto, že něčím se přece žít musí.

součást chápání motivace k práci. Lze ji také chápat trojdimenzionálně jako obecný popis stavu, kritérium k hodnocení personální politiky či hnací sílu jedince nebo překážku v práci (Vévoda, 2013).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

V teoretické části diplomové práce jsme se zabývali otázkou smyslu života. Snažili jsme se lépe pochopit a přiblížit význam pojmu životní smysluplnosti díky pojetí různých myslitelů – zejména Viktora E. Frankla. V teoretické části jsme se dále zabývali životní spokojeností. Na životní spokojenost jsme nahlíželi jako na složku osobní pohody – věnovali jsme se její struktuře a zejména různým faktorům, které osobní pohodu ve větší či menší míře ovlivňují. Třetí kapitola pak poskytuje stručný náhled do zdravotnické profese a v závěru toto povolání dává do souvislosti právě s životním smyslem a spokojeností.

Výzkumná část diplomové práce je věnována problematice smyslu života a životní spokojenosti u pracovníků ve zdravotnictví. Zdravotnická profese patří mezi tzv. profese pomáhající, což je podle Hartla, Hartlové (2000, s. 85) „souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby pomoc mohla být účinnější.“ Kopřiva (1997) mezi pracovníky pomáhajících profesí řadí lékaře, zdravotní sestry, pečovatele, pedagogy, sociální pracovníky, psychology. Zdravotníci jsou neustále pod stresem, který vyplývá z onemocnění člověka, určení správné diagnózy, následné léčby a péče, komunikace s pacientem i rodinnými příslušníky a v neposlední řadě stálou konfrontací mezi životem a smrtí. Dá se předpokládat, že výkon zdravotnického povolání ovlivňuje pohled na život, mezilidské vztahy, spokojenost se svým životem. Toto povolání vyžaduje nasazení člověka a můžeme říci, že dává zdravotníkovi prostor pro smysluplný život. Z tohoto důvodu byl cílovou skupinou výzkumného šetření zvolen zdravotnický personál. Osloveni byli zdravotničtí pracovníci jedné z nemocnic Zlínského kraje¹⁹. Původním záměrem bylo zkoumat životní spokojenost a smysluplnost u zdravotních pracovníků v různých pracovních pozicích – avšak kvůli pracovní vytíženosti lékařů se nám od nich nepodařilo získat dostatečné množství dat. Proto jsme se nakonec rozhodli výzkum zaměřit na *nelékařské pracovníky*²⁰, lékařům

¹⁹ Z důvodu zachování anonymity při prezentaci dat, neuvádíme název nemocnice, ve které výzkum probíhal.

²⁰ Tento název je v naší práci zvolen pro označení zdravotnického personálu, nezahrnujícího lékaře – tedy všeobecné sestry, porodní asistentky, ošetřovatele, zdravotnické záchranáře, zdravotnické asistenty a sanitáře.

jako samostatné skupině je vyčleněna jedna výzkumná otázka v rámci celého výzkumného šetření.

Hlavním cílem výzkumné části je snaha zmapovat možný vztah mezi zdravotnickou profesí a prožíváním životní spokojenosti a smysluplnosti.

Z uvedeného hlavního cíle vyplývají následující dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Analýza životní spokojenost ve zdravotnické profesi.²¹

Dílčí cíl 2: Analýza životní smysluplnost ve zdravotnické profesi.²²

Dílčí cíl 3: Analýza vzájemného vztahu mezi životní spokojeností a životní smysluplností.²³

4.1 Výzkumné otázky a hypotézy

Ve výzkumné části bylo stanoveno 8 výzkumných otázek a 4 hypotézy. Výzkumné otázky i hypotézy byly zvoleny a formulovány tak, aby směřovaly k naplnění hlavního výzkumného cíle.

Dílčí cíl 1 (sekce A):

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je celková životní spokojenost u nelékařského zdravotnického personálu?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je průměrná životní spokojenost v jednotlivých škálách životní spokojenosti u nelékařského zdravotnického personálu?

Výzkumná otázka č. 3: Liší se průměrná celková životní spokojenost (hrubý skór) u nelékařského zdravotnického personálu v rámci práce na různých odděleních?

Výzkumná otázka č. 4: Liší se průměrná životní spokojenost ve škále práce a zaměstnání (škála PAZ) u zdravotnických pracovníků v rámci vzdělání?

²¹ Pro snazší orientaci ve výzkumné části bude Dílčí cíl 1 odpovídat **sekcí A**.

²² Pro snazší orientaci ve výzkumné části bude Dílčí cíl 2 odpovídat **sekcí B**.

²³ Pro snazší orientaci ve výzkumné části bude Dílčí cíl 3 odpovídat **sekcí C**.

Dílčí cíl 2 (sekce B):

Výzkumná otázka č. 5: Jaký je průměrný celkový skór (CS) smyslu života u nelékařského zdravotnického personálu v rámci práce na různých odděleních?

Výzkumná otázka č. 6: Jaký je průměrný skór Personality (skór P) a průměrný skór Existenciality (skór E) a u nelékařského zdravotnického personálu?

Výzkumná otázka č. 7: Jaký je průměrný celkový skór smyslu života, průměrný skór Personality (skór P) a průměrný skór Existenciality (skór E) u lékařů?

Výzkumná otázka č. 8: Liší se průměrný celkový skór smyslu života u nelékařského zdravotnického personálu v rámci jejich náboženského vyznání?

Dílčí cíl 3 (sekce C):

Hypotéza č. 1: Celkový skór životní spokojenosti souvisí u nelékařského zdravotnického personálu s celkovým skórem životní smysluplnosti.

Hypotéza č. 2: Hodnoty ve škále Práce a zaměstnání (PAZ) souvisí u nelékařského zdravotnického personálu s hodnotami ve škále Odpovědnosti (OD).

Hypotéza č. 3: Hodnoty ve škále Práce a zaměstnání (PAZ) souvisí u nelékařského zdravotnického personálu s hodnotami ve škále Sebepřesahu (SP).

Hypotéza č. 4: Hodnoty ve škále Vlastní osoba (VLO) souvisí u nelékařského zdravotnického personálu s hodnotami ve škále Sebeodstupu (SP).

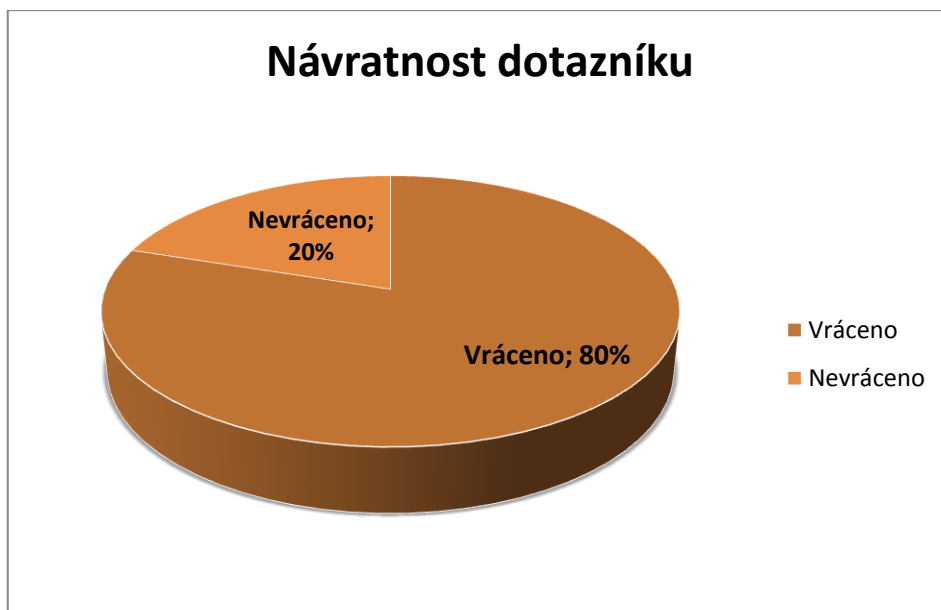
5 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Jak už bylo výše uvedeno, pro realizaci následného výzkumného šetření byli vybráni zdravotničtí pracovníci jedné z nemocnic Zlínského kraje. Tato nemocnice poskytuje ambulantní, lůžkovou, specializovanou, diagnostickou, léčebnou, preventivní a lékárenskou péči a další služby související s poskytováním zdravotní péče ve Zlínském kraji. Nemocnice je členěna na obory / oddělení:

- **Chirurgické** (chirurgické, ortopedické, gynekologie a porodnictví, anesteziologie a resuscitace - ARO, oční, ušní, nosní a krční; centrální sály a oddělení klinické onkologie)
- **Interní** (interní, neurologické, infekční, dětské, tuberkulózy a respiračních nemocí)
- **Následné péče** (léčebna dlouhodobě nemocných - LDN, rehabilitační oddělení)
- **Komplement** (laboratoře)
- **Speciální služby** (klinický psycholog, dopravní služba, lékárna)

Oddělení nemocnice pracují podle moderních trendů v medicíně, mají k dispozici náročné a účinné léčebné programy a také moderní přístrojové vybavení.

Výzkumné šetření probíhalo 11. 10. – 15. 11. 2013. Jak už bylo dříve předesláno, snahou bylo do výzkumného šetření zahrnout muže i ženy vykonávající zdravotnickou profesi v různých pracovních pozicích a na různých odděleních. Záměrem bylo u respondentů zjistit také jejich vzdělání a náboženské vyznání. O vyplnění dotazníků bylo ve sledované nemocnici požádáno 130 respondentů, avšak navraceno bylo 104 vyplněných dotazníků – **celková návratnost dotazníků tedy činí 80 %** (Graf 1).



Graf 1. Návratnost dotazníku

Výzkumného šetření se účastnilo tedy celkem 104 respondentů, z toho bylo 95 žen a 9 mužů. Výzkum ukázal, že oslovení pracovníci zkoumané nemocnice byli ve věkovém rozmezí 21 - 58 let. Z toho nejběžnějším věkem respondentů bylo rozmezí 31 – 40 let (Tab. 3).

Tabulka 3. Výzkumný soubor dle pohlaví a věku

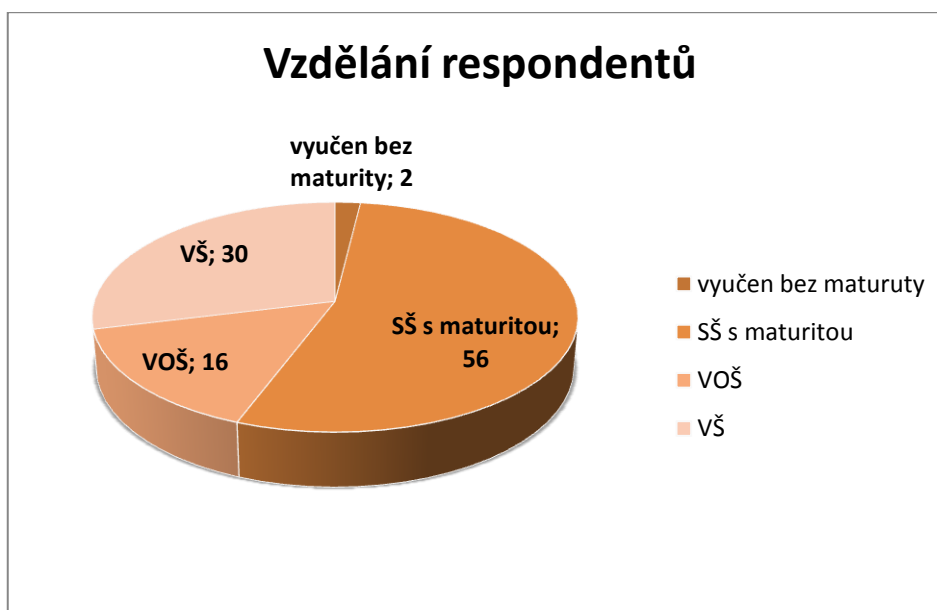
věk	20 – 30	31 - 40	41 – 50	51 – 60	celkem
žena	26	44	17	8	95
muž	4	4	1	0	9
Σ	30	48	18	8	104

Do výzkumného šetření se zapojilo celkem 10 oddělení – **chirurgické (CHIR) + chirurgie – JIP (CHIR-JIP), anesteziologie a resuscitace (ARO), ortopedické (ORT), gynekologie a porodnictví (GYN), interní (INT) + interní – JIP (INT-JIP), dětské (DĚT), infekční (INF) a léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)**. Oslovení respondenti pracovali v následujících pracovních pozicích: **lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, ošetřovatel, zdravotnický záchranář, zdravotnický asistent a sanitář** (Tab. 4.).

Tabulka 4. Výzkumný soubor podle oddělení a pracovní pozice

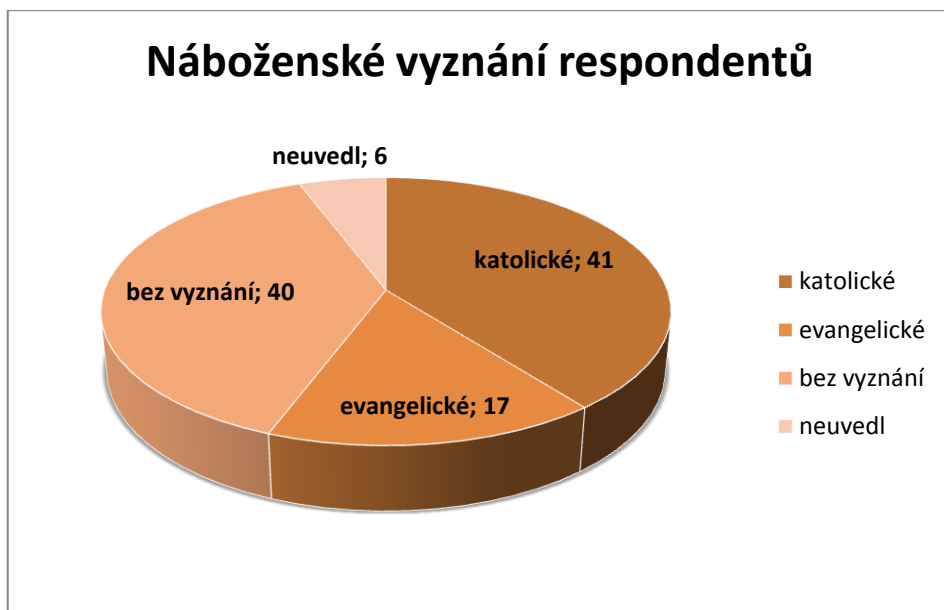
oddělení	CHIR	CHIR - JIP	ARO	ORT	GYN	INT	INT - JIP	INF	DĚT	LDN	celkem
lékař	1	0	0	1	1	4	0	0	2	3	12
všeobecná sestra	13	6	13	7	4	11	6	2	7	11	81
porodní asistentka	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
ošetřovatel	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
zdravotnický záchranář	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
zdravotnický asistent	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	5
sanitář	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3
Σ	15	6	15	10	6	17	6	2	10	17	104

Co se týče vzdělání respondentů, u uvažovaného souboru převažovalo středoškolské vzdělání s maturitou (56 respondentů), dále vysokoškolské vzdělání (30 respondentů), vyšší odborné vzdělání (u 16 respondentů) a 2 respondenti byli vyučeni bez maturity (Graf 2.).



Graf 2. Výzkumný soubor podle vzdělání

Dále bylo výzkumným šetřením zjištěno, že náboženské vyznání vybraného souboru zdravotnických pracovníků bylo katolické u 41 respondentů, evangelické u 17 respondentů, 40 respondentů bylo bez vyznání a 6 náboženské vyznání nevedlo (Graf 3.).



Graf 3. Výzkumný soubor podle náboženského vyznání

6 VÝZKUMNÁ METODA

Vliv zdravotnické profese na prožívání životní smysluplnosti a spokojenosti byl zjišťován pomocí kvantitativního výzkumného šetření, při kterém byla použita dotazníková metoda. Gavora (2000, in Chráska, 2007, s. 163) charakterizuje dotazník jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Gavora et al., (c2010) označuje dotazníkovou metodu jako jednu z nejvíce používaných výzkumných metod. Lze ji použít pro rychlé zjišťování faktů, postojů, názorů, hodnot, potřeb, zájmů,...

Dotazník může být použit jako:

- hlavní metoda,
- pomocná či doplňující metoda nebo
- explorační metoda na seznámení se s novým terénem (Gavora et al, c2010).

Dotazník je souborem otázek, které jsou předem připraveny, pečlivě naformulovány a vhodně seřazeny. Dotazovaná osoba čili respondent na ně odpovídá písemně. Položky v dotazníku pak můžeme třídit na základě několika hledisek, podle:

- cíle, pro který je položka určena,
- formy požadované odpovědi,
- obsahu, který položka dotazníku zjišťuje (Chráska, 2007).

Podle způsobu respondentovy odpovědi můžeme položky členit na **otevřené** (nestrukturované; nenabízejí žádné hotové odpovědi, je určen předmět, ke kterému je možné se vyjádřit) a **uzavřené** (strukturované; předložen určitý počet připravených odpovědí). Uzavřené položky lze dále rozdělit dle formy odpovědi na dichotomické a polytomické (výběrové, výčtové, stupnicové). Chráska (2007) dále uvádí vlastnosti dobrého dotazníku, kterými jsou praktičnost, validita (dotazník zjišťuje to, co skutečně má) a reliabilita (zachycení zkoumaných jevů spolehlivě a přesně).

Používání dotazníkové metody má své výhody a nevýhody – jejich přehled je zpracován v následující tabulce.

Tabulka 5. Výhody a nevýhody používání dotazníku (upraveno dle Gavora et al., c2010)

VÝHODY	NEVÝHODY
Ekonomická metoda – mnoho respondentů za krátký čas.	Nižší návratnost.
Anonymita respondenta.	Omezená kontrola, zda dotazník vyplnil oslovený respondent.
Možnost dotazník poslat.	Chybí možnost dotazování, pokud respondent nerozumí otázce.
Dostatek času na promyšlení odpovědi.	Dotazník není flexibilní.
Snadné vyhodnocení především uzavřených položek.	Omezená možnost odpovědí u uzavřených položek.

Zdravotničtí pracovníci byli požádáni o vyplnění dvou dotazníků. Pro zkoumání smysluplnosti života byla zvolena **Existenciální škála (ESK)** od autorů A. Längleho, Ch. Orglerové a M. Kundiho, životní spokojenost byla zjišťována prostřednictvím **Dotazníku životní spokojenosti (DŽS)** autorů J. Fahrenberga, M. Myrteka, J. Schumachera a E. Brählera.

Existenciální škála navazuje na Franklovo existenciálně-analytické pojetí logoterapie. Jedná se o diagnostickou metodu měřící „schopnost člověka k existenci“. ESK je tvořena 46 položkami, každá z nich má šestibodovou stupnici pro odpověď. Škála zjišťuje 4 vlastnosti: **Sebeodstup (SO)**, **Sebepřesah (SP)**, **Svobodu (SV)** a **Odpovědnost (OD)**. Sebeodstup a sebepřesah vytvářejí faktor vyššího řádu, **Personalitu (P)**, ta značí otevřenost vůči světu a jasné vnímání sebe sama. Svoboda a odpovědnost souvisejí s faktorem **Existencialitou (E)**, tzn. umět odpovědně vstoupit do dění a věcně se rozhodovat (Křivohlavý, 2006). Sebeodstup je schopnost, která napomáhá vnímání objektivní skutečnosti a umožňuje odstoupit od sebe samého a vidět situaci nezkresleně. Schopnost vyjít za hranice svého já a vstoupit do vztahu s druhými lidmi vyjadřuje sebepřesah. Svoboda charakterizuje subjektivní volbu v rozhodování a odpovědnost pak umění nést důsledky svého chování. Celková skór nám podává informace o osobní smysluplné existenci (Testcentrum, c2001).

Dotazník životní spokojenosti je určen k objektivnímu posuzování celkové životní spokojenosti a životní spokojenosti v deseti významných oblastech, utvářejících tuto spokojenost. Tyto oblasti – jednotlivé škály dotazníku – jsou: **Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace, Volný čas, Manželství a partnerství, Vztah k vlastním dětem, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé, známí, příbuzní a Bydlení.**

Každá ze škál obsahuje sedm položek, respondent na ně odpovídá na sedmibodové stupnici od „velmi nespokojen(a)“ až po „velmi spokojen(a)“, přičemž do výpočtu Celkové životní spokojenosti se započítávají pouze škály *Finanční situace*, *Volný čas*, *Vlastní osoba*, *Sexualita*, *Přátelé, známí, příbuzní* a *Bydlení*. U škál *Práce a zaměstnání*, *Manželství a partnerství* a *Vztah k vlastním dětem* data často chybí, proto se neřadí k celkové hodnotě životní spokojenosti (Testcentrum, c2001). Součtem těchto položek získáme hrubé skóry, které se pak převádějí na tzv. staniny. DŽS je možné využít v celé řadě oblastí – k léčbě chronicky nemocných, k hodnocení účinnosti psychoterapie, v sociologických výzkumech.

Přehled škál:

1. **Zdraví.** Vysoká hodnota v této škále souvisí se spokojeností s celkovým zdravotním stavem, duševní i tělesnou kondicí, fyzickým výkonem a odolností vůči nemocem.

2. **Práce a zaměstnání.** Vysoká hodnota této škálové hodnoty má souvislost se spokojeností s pracovní pozicí, úspěchy a možností vzestupu v zaměstnání. Osoby s vysokou hodnotou hodnotí kladně svou budoucnost v profesi a jsou také spokojeny s požadavky a zátěží vyplývající z profese.

3. **Finanční situace.** Vysoká hodnota ve škále značí spokojenost s příjmem, majetkem, životním standardem. Uspokojivé je také zajištění existence, budoucí výdělek a zajištěnost ve stáří.

4. **Volný čas.** Vysoká škálová hodnota značí spokojenost s prožíváním volného času, jeho délkou a kvalitou. Pozitivně je hodnocena doba vyhrazená pro koníčky, blízké, ale také celková pestrost trávení volného času.

5. **Manželství a partnerství.** Lidé s vysokou hodnotou této škály cítí spokojenost v podstatných oblastech manželství či partnerství – jsou spokojeni se společnými aktivitami, otevřeností partnera, pochopením, ochotou pomoci, něžností a bezpečím.

6. **Vztah k vlastním dětem.** U této škály se hodnotí pozitivně vztah k vlastním dětem – konkrétně vliv na děti, společně trávený čas, ale také úcta dětí směrem k rodičům.

7. Vlastní osoba. Tato škála je zaměřena na pozitivní hodnocení mnoha aspektů své osoby – vzhled, schopnosti, charakter, vitalita, sebevědomí. Můžeme zde řadit také zhodnocení způsobu života a vztahy s ostatními lidmi.

8. Sexualita. Osoby s vysokou škálovou hodnotou pozitivně nahlíží na svou fyzickou atraktivitu a spokojeni jsou také se sexuální výkonností, sexuálními kontakty a sexuálními reakcemi.

9. Přátelé, známí, příbuzní. Vysoká škálová hodnota v této oblasti znamená spokojenost se svými sociálními vztahy. Jsou zde kladně hodnoceny i sociální aktivity, společenská angažovanost a míra styků s ostatními.

10. Bydlení. Škálová hodnota v oblasti bydlení souvisí se spokojeností se standardem bydlení - s velikostí, stavem a polohou bytu, dopravní dostupností, s náklady.

Celková životní spokojenost. Lidé s vysokou hodnotou škál jsou v mnoha oblastech života vysoce spokojeni. Pokud jsou v některých oblastech nespokojeni, následuje kompenzace této nespokojenosti v oblastech jiných (Dotazník životní spokojenosti, 2003).

Jak již bylo dříve uvedeno, výzkumné šetření bylo uskutečněno ve spolupráci s jednou z nemocnic Zlínského kraje. Před samotnou realizací výzkumu bylo nutné dohodnout se na provedení a podmínkách výzkumného šetření s vedoucí provozního odboru nemocnice. Po schválení žádosti o provedení výzkumu byly dotazníky mnou osobně rozneseny na vybraná nemocniční oddělení. Prostřednictvím krátkého rozhovoru byly vrchní sestry těchto oddělení informovány o cílech výzkumu a způsobu vyplnění dotazníků. Každý zdravotník byl požádán o vyplnění dotazníku ESK i DŽS. K úvodní straně dotazníku byla přiložena krátká instruktáž k zdůvodnění výzkumného šetření. Respondenti byli také instruováni o zaručení anonymity sebraných údajů. Dotazníky byly od zdravotních pracovníků sesbírány opět díky spolupráci s vrchními sestrami.

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Následující kapitola je věnována prezentaci výsledků výzkumného šetření, tedy zodpovězení výše uvedených výzkumných otázek a ověření stanovených hypotéz.

7.1 Výzkumné otázky

Pro účely výzkumného šetření bylo zvoleno osm výzkumných otázek. Čtyři výzkumné otázky jsou zaměřeny na hodnocení životní spokojenosti zdravotnického personálu (VO1 – VO4), další čtyři jsou věnovány zjišťování smysluplnosti života (VO5 – VO8). U první výzkumné otázky byla provedena základní popisná statistika. Další otázky byly posouzeny pomocí charakteristiky aritmetického průměru a následného vyhodnocení na základě sloupcových grafů.

7.1.1 Dílčí cíl 1 (sekce A):

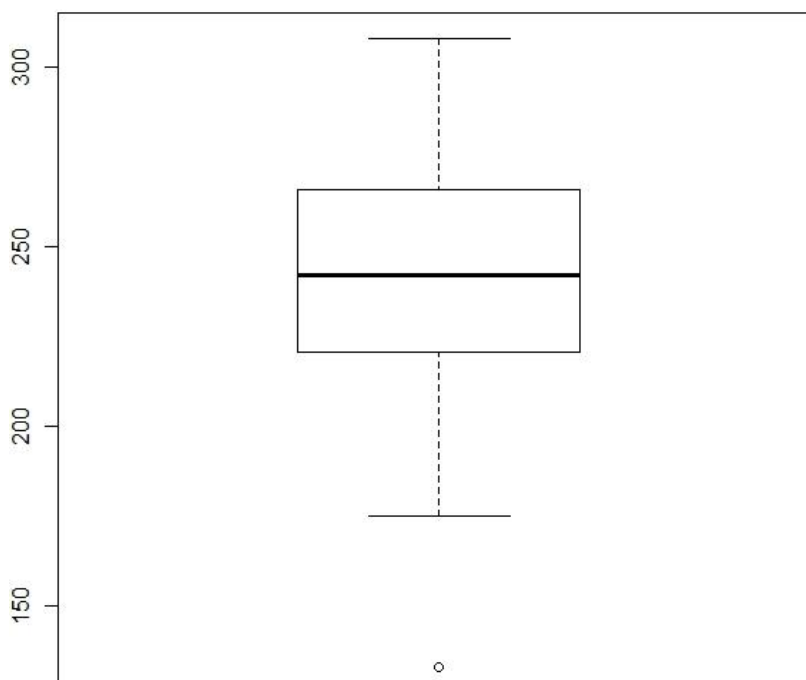
Výzkumná otázka č. 1: **Jaká je celková životní spokojenost u nelékařského zdravotnického personálu?**

U první výzkumné otázky jsme se zaměřili na zjištění životní spokojenosti u nelékařských zdravotníků. U vybraného souboru byly provedeny charakteristiky polohy - **medián a modus** a charakteristiky variability pomocí **směrodatné (standartní) odchylky** (Tab. 6.). Medián je prostřední hodnota, která je určena z řady hodnot seřazených podle velikosti. Modus určí hodnotu, která se v souboru objevuje nejčastěji (Chráska, 2007). Z Tab. 6. vyplývá, že průměrná hodnota ve zkoumaném souboru je 242. Hodnota, vyskytující se nejčastěji u tohoto souboru je 277. Pomocí směrodatné odchylky, zjišťujeme míru variability souboru, dává nám tedy informaci o tom, jak dalece jsou hodnoty kolem střední hodnoty nakupeny či naopak rozptýleny (Chráska, 2007). Směrodatná odchylka vybraného souboru je 33,076. Můžeme tedy říci, že s největší pravděpodobností zjištěné hodnoty budou odchýlené o 33 bodů nahoru či dolů od průměrné hodnoty.

Tabulka 6. Základní popisná statistika

charakteristiky polohy / variability	zjištěna data
medián	242
modus	277
směrodatná odchylka	33,076

Pro doplnění k hodnocení dat pozorovaného souboru jsme zvolili zpracování výsledků pomocí statistického programu R2.10.0. Získaná data jsme posoudili pomocí krabicového diagramu. Krabicový diagram umožní zhodnotit symetrii a variabilitu vybraného souboru a také existenci extrémních hodnot, bývá také označován termínem **box plot**. U krabicového diagramu jsou data znázorněna pomocí mediánu a kvartilů. Jak už bylo dříve uvedeno, medián odděluje v řadě hodnot polovinu větších hodnot od poloviny menších hodnot. Dolní kvartil uvádí, že čtvrtina prvků ze souboru je menší než hodnota dolního kvartilu. Horní kvartil vyjadřuje, že čtvrtina prvků souboru je vyšších než hodnota horního kvartilu (Budíková, Lerch, Mikoláš, 2005).



Obrázek 2. Krabicový diagram

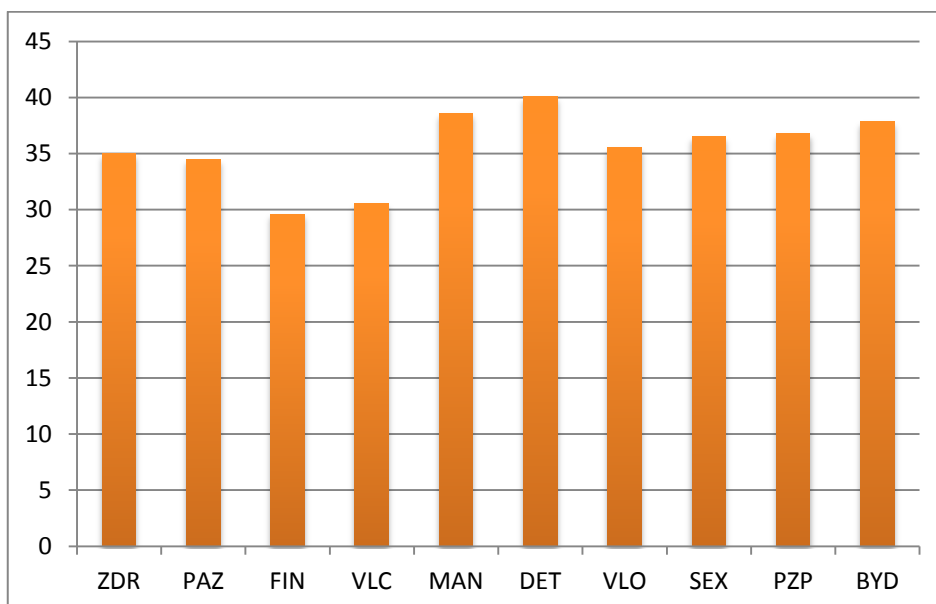
Ze zobrazeného krabicového diagramu je možné vyčíst, že hodnota dolního kvartilu je 220,75 a naopak hodnota horního kvartilu je 266. Na základě tohoto diagramu můžeme říci, že tři čtvrtiny respondentů měli celkový skóre životní spokojenosti roven nebo vyšší než 220,75 a naopak, že tři čtvrtiny respondentů mělo

tento skór menší nebo roven 266. Krabicový diagram ukázal jednu extrémní hodnotu (celkový skór méně než 150). Z krabicového diagramu vyplývá, že 50 % respondentů má celkový skór životní spokojenosti mezi horním a dolním kvartilem. Můžeme tedy souhrnně říci, že soubor je symetricky rozdělen kolem mediánu.

Z výše uvedených dat vyplývá, že v souboru se v rámci posouzení celkové životní spokojenosti vyskytují většinou hodnoty průměrné, dále soubor vykazuje pouze jednu extrémní hodnotu, která hodnocení souboru výrazně neovlivňuje. Když pomineme tuto hodnotu, dá se usoudit, že celková životní spokojenost je téměř u všech zdravotníků vybraného souboru průměrná, nevyskytují se zde jedinci se svým životem nadmíru spokojení ani naopak jedinci nadmíru nespokojení.

Výzkumná otázka č. 2: **Jaká je průměrná životní spokojenost v jednotlivých škálách životní spokojenosti u nelékařského zdravotnického personálu?**

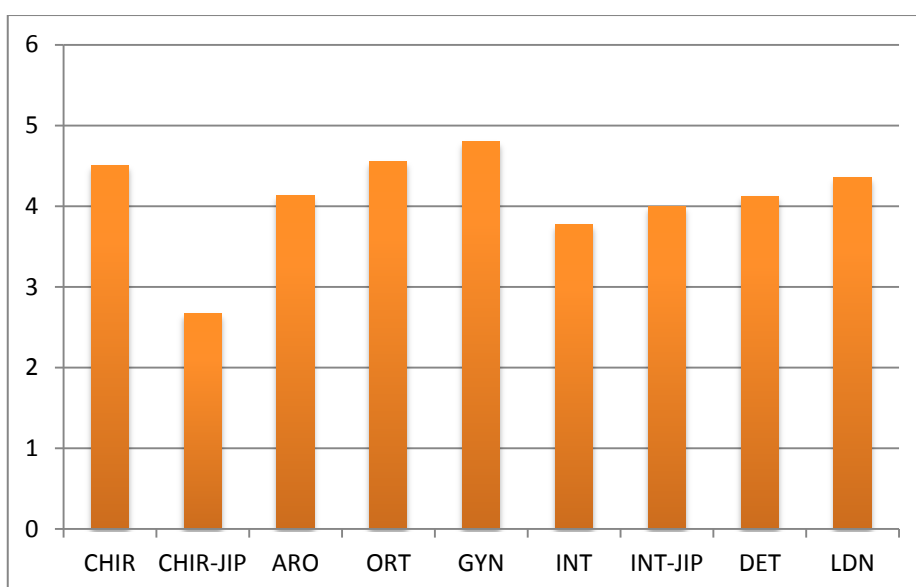
U další výzkumné otázky bylo záměrem zjistit, zda pozorovaný soubor vykazuje odlišnosti v jednotlivých škálách životní spokojenosti, tedy s jakou oblastí jsou nelékařští zdravotníci spokojeni více či méně. Byly vypočítány aritmetické průměry hodnot u jednotlivých škál. Graf 4. ukazuje, že **nejvyšší průměrné hodnoty vykazuje škála Vztah k vlastním dětem** (průměrná hodnota 40) a **Manželství a partnerství** (průměrná hodnota 38,6). Naopak **nejnižší průměrné hodnoty** můžeme pozorovat **ve škále Volný čas** (průměrná hodnota 30,5) a **Finance** (průměrná hodnota 29,6). Průměrné hodnoty v ostatních škálách se pohybují kolem 35 - průměrné hodnoty ostatních škál se tedy od sebe příliš neliší. Můžeme pozorovat, že velký rozdíl není ani mezi největší průměrnou hodnotou (40) a nejmenší průměrnou hodnotou (29,6). Pokud je maximální počet bodů v jedné škále 49, dá se obecně říci, že většina hodnot je spíše vysokých a soubor nevykazuje v žádné škále extrémní hodnoty. Na základě zjištěných údajů můžeme říci, že soubor nelékařských pracovníků vykazuje v konkrétních škálách životní spokojenosti vyšší spokojenost, přičemž nejvíce jsou tito zdravotníci spokojeni s aspekty manželského či partnerského života a pozitivním vztahem k dětem, naopak nejméně jsou spokojeni s délkou a kvalitou volného času a svou finanční situací.



Graf 4. Životní spokojenost v jednotlivých škálách

Výzkumná otázka č. 3: **Liší se celková životní spokojenost (hrubý skór) u nelékařského zdravotnického personálu v rámci práce na různých odděleních?**

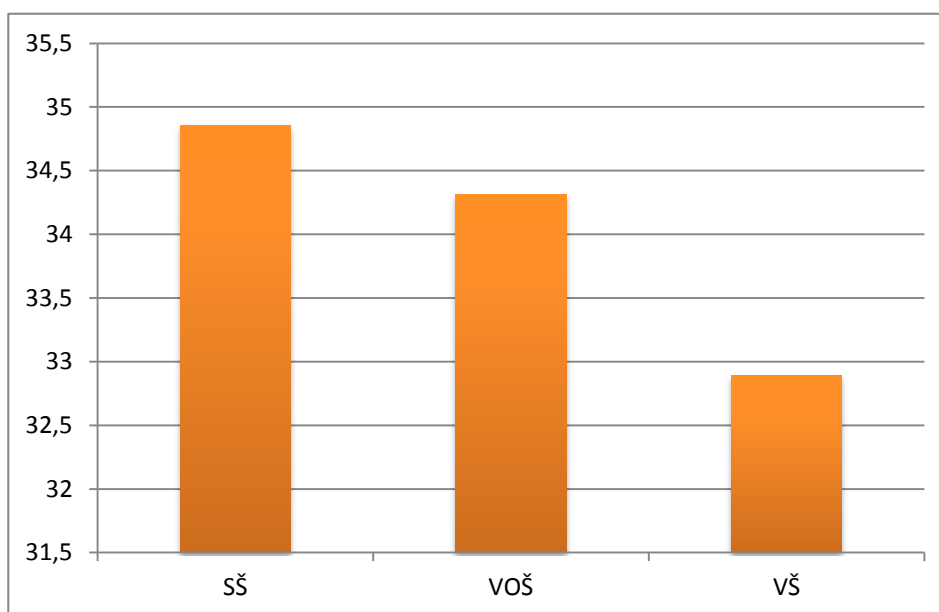
Třetí výzkumná otázka nás má dovést k odpovědi, zda se liší průměrná životní spokojenost zdravotníků podle toho, na jakých odděleních pracují. Hrubé skóry u souboru respondentů byly převedeny na staninové normy (ST) podle tabulek rozdělených dle pohlaví a věku. Za standardní je možné považovat devítistupňové staninové hodnoty se středem 5. Graf 5. jasně ukazuje, že u vybraného souboru byla zjištěna průměrná **nejnižší hodnota** celkové životní spokojenosti u zdravotnického personálu **z oddělení chirurgie – JIP** (průměr ST 2,6) a naopak průměrná **nejvyšší hodnota** celkové životní spokojenosti byla prokázána **na oddělení gynekologie** (průměr ST 4,8). Můžeme tedy říci, že podle norem se průměrná staninová hodnota na oddělení gynekologie blíží středu staninových hodnot, zatímco průměrnou staninovou hodnotu na chirurgii - JIP bychom mohli označit dle norem za hodnotu nízkou. Průměrné staninové hodnoty na ostatních odděleních jsou: ST 4,5 na chirurgii, ST 4,1 na ARU, ST 4,5 na ortopedii, ST 3,7 na interně, ST 4 na interně – JIP, ST 4,1 na dětském a ST 4,3 na LDN. Z Grafu 5. je možné vyčíst, že sedm z devíti zkoumaných oddělení má průměrnou staninovou hodnotu rovnu nebo vyšší 4. Podle norem jsou tyto hodnoty nižší než střed staninové hodnoty (ST 5). Z výše uvedených údajů vyplývá, že životní spokojenost ve většině sledovaných nemocničních oddělení se blíží k průměrné spokojenosti, výjimkou je oddělení chirurgie – JIP, kde je míra životní spokojenosti spíše nižší.



Graf 5. Celková životní spokojenost na jednotlivých odděleních

Výzkumná otázka č. 4: **Liší se průměrná životní spokojenost ve škále práce a zaměstnání (škála PAZ) u zdravotnických pracovníků v rámci vzdělání?**

U čtvrté výzkumné otázky bylo záměrem zjistit, zda dosažené vzdělání u vybraného zdravotnického personálu ovlivňuje spokojenost s pracovní pozicí, pracovními úspěchy či možností kariérního postupu – tedy spokojenost ve škále Práce a zaměstnání. Jak je vidět z Grafu 6., průměrná životní spokojenost ve škále PAZ byla nejvyšší u zdravotníků se středoškolským vzděláním (průměrná hodnota 34,8), nižší u zdravotníků s vyšším odborným vzděláním (průměrná hodnota 34,3) a nejnižší u zdravotníků s vysokoškolským vzděláním (průměrná hodnota 32,8). Graf 6. demonstruje, že **čím vyšší je dosažené vzdělání zdravotníků daného souboru, tím nižší je průměrná hodnota životní spokojenosti ve škále Práce a zaměstnání**. Mezi životní spokojeností ve škále Práce a zaměstnání a dosaženým vzděláním zdravotníků je tedy možné pozorovat nepřímou úměrnost, s přihlédnutím ke skutečnosti, že průměrné hodnoty u jednotlivých stupňů vzdělání nevykazují radikální rozdíly.

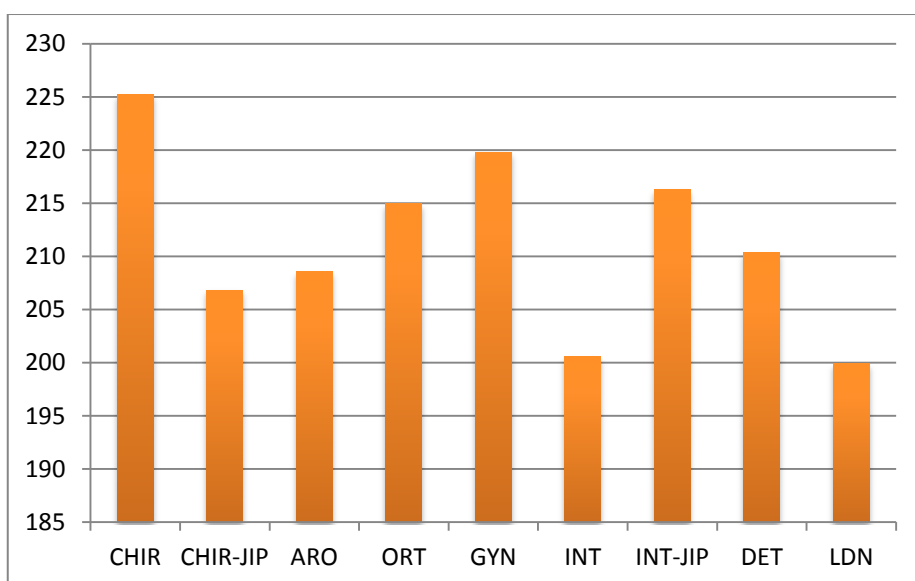


Graf 6. Životní spokojenost PAZ s ohledem na vzdělání

7.1.2 Dílčí cíl 2 (sekce B):

Výzkumná otázka č. 5: **Jaký je průměrný celkový skór (CS) smyslu života u nelékařského zdravotnického personálu v rámci práce na různých odděleních?**

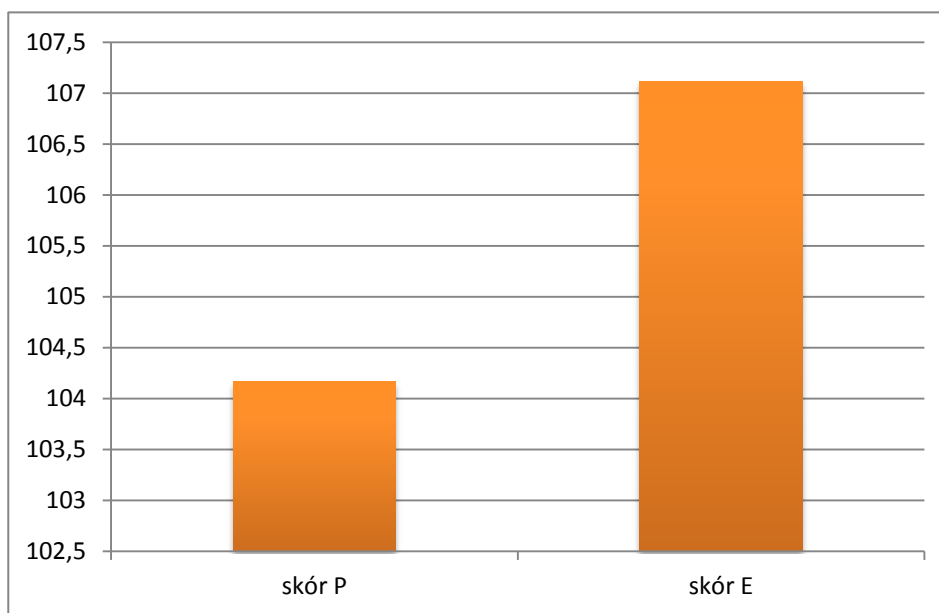
Další výzkumná otázka směřuje ke zjištění, zda práce na různých odděleních ovlivňuje prožívanou smysluplnost u námi vybraných respondentů. Z Grafu 7. vyplývá, že žádná z průměrných hodnot jednotlivých oddělení nespadá podle norem do nízkého hrubého skóru CS (pod 169), dále také žádnou průměrnou hodnotu nemůžeme zařadit do velmi vysokého skóru CS (nad 249). Co se týče zhodnocení celkových skóru, vybraný soubor nevykazuje extrémní hodnoty, ale průměrné hodnoty na odděleních chirurgie (225,2), gynekologie (219,8) a interny – JIP (216,3) se pohybují mírně nad průměrnou hodnotou CS (dle norem je medián = 216), naopak průměrné hodnoty na odděleních ortopedie (215), dětské (210,3), ARO (208,6), chirurgie – JIP (206,8), interně (200,5) a LDN (199,9) se od průměrné hodnoty CS vzdalují. **Nejnižší průměrné hodnoty** byly zjištěny **na odděleních interny a LDN** a naopak **nejvyšší průměrné hodnoty** lze zaznamenat u **oddělení chirurgie**. Z vyhodnocených dat můžeme usoudit, že prožívaná smysluplnost se u sledovaného souboru v rámci práce na různých odděleních výrazně liší, většinou se blíží či lehce převyšují hodnotu středně uspokojivého existenciálního naplnění. U tohoto souboru nejvyšší míru smysluplné existence prožívají nelékařští zdravotníci z chirurgie, naopak menší existenciální naplnění prožívají zdravotníci z oddělení interny a LDN.



Graf 7. Celkový skór smyslu života na jednotlivých odděleních

Výzkumná otázka č. 6: **Jaký je průměrný skór Personality (skór P) a průměrný skór Existenciality (skór E) a u nelékařského zdravotnického personálu?**

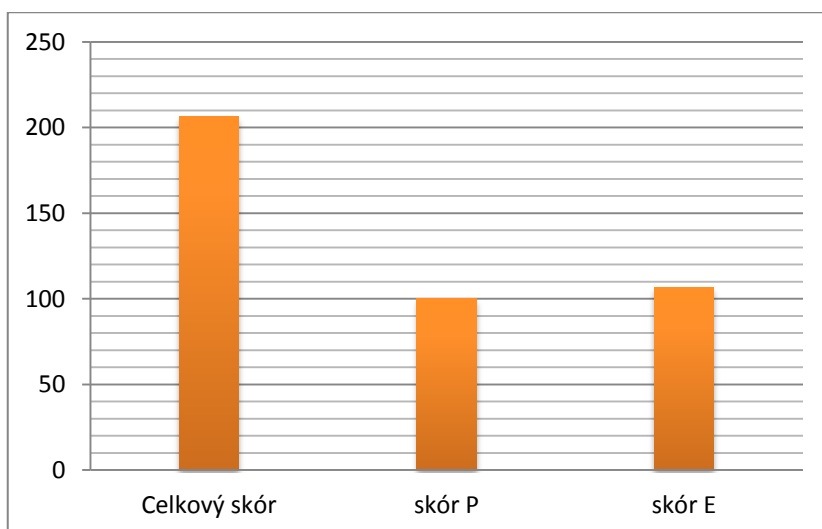
Nyní se konkrétněji zaměříme na to, co nám zjištěné hodnoty vypoví o osobním faktoru (tedy Personalitě) a existenciálním faktoru (Existencialitě) nelékařského zdravotnického personálu. Graf 8. jasně ukazuje, že průměrná hodnota skóru Personality je 104,1. Podle norem je nízký skór P pod 86 a ojedinělý velmi vysoký skór P je nad 123 (maximální hodnota je 132). Se stoupajícím skórem P, kde medián je 109, vzrůstá otevřenost ve vystupování vůči světu a v přístupu k sobě. Zjištěná hodnota 104,1 je pod mediánem, může tedy svědčit spíše o uzavřenosti člověka, přičemž nízká hodnota bývá spojována také se zvýšenou pohotovostí reagovat na různé zátěže psychosomaticky. Graf 8. byla dále zjištěna průměrná hodnota skóru Existenciality, která je u námi sledovaného souboru 107,1. Ve srovnání s normami, kde nízký skór E je po 81 a velmi vysoký skór nad 127 (při maximální hodnotě 144), námi zjištěná průměrná hodnota odpovídá mediánu (medián=107). Platí, že se stoupajícím skórem E přibývá rozhodnosti a odpovědnosti ve vedení života. Dalo by se souhrnně říci, že posouzením průměrných hodnot bylo zjištěno, že vybraný nelékařský zdravotnický personál je spíše **uzavřenější**, ale vede život **rozhodně a odpovědně**.



Graf 8. Skór Personality a Existenciality

Výzkumná otázka č. 7: Jaký je průměrný celkový skór smyslu života, průměrný skór Personality (skór P) a průměrný skór Existenciality (skór E) u lékařů?

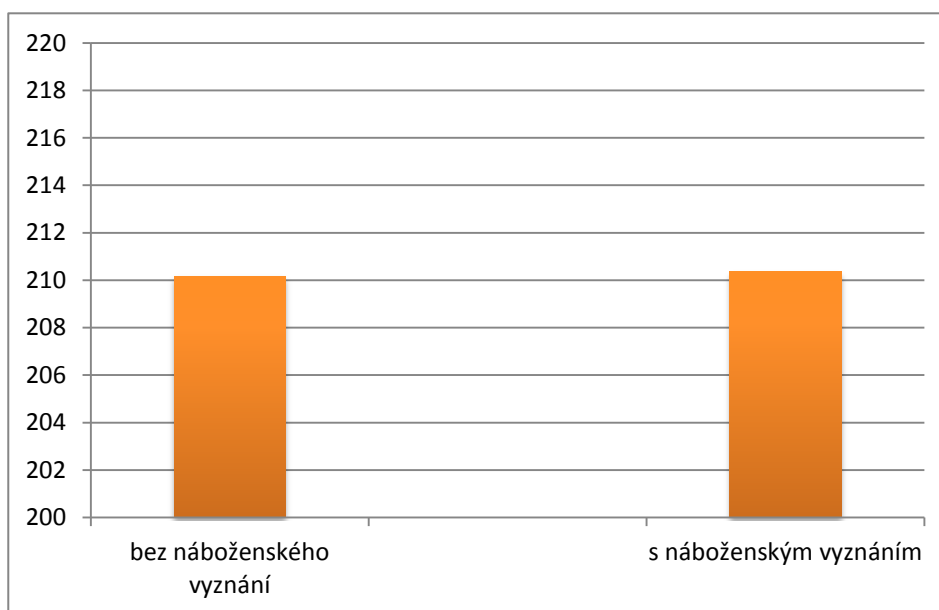
Pro další zkoumání prožívání smyslu života u zdravotnických pracovníků byla vybrána konkrétní pracovní pozice – zajímalo nás, jaká je prožívaná smysluplnost, osobní faktor a existenciální faktor u lékařů. Do výzkumného šetření se zapojilo dvanáct lékařů z oddělení interny, dětské, LDN, chirurgie, gynekologie a ortopedie. Z Grafu 9. vyplývá, že průměrný celkový skór u lékařů je 206,5. V porovnání s normami (nízký hrubý skór = pod 169, velmi vysoký skór nad 249, maximální hodnota 275) se zjištěná průměrná hodnota blíží spíše průměrné hodnotě CS (medián = 216). Se stoupající hodnotou CS vzrůstá vnitřní otevřenost a možnost člověka věnovat se požadavkům a nabídkám světa, pokud by složky P a E vzrůstaly stejně. Na Grafu 9. můžeme pozorovat, že složky P a E se mírně liší, konkrétně $E > P$ – tato kombinace podle norem svědčí o tom, že člověk je relativně slabší v zacházení se sebou a v citovém prožívání, avšak zdatný v praktickém jednání. Z Grafu 9. dále vyčteme, že průměrný skór Personality (skór P = 100, při mediánu 109) se blíží průměrné hodnotě CS, co se týče osobního faktoru, je člověk tedy spíše uzavřenější. Průměrný skór Existenciality (skór E=106,5, při mediánu 107) je víceméně roven průměrné hodnotě CS, což svědčí o rozhodném a aktivním angažování se ve světě. Dalo by se tedy usoudit, že u lékařů sledovaného souboru ve vztahu k prožívané smysluplnosti vykazují **středně uspokojivé existenciální napětí**, ve vztahu k osobnímu faktoru spíše **uzavřenost** vůči světu a ve vztahu k existenciálnímu faktoru **průměrnou schopnost se v životě rozhodovat a angažovat**.



Graf 9. Celkový skór, skór Personality a Existenciality u lékařů

Výzkumná otázka č. 8: **Liší se průměrný celkový skór smyslu života u nelékařského zdravotnického personálu v rámci jejich náboženského vyznání?**

Nyní se zaměříme na to, zda víra v Boha ovlivňuje prožívání smysluplnosti u vybraného zdravotnického personálu. Graf 10. ukazuje, že průměrná hodnota celkového skóru u respondentů s náboženským vyznáním (vyznání katolické u 41 respondentů a evangelické 17 respondentů) byla 210,3 a u 40 respondentů bez vyznání byla průměrná hodnota CS 210,1. Zjištěné průměrné hodnoty jsou téměř stejné. **Nebylo tedy prokázáno, že u nelékařských zdravotníků vybraného souboru by bylo prožívání smysluplné osobní existence ovlivněno náboženským vyznáním.** Obě hodnoty se navíc blíží průměrné hodnotě CS (medián = 216), což svědčí o středně uspokojivém existenciálním naplnění u respondentů s náboženským vyznáním i bez náboženského vyznání.



Graf 10. Celkový skór ve vztahu k náboženskému vyznání

7.2 Hypotézy

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny čtyři hypotézy, které byly dokazovány pomocí Pearsonova koeficientu korelace (r_p). Pearsonův korelační koeficient byl určen pomocí statistického programu R2.10.0. Tento koeficient může nabývat hodnot od -1 do +1. Pokud by byla zjištěna hodnota 0, vypovídala by o statistické nezávislosti obou proměnných, čím více by se zjištěná hodnota blížila hodnotě 1 (resp. -1), tím by byla těsnější souvislost mezi srovnávanými proměnnými. Pokud je výsledek kladný, znamená to, že mezi proměnnými je pozitivní vztah, tzn. vyšším hodnotám jedné proměnné, by odpovídaly vyšší hodnoty druhé proměnné (analogicky nižším hodnotám jedné proměnné by odpovídaly nižší hodnoty druhé proměnné). Pokud je však výsledek záporný, mezi proměnnými je prokazatelný negativní vztah, tzn. vyšším hodnotám jedné proměnné, odpovídají nižší hodnoty druhé proměnné a naopak (Chráška, 2007).

7.2.1 Dílčí cíl 3 (sekce C):

Hypotéza č. 1: **Celkový skór životní spokojenosti souvisí u nelékařského zdravotnického personálu s celkovým skórem životní smysluplnosti.**

U první hypotézy, která je formulována nejobecněji, bylo snahou zjistit, zda je možné potvrdit souvislost mezi životní spokojeností a smysluplností. Byl zjištěn Pearsonův koeficient korelace $r_p = 0,68$. Mezi proměnnými byla zjištěna pozitivní závislost. Podle **tabulky přibližné interpretace hodnot korelačního koeficientu** (Chráška, 2007, s. 105) by zjištěná hodnota odpovídala střední (značné) závislosti.

K ověřování statistické významnosti korelačního koeficientu jsme použili testového kritéria t .

$$t = \frac{r_p}{\sqrt{1-r_p^2}} \cdot \sqrt{n-2}$$

V našem případě se $t = 9$. Zjištěná hodnota je následně srovnána s kritickou hodnotou pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ a při daném počtu stupňů volnosti.

Počet respondentů: $n = 92$

počet stupňů volnosti $f = 90$ ($f = n - 2$)

Ve statistických tabulkách (Chráška, 2007, s. 258) $t_{0,05}(90)$ = odpovídá kritická hodnota 1,9. Srovnáním je možné prokázat, že vypočítaná hodnota $t = 9$ je větší než kritická hodnota, koeficient korelace vypovídá o statistické významnosti mezi sledovanými jevy, proto je daná hypotéza námi přijata. Z výše uvedených výpočtů vyplývá, že celkový skóre životní smysluplnosti souvisí s celkovým skórem životní smysluplnosti. Dalo by se tedy interpretovat, že s rostoucí životní spokojeností vybraného souboru zdravotníků roste také jejich životní smysluplnost.

Hypotéza č. 2: Hodnoty ve škále Práce a zaměstnání (PAZ) souvisí u nelékařského zdravotnického personálu s hodnotami ve škále Odpovědnosti (OD).

Nyní se konkrétněji zaměříme na to, zda zdravotníková spokojenost s pracovní pozicí a úspěchy, profesní budoucností, mírou požadavků i zátěže může souviset s jeho odpovědným jednáním a rozvážným nasazením se pro osobní úkoly a hodnoty. V tomto případě byl vypočítán Pearsonův korelační koeficient $r_p = 0,032$, zjištěná závislost je opět pozitivní. Porovnáním s tabulkou přibližné interpretace hodnot (Chráška, 2007, s. 105) ale zjišťujeme, že míra závislosti je zde na rozdíl od předchozí hypotézy **nízká**. Vzorcem pro testování statistické významnosti koeficientu korelace pomocí testového kritéria t (viz výše), bylo určeno, že $t = 3,33$ při hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a počtu stupňů volnosti $f = 90$. Srovnání s kritickými hodnotami testového kritéria t (Chráška, 2007, s. 258) ukazuje, že hodnota $t = 3,33$ opět převyšuje hodnotu $t_{0,05}(90) = 1,9$. Testováním byla opět prokázána statistická významnost hypotézy, z tohoto důvodu může být výše uvedená hypotéza přijata. Můžeme tedy závěrem říci, že u vybraného vzorku respondentů nelékařského zdravotnického personálu hodnoty ve škále Práce a zaměstnání v malé míře souvisí s hodnotami ve škále Odpovědnosti.

Hypotéza č. 3: Hodnoty ve škále Práce a zaměstnání (PAZ) souvisí u nelékařského zdravotnického personálu s hodnotami ve škále Sebepřesahu (SP).

Další hypotéza se soustřeďuje na zjišťování toho, zda spokojenost s pracovní pozicí, profesními úspěchy, budoucností, mírou požadavků i zátěže v zaměstnání zdravotníka tentokrát vykazuje souvislost se schopností vnímat hodnoty a citově prožívat, přiblížit se druhému a soucítit či „jít s druhým“. Pomocí výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu $r_p = 0,44$ se mezi proměnnými prokázala opět pozitivní závislost, kterou jsme po přirovnání k tabulce přibližné interpretace hodnot koeficientu korelace (Chrásková 2007, s. 105) označili za závislost střední (značnou). Podle testového kritéria t vzorcem (viz výše) pro ověření statistické významnosti korelačního koeficientu, jsme mohli stanovit, že $t = 4,75$. Pro testování statistické významnosti byla opět zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Bylo prokázáno, že kritická hodnota při počtu stupňů volnosti $f = 90$ ($t_{0,05}(90) = 1,9$) nepřevyšuje vypočítanou hodnotu t ($t = 4,75$). Hypotéza je tedy přijata. Výše uvedené výsledky dokládají, že u nelékařského zdravotnického personálu hodnoty ve škále Práce a zaměstnání souvisí s hodnotami ve škále Sebepřesahu.

Hypotéza č. 4: Hodnoty ve škále Vlastní osoba (VLO) souvisí u nelékařského zdravotnického personálu s hodnotami ve škále Sebeodstupu (SO).

Čtvrtá hypotéza nás má svým zaměřením informovat o tom, zda u sledovaného souboru spokojenost s jejich schopnostmi, charakterem, vitalitou a sebevědomím a rovněž vycházením s ostatními lidmi může souviset s vnímáním světa nezkresleně, což je umožněno odpoutáním se od vlivu vlastních přání, představ, citů, obav a úmyslů. Míra závislosti mezi pozorovanými jevy byla znázorněna Pearsonovým koeficientem korelace, který je v tomto případě roven hodnotě $r_p = 0,5$. Pearsonův koeficient opět odhaluje pozitivní závislost, kterou je možné podle tabulky přibližné interpretace hodnot označit za střední (značnou) závislost. Statistická významnost Pearsonova korelačního koeficientu byla potvrzena na základě testového kritéria t (viz výše). Výsledná hodnota testového kritéria $t = 5,53$ byla ověřena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Při počtu stupňů volnosti $f = 90$ a odpovídající kritické hodnotě $t_{0,05}(90) = 1,9$ vidíme, že hodnota testového kritéria $t = 5,53$ je větší než hodnota kritická, jedná se o statisticky významnou závislost. Na základě zjištěných údajů je možné hypotézu

přijmout. Potvrdilo se, že hodnoty škály Vlastní osoba souvisejí s hodnotami škály Sebeodstupu.

8 DISKUZE

Ve výzkumné části diplomové práce jsme se věnovali zmapování možného vztahu mezi profesí zdravotníka a prožíváním životní spokojenosti a smysluplnosti. Pro účely výzkumu byl osloven soubor zdravotnických pracovníků jedné z nemocnic Zlínského kraje. Jak už bylo uvedeno dříve, naším záměrem bylo prozkoumat životní smysl a životní spokojenost u co nejširšího vzorku zdravotníků, tedy u zdravotníků, kteří by zastávali různé pracovní pozice. Potvrdila se však naše obava, kdy se problémem stala pracovní vytíženost lékařů, v jejímž důsledku náš „zúžený“ sledovaný soubor zastupovaly z velké části všeobecné sestry a dále v menší míře zdravotnické asistenty, sanitáře, porodní asistentky, ošetřovatele a zdravotnické záchranáře. Aby se výzkum dal považovat za relevantní, důležitým aspektem bylo do něj zapojit zdravotnické pracovníky z různých nemocničních oddělení. Nakonec se nám podařilo získat data z deseti oddělení.

Pro realizaci výzkumného šetření byla v návaznosti na zkoumanou problematiku zvolena kvantitativní metodologie, konkrétně dotazníková metoda. Výhodou této metody se ukázala být její „rychlost“, kdy za krátký čas bylo možné získat údaje od velkého počtu respondentů. Za nevýhodu dotazníku bychom po zkušenosti s realizací tohoto výzkumu označili časté používání právě dotazníkové metody i u námi vybraného souboru zdravotnických pracovníků. Zdravotníci této nemocnice byli různými typy dotazníků až přehlčení, což se zprvu u některých zdravotníků dalo vyzorovat z reakcí a z neochoty ke spolupráci. Očekávali jsme, že neochota ke spolupráci na výzkumu by mohla souviset také s tím, že každý zdravotník byl požádán o vyplnění dvou dotazníků (konkrétně dotazníků ESK a DŽS). Ale i přes výše uvedené skutečnosti byla návratnost dotazníků 80%, podařilo se nám tedy shromáždit dostatečné množství dat. Získaná data byla zpracována, statisticky vyhodnocena a následně interpretována. Výzkumná část byla z důvodu snadnější orientace rozčleněna do tří sekcí, které odpovídaly třem dílčím cílům.

8.1 Sekce A: Dílčí cíl 1: Analýza životní spokojenost ve zdravotnické profesi.

Sekce A, odpovídající prvnímu dílčímu cíli, obsahovala čtyři výzkumné otázky (VO1 – VO4) týkající se životní spokojenosti nelékařského zdravotnického personálu vybrané nemocnice. U první výzkumné otázky jsme hodnotili celkovou životní spokojenost nelékařských zdravotníků, tedy to, jak zdravotníci vnímají a hodnotí svůj život jako celek. Pomocí základní popisné statistiky jsme dospěli ke zjištění, že vybraný soubor je se svým životem ve většině případů spokojen průměrně až více. Je však nutno dodat, že do celkového obrazu životní spokojenosti se nezapočítávají hodnoty ze škál Práce a zaměstnání, Manželství a partnerství a Vztah k dětem – na základě druhé konkrétnější výzkumné otázky zaměřené právě na hodnocení jednotlivých oblastí životní spokojenosti bylo zjištěno, že zdravotníci vykazovali nejvyšší spokojenost právě v oblasti manželského a partnerského života a vztahu k vlastním dětem. Výzkum dále ukázal, že nelékařský zdravotnický personál byl nejméně spokojen se svou finanční situací a trávením volného času. Zjištěné údaje korespondují s výše uvedenou charakteristikou práce zdravotníka – vykonávání této profese je velmi náročné po stránce psychické i fyzické a často tomuto faktu neúměrně finančně ohodnocené. Jak bylo předesláno, vybraný soubor byl tvořen převážně zdravotními sestrami – ve zdravotnictví lze v návaznosti na problematiku finančního ohodnocení pozorovat aktuálně se rozšiřující trend ve světě i v naší republice, kterým je migrace sester do zahraničí. Častým důvodem migrace sester je právě úroveň mezd. Nespokojenost s délkou a kvalitou volného času bychom mohli připsat na vrub směnnému provozu zdravotníků. Jak uvádí Baumruk et al. (2001), jsou tímto kladeny vysoké nároky na adaptaci související se změnou životního stylu, související s omezením sociálního kontaktu, omezenou možností realizace společenských a kulturních zájmů či nepravidelností pracovního volna. Vhodné trávení volného času pomáhá obnovit ztracené síly a může se poté projevit do práce a jednání zdravotníka s nemocným (Rozsypalová et al, 1999).

Třetí výzkumná otázka ověřovala, zda má na životní spokojenost nelékařského zdravotnického personálu vliv oddělení, na kterém pracují. Na sledovaných devíti odděleních (chirurgie, chirurgie – JIP, ARO, ortopedie, gynekologie, interna, interna – JIP, dětské a LDN) se průměrná životní spokojenost víceméně blížila průměrné

spokojenosti - výjimkou však byla nižší hodnota životní spokojenosti na oddělení chirurgie – JIP²⁴. Obecně jsou na zdravotnický personál pracující na jednotkách intenzivní péče kladeny vysoké nároky po stránce psychické, fyzické i odborné. Práce zde má charakteristický ráz, vyžaduje týmovou spolupráci a celkovou ošetrovatelskou péči, tedy značné nasazení ze strany sestry (Kapounová, 2007). Za příčinu nižší spokojenosti právě na tomto oddělení bychom tedy mohli považovat náročnost a charakter práce. Dokladem tohoto tvrzení mohou být i výsledky japonské studie, do které se zapojilo 1551 sester. Bylo prokázáno, že sestry na ambulanci pociťují menší únavu než sestry na JIP, větší míra únavy byla zaznamenána také u sester na operačním sále, ale za to sestry na sále pociťovaly menší úzkost než sestry na JIP a lůžkových odděleních (Kawano, 2008).

Úkolem čtvrté výzkumné otázky bylo vysledování životní spokojenosti u nelékařského zdravotnického personálu v oblasti práce a zaměstnání, tedy ve škále, která opět není do hodnocení celkové spokojenosti s životem zahrnuta. Spokojenost ve škále PAZ byla sledována v závislosti na dosaženém vzdělání zdravotníků. Grafické vyobrazení ukázalo, že vybraní zdravotníci jsou v této oblasti spíše spokojeni, ale také, že mezi spokojeností ve škále PAZ a vzděláním byla vytvořena nepřímá úměra – konkrétně s rostoucím stupněm dosaženého vzdělání (v našem případě od středoškolského přes vyšší odborné vzdělání k vysokoškolskému) mírně klesala životní spokojenost s prací, pracovními úspěchy či možnostmi profesního vzestupu.

8.2 Sekce B: Dílčí cíl 2: Analýza životní smysluplnost ve zdravotnické profesi

Dalším dílčím cílem naší práce bylo analyzovat prožívání smyslu života u zdravotnického personálu. Na základě tohoto cíle byly vytvořeny opět čtyři výzkumné otázky (VO5 – VO8).

V páté výzkumné otázce jsme se snažili zhodnotit celkový skóre smyslu života u nelékařského zdravotnického personálu, proměnnou zde byla opět jednotlivá oddělení,

²⁴ **Jednotka intenzivní péče** oboru chirurgie je zaměřena na péči o pacienta po operačním zákroku a v průběhu chirurgického onemocnění (Slezáková, 2010).

na kterých zdravotníci pracují. Celkový skóre životní smysluplnosti nás informuje o schopnosti člověka vyrovnávat se sebou samým a se světem, tedy o schopnosti vypořádat se s vnějšími i vnitřními nároky vlastního života, a tak smysluplně vytvářet svůj život a autenticky jej prožívat (Testcentrum, 2001). Zjištěné údaje ukázaly, že prožívání smysluplnosti se na jednotlivých odděleních ve větší míře odlišuje, většinou se hodnoty blíží či mírně přesahují středně uspokojivé existenciální napětí. Nejvíce uspokojivé existenciální naplnění pocítovali zdravotníci z chirurgie a naopak nejméně uspokojivé zdravotníci z LDN a interny. Domníváme se, že nejnižší hodnoty by mohly opět vycházet z charakteru práce, zdravotníci jsou na uvedených odděleních vystaveni zátěžovým faktorům, na obou odděleních může dojít k rychlé změně stavu pacienta, což vyžaduje rychlý zákrok. Především práce na LDN je velmi náročná, sestry zde denně vidí bolest nemocných a zármutek jejich rodin, denně čelí nečekaným situacím. Fyzickou a neuropsychickou zátěž na odděleních LDN a geriatricke hodnotila Hubáčová (1999) – tyto sestry byly zařazeny do kategorie zvýšené neuropsychické zátěže, přičemž 77,8 % sester uvedlo opakované psychické těžkosti, jejichž hlavní příčinou bylo přepracování. Psychické těžkosti sestry zaznamenávaly jak v práci, tak po příchodu domů. V souvislosti s burnout syndromem, kterému jsme se věnovali v teoretické části, je zaznamenán největší výskyt tohoto syndromu právě u zdravotníků na LDN, dále onkologii, JIP a psychiatrických odděleních (Šeblová, 2008).

Šestá výzkumná otázka se hodnocení smysluplnosti nelékařských zdravotníků věnovala konkrétněji, a to v jejích dvou složkách Personalitě a Existencialitě. Personalita nás informuje o přístupnosti, oslovitelnosti člověka ve vztahu k sobě i ke světu (Testcentrum, 2001). U zdravotníků vybraného souboru byla v této oblasti prokázána spíše uzavřenost ve vystupování vůči světu a sobě. Druhá zjišťovaná oblast, tj. Existencialita, měří schopnost rozhodovat se a aktivně se angažovat ve světě (Testcentrum, 2001). Zde byla zjištěna průměrná hodnota v „odhodlanosti vstupování do světa“, tedy rozhodnost a odpovědnost zdravotníků ve vedení života. Jak už bylo předesláno dříve, k vykonávání této profese jsou potřebné určité předpoklady. V oblasti Personalitě bychom očekávali u zdravotníků spíše otevřenost ve smyslu neustálé interakce zdravotníka s pacientem, oblast Existenciality naše očekávání víceméně potvrdila. Vzájemný kontakt zdravotníka a pacienta rovněž vyžaduje osobní angažovanost, postřeh a pohotovost a také rychlé zhodnocení situace a následné řešení (Zacharová a Šimíčková – Čížková, 2011).

Úkolem sedmé výzkumné otázky bylo popsat životní smysluplnost u lékařů vybrané nemocnice. Pro úplnost je nutné brát v úvahu, že výzkumu se zúčastnilo pouze dvanáct lékařů. Přesto bychom na základě výsledných hodnot mohli říci, že lékaři sledovaného souboru prožívají opět spíše přístupné, jasně utvářené žití a středně uspokojivé existenciální naplnění, přičemž mírné převýšení složky Existenciality nad složkou Personality svědčí o relativně slabším zacházení člověka se sebou a také v oblasti prožívání citů, zato ale zdatnost v praktickém jednání. A jaké byly výsledky lékařů v oblasti Personality a Existenciality? Dalo by se říci, že jsme došli k podobným závěrům jako u nelékařských pracovníků – vyskytovala se u nich spíše uzavřenost vůči světu a průměrná schopnost se v životě rozhodovat a angažovat. Lékařské povolání je velmi náročné, což dokazuje i studie, která byla orientována na výskyt syndromu vyhoření u 27 000 amerických lékařů v porovnání s běžnou populací v roce 2012. U 45,4 % lékařů se vyskytovaly příznaky syndromu vyhoření a 37,8 % lékařů trpělo depresemi. Tyto stavy jsou zapříčiněny extrémní pracovní zátěží, ztrátou autonomie, neefektivnosti související s administrativní zátěží, nesnadným propojením osobního a profesionálního života a ztrátou smyslu samotné práce (Šeblová, 2008). Další analýza dat z National Violent Death Reporting System prokázala, že u lékařů v USA je v porovnání s jinými profesemi vyšší suicidalita a je spojená s pracovním přetížením a stresem.

V osmé výzkumné otázce jsme se zabývali tím, zda prožívání smysluplného života člověka ovlivňuje jeho víra, konkrétně jestli se liší celkový skóre smyslu života nelékařských zdravotníků s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání. Dalo by se říci, že smyslem života věřících by měla být láska k Bohu a bližnímu či schopnost obětovat se pro druhého, pomoc potřebným, a z tohoto důvodu byla očekávána vyšší hodnota celkového skóre smyslu života u věřících zdravotníků. Náš výzkum však tento předpoklad nepotvrdil. Nebyl prokázán rozdíl mezi věřícími a nevěřícími zdravotníky v prožívání smysluplnosti. Pro srovnání s našimi výsledky - výzkum týkající se rozdílnosti ve smysluplnosti života v návaznosti na náboženské vyznání člověka realizoval Tavel v roce 2003. Osloveno bylo 946 respondentů z ČR, Slovenska, Německa a Rakouska. Respondenti byli z 86 % věřící. Výzkum prokázal, že věřící svůj život hodnotí smysluplněji než nevěřící a dále, že lidé žijící v duchovním povolání prožívají smysl rovnocenně ve srovnání s jinými pracujícími (Tavel, 2007).

8.3 Sekce C: Dílčí cíl 3: Analýza vzájemného vztahu mezi životní spokojeností a životní smysluplností.

Třetím a také posledním dílčím cílem našeho výzkumu bylo porovnat vztah mezi životní spokojeností a smysluplností. K naplnění tohoto cíle byly formulovány čtyři hypotézy, které byly následně hodnoceny prostřednictvím Pearsonova koeficientu korelace.

V první hypotéze jsme se věnovali souvislosti mezi životní spokojeností a životní smysluplností u nelékařských pracovníků ve zdravotnictví. Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu byla zjištěna pozitivní závislost, která porovnáním s tabulkovými normami odpovídala střední, tedy značné závislosti. Tato hypotéza byla přijata. Troufáme si tedy říci, že to, že nelékařští zdravotníci prožívají svůj život spokojeně, značně souvisí s prožíváním života také smysluplně.

V naší práci se zabýváme vlivem vybraného povolání na životní spokojenost a smysluplnost. Proto byla pro druhou hypotézu zvolena škála Práce a zaměstnání a její souvislost se škálou odpovědnosti, tedy se schopností zdravotníka odhodlat se a rozvážně se angažovat pro osobní úkoly a hodnoty, která by jako předpoklad k dobrému vykonávání této profese neměla chybět (Testcentrum, 2001). Na základě výzkumného šetření byla mezi těmito dvěma proměnnými opět potvrzena pozitivní závislost a druhá hypotéza tak byla přijata. Výzkum ukázal, že spokojenost zdravotníka s pracovní pozicí, úspěchy, požadavky i zátěží souvisí s tím, že jedná s vědomím závaznosti a důsledky nese s pocitem, že to, co činí je správné. Je však nutné dodat, že prokázaná závislost byla na základě norem považována za nízkou. Na odpovědnost v práci sestry reaguje i Etický kodex zdravotních sester, který říká, že povinností sestry je převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti (Česká asociace sester, 2012). Zacharová a Šimíčková – Čížková (2011) uvádí, že významným předpoklad pro výkon zdravotnického povolání je smysl pro povinnost a odpovědnost a rovněž dobrý vztah k lidem.

Škálou Práce a zaměstnání se zabýváme i v následující hypotéze, tentokrát však v souvislosti s citovou přístupností – tedy s tím, jak se zdravotník dovede přiblížit a soucítit, jak dovede „jít s jinými“. Tato škála se zaměřuje také na vnímání, oslovení,

vycítění hodnot. Výpočtem Pearsonova korelačního koeficientu byla opět prokázána střední (značná) závislost mezi těmito dvěma jevy a hypotéza byla přijata. To, že zdravotník musí často polemizovat o životních hodnotách, dokládá fakt, že náplní jeho práce je péče o zdraví, na které je pohlíženo jako na jednu z nejvýznamnějších lidských hodnot. Už dříve jsme uvedli, že pracovník ve zdravotnictví má významné humánní poslání, tj. sloužit člověku a upevňovat a udržovat jeho zdraví. Etický kodex sester říká, že zdravotní sestra by měla mít v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování této péče sestra respektuje víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčej a snaží se o vytvoření podmínek respektujících individualitu (Česká asociace sester, 2012).

Úkolem čtvrté hypotézy bylo poskytnout odpověď na to, zda existuje souvislost mezi hodnocením spokojenosti ve škále Vlastní osoba a schopnosti sebeodpoutání ve škále Sebeodstup. Pro výkon povolání zdravotníka jsou nutné určité osobnostní předpoklady týkající se schopnosti řešit problémy, vnímat svět druhých, porozumění nemocným, trpělivosti, pohotovosti atd. Při sestavování této hypotézy jsme předpokládali, že tyto osobnostní předpoklady souvisí se zaměřeností zdravotníka na potřeby pacienta, tedy se schopností odpoutat se od svých problémů, citů, obav a soustředit se na všestranně kvalitní poskytnutí ošetrující péče. Hypotéza byla na základě výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu přijata a mezi jevy byla prokázána střední (značná) závislost. Dá se usoudit na to, že hodnocení své osoby zdravotníkem, tj. jak zdravotník hodnotí svůj vzhled, schopnosti, charakter, vitalitu či sebevědomí a vztah s druhými, může mít souvislost s tím, že vnímá svět nezkresleně, tedy že se odpoutá od svých přání, představ, citů, obav, cílů a úmyslů (Testcentrum, 2001).

Závěrem můžeme shrnout, že pomocí výzkumného šetření se nám podle našich možností podařilo zmapovat životní spokojenost, životní smysluplnost a jejich vzájemnou souvislost u zdravotnického personálu. Naše předpoklady byly většinou potvrzeny. Na základě zodpovězených výzkumných otázek a přijatých hypotéz můžeme říci, že vykonávání zdravotnické profese do jisté míry ovlivňuje prožívání životní smysluplnosti a spokojenosti zdravotnického personálu. Hlavní cíl práce byl tedy naplněn.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce si kladla za cíl přiblížit problematiku prožívané životní spokojenosti a smysluplnosti u pracovníků ve zdravotnictví. Tomuto tématu je věnována také teoretická část práce. Zabýváme se v ní definováním základních pojmů souvisejícími s životní smysluplností. Dále je zde popsán smysl života v historickém kontextu, pohled na tuto problematiku ve vybraných psychologických teoriích, zejména pak v díle Viktora E. Frankla, mj. jako zakladatele terapeutických přístupů logoterapie a existenciální analýzy, o kterých je pojednáváno v závěru první kapitoly. Teoretická část dále pokračovala analýzou životní spokojenosti. Snažili jsme se o přiblížení pojmu životní spokojenosti prostřednictvím definic ze strany odborníků a zejména o pochopení životní spokojenosti jako součásti osobní pohody. Proto byla významná část druhé kapitoly věnována osobní pohodě – vymezení tohoto pojmu, dále struktura a zvláště jejím zdrojům. Životní spokojenost a smysluplnost měla být pozorována u zdravotnického personálu, proto závěr teoretické části obsahoval stručnou charakteristiku zdravotnické profese.

Účelem námi provedeného výzkumného šetření bylo zjistit, zda vykonávání určité práce, v našem případě práce zdravotníka, může ovlivňovat prožívání a hodnocení jeho života jako smysluplného a spokojeného. S použitím dotazníků ESK a DŽS byla získána data od zdravotnických pracovníků jedné z nemocnic Zlínského kraje. Výzkumné šetření přineslo odpovědi na výzkumné otázky a stanovené hypotézy. Závěry z výzkumu byly shrnuty v diskuzi.

Předložená diplomová práce si kladla za cíl nahlédnout hlouběji do problematiky smyslu života a životní spokojenosti a možná také upozornit na náročnou a odpovědnou práci zdravotníků, kteří se rozhodli věnovat svůj život péči o druhé lidi. Tuto práci bychom chtěli zakončit myšlenkou, která nás při studiu této problematiky zaujala. Sice, že klíčem ke šťastnému a spokojenému životu může být pro někoho možnost vykonávat práci, která jej naplňuje a baví. V některých případech se může práce stát i smyslem života člověka. Protože tuto možnost nemá každý, je i přes to důležité učit se mít svou práci rád a hledat v ní smysl.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní publikace:

ADLER, Alfred. *Smysl života*. [z něm. originálu přeložil Zbyněk Vybíral] 1. vyd. Praha: Práh, 1995. 146 s. ISBN 80-858-0934-6.

BAŠTECKÁ, Bohumila a GOLDMANN, Petr. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.

BAUMEISTER, R. F. *Meanings of life*. New York: Guilford Press, 1991. 427 s. ISBN 0-89862-531-9.

BAUMRUK, J. et al. *Analýza rizik při práci : Příručka pro zaměstnavatele*. 2.vyd. Praha: Fortuna, 2001. 135 s. ISBN 80-7071-183-3.

BERAN, Jiří et al. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

BLATNÝ, Marek. *Jasnost sebepojetí jako mediátor vztahu mezi temperamentovými vlastnostmi osobnosti a sebehodnocením a životní spokojeností*. Brno: Akademie věd České republiky, 1999, 15 s. ISBN 80-238-5785-1.

BLATNÝ, Marek et al. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 109 s. ISBN 80-86633-35-7.

BLATNÝ, Marek et al. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 301 s. ISBN 978-80-247-3434-7.

BOLELOUCKÝ, Zdeněk. *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. 2. vyd., Brno: Masarykova univerzita, 1999. 92 s., [8] s. obr. příl. ISBN 80-210-2064-4.

BUDÍKOVÁ, Marie, LERCH, Tomáš a MIKOLÁŠ, Štěpán. *Základní statistické metody*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 170 s. ISBN 80-210-3886-1.

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot*. 2. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2009. 376 s. ISBN 978-80-244-2295-4.

ČECHOVÁ, Věra, ROZSYPALOVÁ, Marie a MELLANOVÁ, Alena. *Speciální psychologie*. 4. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava et al. *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti*. 1. vyd. Brno: MSD, 2008. 141 s. ISBN 978-80-7392-010-4.

DOSTÁLOVÁ, Vendula. *Učitel a smysl života*. Olomouc, 2013. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filosofická fakulta, Katedra psychologie.

FRANKL, Viktor Emil. *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. 1. vyd. [Překlad Z. Trtík]. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 88 s. ISBN 80-901-6014-X.

FRANKL, Viktor Emil. *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii s příspěvkem Elisabeth S. Lukasové*. Brno: Cesta, 1994. 212 s. ISBN 80-853-1929-2.

FRANKL, Viktor Emil. *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. 127 s. ISBN 80-719-2095-9.

FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. 1. vyd. Brno: Cesta, 1996. 237 s. ISBN 80-853-1950-0.

FRANKL, Viktor Emil. *Psychoterapie pro laiky*. Překlad Vladimír Smékal. Brno: Cesta, 1998. 158 s. ISBN 80-853-1980-2.

FRANKL, Viktor Emil. *Teorie a terapie neuróz*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 171 s. ISBN 80-716-9779-6.

FRANKL, Viktor Emil a Pinchas LAPIDE. *Bůh a člověk hledající smysl*. [Překlad Zuzana Burdová]. 1. vyd. Brno: Cesta, 2011. 109 s. ISBN 978-807-2951-376.

FROMM, Erich. *Strach ze svobody*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1993. 158 s. ISBN 80-206-0290-9.

FROMM, Erich. *Anatomie lidské destruktivity: můžeme ovlivnit její podstatu a následky?*. [Překlad Bedřich Placák]. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 520 s. ISBN 80-710-6232-4.

HALAMA, Peter. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. 1. vyd. Bratislava: Slovak Academic Press, 2007. 224 s. ISBN 978-80-8095-023-1.

HAMPLOVÁ, Dana. *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2004. 43 s. ISBN 80-7330-063-X.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

HELLER, Jan. *Podvečerní děkování: vzpomínky, texty a rozhovory*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 299 s. ISBN 80-702-1809-6.

HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 91 s. ISBN 80-247-0212-6.

HRDLIČKA, Michal, KURIC, Julián a Marek BLATNÝ. *Krize středního věku*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 167 s. ISBN 80-736-7168-9.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANEČKOVÁ, Hana. *Sociologie medicíny v kontextu veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: IPVZ Praha, 1997, 52 s.

JUNG, C. G. *Člověk a duše*. 1. vyd. Praha: Academia, 1995. 277 s. ISBN 80-200-0543-9.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.

KOVÁŘ, Petr et al. *Témata – všeobecný přehled*. 1. vyd. Praha: Fragment, 2011. 472 s. ISBN 978-80-253-0530-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Mít pro co žít*. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. 134 s. ISBN 978-807-1954-040.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7367-726-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

LÄNGLE, Alfried. *Smysluplně žít: aplikovaná existenciální analýza*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2002. 79 s. ISBN 80-729-5037-1.

LÄNGLE, Silvia a SULZ, Martha. *Žít svůj vlastní život: úvod do existenciální analýzy*. 1. vyd. Překlad Karel Balcar. Praha: Portál, 2007. 181 s. Spektrum (Portál), 53. ISBN 978-807-3672-201.

LUKAS, Elisabeth S. *Logoterapie ve výchově*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 207 s. ISBN 80-717-8180-0.

LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. 1. vyd. Brno: Cesta, 1998. 191 s. ISBN 80-853-1979-9.

MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 123 s. ISBN 978-80-247-3811-6.

MASLOW, Abraham H. *Ku psychologii bytí*. 1. vyd. Modra: Persona, 2000. 223 s. ISBN 80-967-9804-9.

- PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-0871-X.
- POHLOVÁ, Lucie., KOZÁKOVÁ, Radka a JAROŠOVÁ Darja. Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. In: *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů v praxi*. Praha: Česká lékařská společnost, 2011. roč. 91, č. 5, s. 274-277. ISSN 0032-6739.
- RABAN, Miloš. *Duchovní smysl člověka dnes: od objektivního k existenciálnímu a věčnému*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2008. 394 s. ISBN 978-807-0219-331.
- ROZSYPALOVÁ, Marie et al. *Ošetrovatelství I: pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 1999. ISBN 80-86073-40-8.
- ROZSYPALOVÁ, M. et al. *Ošetrovatelství I: pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 1999. ISBN 80-86073-40-8.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 246s. ISBN 978-80-247-3129-2.
- STÖRIG, Hans Joachim. *Malé dějiny filosofie*. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. 656 s. ISBN 978-80-7195-206-0.
- STRACK, Fritz, ARGYLE, Michael, a SCHWARZ, Norbert. (Ed.). *Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective*. 1. vyd. New York: Pergamon Press, 1991. ISBN 00-803-7264-3.
- SUVÁK, Vladislav in REMIŠOVÁ, Anna (Ed.). *Dejiny etického myslenia v Európe a USA*. 1. vyd. Bratislava: Kalligram, 2008. 894 s. ISBN 978-80-8101-103-0.
- SVOBODOVÁ, Lenka. *V. E. Frankl, C. G. Jung a jejich pojetí smyslu života*. Olomouc, 2010. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav pedagogiky a sociálních studií.
- TAVEL, Peter. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla: potřeba smyslu života, přínos Viktora E. Frankla k otázce smyslu života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 303 s. ISBN 978-807-2549-153.

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VYBÍRAL, Zbyněk a ROUBAL Jan. *Současná psychoterapie*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2010. 743 s. ISBN 978-807-3676-827.

VYMĚTAL, Jan et al. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd.. rozš. a přeprac. Praha: Grada, 2004. 339 s. ISBN 80-247-0723-3.

YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie*. [Překlad Ivo Müller]. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 527 s. ISBN 80-736-7147-6.

ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Články:

ARGYLE, Michael, MARTIN, Maryanne. The psychological causes of happiness. In: STRACK, Fritz, ARGYLE, Michael, a SCHWARZ, Norbert. (Ed.). *Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective*. 1. vyd. New York: Pergamon Press, 1991. ISBN 00-803-7264-3.

ARGYLE, Michael. Causes and correlates of happiness. In: KAHNEMAN, Daniel, DIENER, Ed a Norbert SCHWARZ (Ed.). *Well Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation, ©1999. s. 353–373. ISBN 0-87154-424-5.

BLAHUTKOVÁ, Marie, DAN, Jiří. Zdraví a osobní pohoda: některé nové přístupy a metody posuzování. In: ŘEHULKA, Evžen. *Škola a zdraví 21, 3/2008. Současný diskurs zkoumání školy a zdraví*. [online]. Brno : MSD, 2008 [cit. 2012-06-25], s. 123-128. ISBN 978-80-7392-042-5. Dostupné z WWW:
<http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/25/25/texty/cze/diskurs.pdf>

BLATNÝ, Marek, OSECKÁ, Lída. The relationship between global self-assessment and temperament and interpersonal personality characteristics. *Studia psychologica*. 1997, roč. 39, č. 1, s. 39-44. ISSN 0039-3320

BLATNÝ, Marek et al. Životní smysluplnost: osobnostní souvislosti a antecedenty. *Československá psychologie*. 2010, roč. 54, č. 3, s. 225-234. ISSN 0009-062X.

BLÍŽKOVSKÁ, Jaroslava. Objektivní a subjektivní faktory štěstí. *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. s. 55-61. ISBN 80-210-3130-1. Dostupné také z:
<http://digilib.phil.muni.cz/handle/11222.digilib/114265>

BOŽUKOVÁ, Jana. Žít život s vnitřním souhlasem: S Janou Božukovou o existenciální analýze a logoterapii. *Psychologie dnes*. 1999, roč. 5, č. 3, s. 1-3. ISSN 1212-9607.

BURKE, Ronald J., GREENGLASS, Esther R. Work–family conflict, spouse support, and nursing staff well-being during organizational restructuring. In: *Journal of Occupational Health Psychology*. 1999, Vol. 4, No. 4, s. 327-336. ISSN 1076-8998.

DENEVE, Kristina M. a COOPER, Harris. The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 1998, Vol. 124, No. 2, s. 367-372. ISSN 0033-2909.

DIENER, Ed. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 2000, Vol. 55, No. 1, s. 34-43. ISSN 1935-990x.

DŽUKA, Jozef a DALBERT, Claudia. Model aktuálnej a habituálnej subjektívnej pohody. *Československá psychologie*. 1997, roč. 41, č. 5, s. 385-398. ISSN 0009-062X.

DŽUKA, Jozef a DALBERT, Claudia. Vývoj a overenie validity Škál emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody (SEHP). *Československá psychologie*. 2002, roč. 46, č. 3, s. 234 – 250. ISSN 0009-062X.

HAMPLOVÁ, Dana. Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. *Sociologický časopis*. 2006, roč. 42, č.1, s. 35-55. ISSN 0038-0288.

HLAVÁČKOVÁ, Eva et al. Životní spokojenost českých dětí jako významný koncept ovlivňující zdraví. *Kontakt 1*. 2009. ISSN 1212-4117.

HŘEBÍČKOVÁ, Martina, BLATNÝ, Marek a JELÍNEK, Martin. Osobnost jako prediktor osobní pohody v dospělosti. *Československá psychologie*. 2010, roč. 54, č. 1, s. 31-41. ISSN 0009-062X.

HUBAČOVÁ, Leona et al. Fyzická a neuropsychická náročnost práce na oddělení geriatric a oddělení pre liečenie dlhodobo chorých pacientov. *Pracovní Lékařství*. 1999, roč. 51, č. 3, s. 107 -113. ISSN 0032-6291.

KAČMÁROVÁ, Monika. Osobnost, manželský stav a subjektivná pohoda seniorov. *Československá psychologie*. 2007, roč. 51, č. 5, s. 530-541. ISSN 0009-062X.

KAWANO, Yuri. Association of Job-related Stress Factors with Psychological and Somatic Symptoms among Japanese Hospital Nurses: Effect of Departmental Environment in Acute Care Hospitals. *Journal of Occupational Health*. 2008, č. 50, s.79-85. ISSN 1933-8244.

KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*. 2003, roč. 47, č. 4, s. 333-345. ISSN 0009-062X.

KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In: BLATNÝ, Marek et al. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. s. 11-35. ISBN 80-86633-35-7.

KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. Osobní pohoda vysokoškolských studentů: česká část studie. *Československá psychologie*. 2009, roč. 53, č. 2, s. 129-139. ISSN 0009-062X.

KOŽENÝ, Jiří, CŠÉMY, Ladislav a TIŠANSKÁ, Lýdie. Strukturální analýza modelu životní spokojenosti adolescentů. *Československá psychologie*. 2007, roč. 51, č. 3, s. 224-237. ISSN 0009-062X.

LÄNGLE, Alfried. Nalézt přítakání životu. *Propsy*. 1997, roč. 3, č. 2, s. 9-11. ISSN 1211-5886.

MCCRAE, Robert R., COSTA, Paul T. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980, roč. 38, č. 4, s. 668-678. ISSN 0022-3514.

- MCCRAE, Robert R. a COSTA, Paul T. The NEO Personality Inventory: Using the Five-Factor Model in Counseling. *Journal of Counseling and Development*. 1991, Vol. 69, No. 4, s. 367-372. ISSN 0748-9633.
- MYERS, David G., DIENER, Ed. Who is happy? *Psychological Science*. 1995, Vol. 6, No. 1, s. 10–17. ISSN 0956-7976.
- NAKLÁDALOVÁ, Marie et al. Pracovní spokojenost všeobecných sester na lůžkových odděleních nemocnic. *Pracovní lékařství*. 2011, č. 1, s. 18-23. ISSN: 0032-6291.
- REKER, Gary T. a WONG, Paul T. P. Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In: BIRREN J. E. a BENGSTON V. C. (Ed.). *Emergent theories of aging*. New York: Springer Publishing, 1988. s. 214–246.
- RYFF, Carol D., KEYES, Corey Lee M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. ©1995, vol. 69, No.4, s. 719-727. ISSN: 0022-3514.
- RYFF, Carol D. Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*. 1991, Vol. 6, No. 2, s. 286-295. ISSN 0882-7974.
- SHELDON, Kennon M. a KASSER, Tim. Pursuing Personal Goals: Skills Enable Progress, but Not all Progress is Beneficial. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1998, Vol. 24, No. 12, s. 1319-1331. ISSN 0146-1672.
- SELIGMAN, Martin E. P. Boomer blues. *Psychology Today*. 1988, 22(10), s. 50-55. ISSN 0033-3107.
- SEVEROVÁ, Jana. (ed.). Zátěž pečovatelských týmů u těžce a chronicky nemocných pacientů. In: *Gerontologické dny*. Ostrava: Barrister, 1999.
- SLEZÁČKOVÁ, Alena. Štěstí jako předmět vědeckého zkoumání pozitivní psychologie. In: *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity: Annales psychologici*. 2010, roč. 58, č. P14, s. 5-18. ISSN 1211-3522. Dostupné také z: <http://digilib.phil.muni.cz/handle/11222.digilib/114417>
- SNOPEK, Mojmír, HUBLOVÁ Veronika, BLATNÝ Marek a Martin JELÍNEK. Osobnostní koreláty životní spokojenosti a sebehodnocení u adolescentů: rodové rozdíly. *Československá psychologie*. 2011, roč. 55, č. 6, s. 521-533. ISSN 0009-062X.

ŠOLCOVÁ, Iva a KEBZA, Vladimír. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*. 1999, roč. 43, č. 1, s. 19-38. ISSN 0009-062X

TIŠANSKÁ, Lýdie, KOŽENÝ, Jiří. Osobnost, anticipovaná sociální opora a adaptace seniorek na stárnutí: test modelu životní spokojenosti. *Československá psychologie*. 2004, roč. 48, č. 1, s. 27 – 38. ISSN 0009-062X.

ULRICHOVÁ, Monika. Logoterapie jako prevence burn-out syndromu pro lékaře. *Praktický lékař*. 2011, roč. 91, č. 4, s. 200–202. ISSN 0032-6739.

Internetové zdroje:

BALCAR, Karel. *Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla* [online]. 22.10.2007 [cit. 2013-11-04]. Dostupné z: <http://www.slea.cz/old/index.php/odborne-texty-mainmenu-2/4-karel-balcar/5-karel-balcar-logoterapie-a-existencialviktora-e-frankla>

BALCAR, Karel. *Logoterapie a existenciální analýza: výcvik a vzdělávání* [online]. 22.10.2007 [cit. 2013-11-04]. Dostupné z: <http://www.slea.cz/old/index.php/odborne-texty-mainmenu-2/2009/02>

COHEN, Karen a CAIRNS, David. Is Searching for Meaning in Life Associated With Reduced Subjective Well-Being? Confirmation and Possible Moderators. *Journal of Happiness Studies* [online]. 2012, vol. 13, issue 2, s. 313-331 [cit. 2013-11-04]. ISSN 1389-4978. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10902-011-9265-7>

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Etický kodex sester*. [online]. upraveno: 6/2012 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf

DIENER, Ed et al. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological bulletin*. ©1999, Vol. 125, No. 2, s. 276-302. Dostupné z: http://dipeco.economia.unimib.it/persona/stanca/ec/diener_suh_lucas_smith.pdf

GAVORA, Peter et al. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. 2010 [cit. 2014-03-04]. Dostupné z: <http://www.emetodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/dotaznik.php?id=i12>

KUPKA, Martin. *Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. E-psychologie* [online]. 2008, roč. 2, č.1, s. 23–35 [cit. 2014-02-12]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. MZČR, 2014-01-17 [cit. 2014-02-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8663_114_1.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. MZČR, 2014-01-17 [cit. 2014-02-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

MUROŇOVÁ, Monika. *Poslání, povolání, práce, povinnost... odchod z profese.* [online]. 26.8.2013 [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/30762-poslani-povolani-prace-povinnost-odchod-z-profese>

PSYCHODIAGNOSTIKA CZ. *Dotazník životní spokojenosti* [online]. © 2003 [cit. 2014-03-04]. Dostupné z: <http://www.psychodiagnostika.cz/index.php?akce=dzs>

Slea.cz. *Franklovo pojetí existenciální analýzy a logoterapie* [online]. 21.3.2009 [cit. 2013-11-04]. Dostupné z: <http://www.slea.cz/old/index.php/co-je-ea-a-lt/44-franklovo-pojetí-existencialni-analyzy-a-logoterapie>

Slea.cz. *Společnosti poskytující psychoterapeutický výcvik* [online]. 2010 [cit. 2013-11-04]. Dostupné z: <http://www.slea.cz/old/index.php/33-spolecnosti-poskytujici-psychoterapeuticky-vycvik/>

Slovník spisovného jazyka českého. [online]. 2011 [cit. 2013-09-28]. Dostupné z: <http://ssjc.ujc.cas.cz/search.php>

ŠEBLOVÁ Jana. *Syndrom vyhoření ve zdravotnictví.* [online]. © 2008 [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: http://www.csspraha.cz/users_data/file/Syndrom_vyhoreni_ve_zdravotnictvi.pdf

TESTCENTRUM. *Dotazník životní spokojenosti* [online]. 2001 [cit. 2014-03-04]. Dostupné z: <http://www.testcentrum.com/testy/d%C5%BEs>

TESTCENTRUM. *ESK – Existenciální škála* [online]. 2001 [cit. 2014-03-04].
Dostupné z: <http://www.testcentrum.com/testy/esk>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

atd. – a tak dále

č. - číslo

et al. – „et alii“ – a jiní, a další

mj. – mimo jiné

např. – například

obr. - obrázek

př. Kr. – před Kristem

r. – rok

resp. - respektive

s. - strana

stol. – století

tab. - tabulka

tj. – to jest

tzv. – takzvaný

tzn. – to znamená

DŽS – Dotazník životní spokojenosti

ESK – Existenciální škála

SWB – Subjective well-being

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Přehled názorů významných psychologů na smysl života.....s. 24
Tab. 2. Osobnostní dimenze podle pětifaktorového modelu osobnosti.....s. 47
Tab. 3. Výzkumný soubor dle pohlaví a věku.....s. 64
Tab. 4. Výzkumný soubor podle oddělení a pracovní pozice.....s. 65
Tab. 5. Výhody a nevýhody používání dotazníku.....s. 68
Tab. 6. Základní popisná statistika.....s. 72

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. návratnost dotazníku.....	s. 64
Graf 2. Výzkumný soubor podle vzdělání.....	s. 65
Graf 3. Výzkumný soubor podle náboženského vyznání.....	s. 66
Graf 4. Životní spokojenost v jednotlivých škálách.....	s. 74
Graf 5. Celková životní spokojenost na jednotlivých odděleních.....	s. 75
Graf 6. Životní spokojenost PAZ s ohledem na vzdělání.....	s. 76
Graf 7. Celkový skóre smyslu života na jednotlivých odděleních.....	s. 77
Graf 8. Skóre Personality a Existenciality.....	s. 78
Graf 9. Celkový skóre, skóre Personality a Existenciality u lékařů.....	s. 79
Graf 10. Celkový skóre ve vztahu k náboženskému vyznání.....	s. 80

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Dimenze duševní pohody dle C. Ryffové.....s. 38
Obrázek 2. Krabicový diagram.....s. 71

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Dotazník ESK

Příloha 2. Dotazník DŽS

PŘÍLOHY

Příloha 1.

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Čurečková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Pedagogické fakulty v Olomouci. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníků, které tvoří podklad pro zpracování výzkumné části mé diplomové práce. Jedná se o dotazníky **ESK** a **Dotazník životní spokojenosti**. Cílem mé práce je zmapovat, zda vykonávání zdravotnické profese ovlivňuje prožívání životní spokojenosti a smysluplnosti. Dotazníky jsou anonymní.

Mnohokrát děkuji za ochotu a spolupráci.

DOTAZNÍK ESK – Existenciální škála

A. Längle, Ch. Orglerová a M. Kundi

Věk:.....

Pohlaví: muž žena

Vzdělání:.....

Pracovní pozice:.....

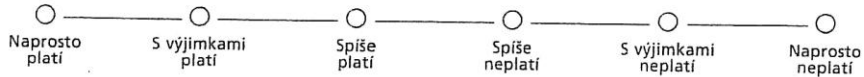
Oddělení:.....

Náboženské vyznání:.....

Datum:.....



Posuďte, prosím, nakolik dále uvedené výroky platí právě o Vás.
 U každého výroku proškrtněte na připojené vodorovné stupnici křížkem X vždy to kolečko, jehož pozice to nejlépe vyjadřuje.
 (Při posuzování výroku neberte v úvahu příležitostné krátkodobé výkyvy.)



Nakolik o mně platí tento výrok?

	Platí	Neplatí
1) Často zanechám důležitých činností, protože je mi nepříjemná námaha s nimi spojená.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
2) Cítím, že mě mé úkoly osobně oslovují.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
3) Významné pro mě je jenom to, co odpovídá mému přání.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
4) V mém životě není nic dobrého.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
5) Nejraděj se zabývám sám (sama) sebou - svými starostmi, přáními, sny a obavami.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
6) Většinou se nedokážu soustředit.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
7) S tím, co jsem doposud vykonal(a), jsem nespokojen(a), protože si myslím, že jsem měl(a) dělat něco důležitějšího.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
8) Vždy se řídím podle toho, co ode mne očekávají druzí.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
9) Nepříjemná rozhodnutí se snažím bez dlouhého uvažování odložit na později.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
10) Snadno se nechám odvést i od prací, které dělám rád(a).	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
11) V mém životě není nic, o co bych se doopravdy rád(a) zasadil(a).	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
12) U mnoha věcí nechápu, proč bych je měl(a) dělat právě já.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
13) Myslím, že můj život tak, jak jej vedu, není k ničemu dobrý.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	
14) Připadá mi těžké pochopit význam mnohých věcí.	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○	





Nakolik o mně platí tento výrok?

Platí

Neplatí

- | | |
|--|---|
| 15) Dovedu sám (sama) se sebou dobře vycházet. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 16) Věnuji příliš málo času tomu, co je důležité. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 17) Nikdy mi není hned jasné,
co mohu v dané situaci udělat. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 18) Mnoho věcí dělám jen proto, že musím,
a ne proto, že chci. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 19) Když nastanou problémy, snadno ztrácím hlavu. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 20) Většinou dělám věci, které bych mohl(a)
stejně tak dobře udělat později. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 21) Vždy znovu jsem zaujat(a) tím, co přináší den. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 22) Většinou až při svém jednání zjišťuji,
jaké má moje rozhodnutí následky. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 23) Když se musím rozhodovat,
nemohu se vůbec spoléhat na svůj cit. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 24) I když mi na něčem velmi záleží, brání mi nejistota,
jak to dopadne, abych to udělal. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 25) Nikdy přesně nevím, za co jsem odpovědný(-á). | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 26) Cítím se vnitřně svobodný(-á). | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 27) Cítím, že mi život ukřivdil,
protože mi nedopřál splnění mých přání. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 28) Když vidím, že nemám možnost volby,
je to pro mě úleva. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 29) Jsou situace, ve kterých se cítím zcela bezmocný(-á). | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 30) Dělám mnoho věcí, ve kterých se
ve skutečnosti nevyznám. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |
| 31) Obvykle nevím, co je v dané situaci důležité. | <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - <input type="radio"/> |



Nakolik o mně platí tento výrok?

	Platí	Neplatí					
32) Splnění vlastních přání má přednost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33) Je mi zatěžko vcítit se do druhých lidí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34) Bylo by lépe, kdybych nebyl(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35) Mnohé věci, se kterými mám co dělat, jsou mi v podstatě cizí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36) Rád(a) si dělám svůj vlastní názor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37) Cítím se rozháraný(-á), protože dělám příliš mnoho věcí najednou.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38) I při důležitých věcech mi schází síla k tomu, abych vytrval(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39) Dělán mnohé věci, které vlastně ani dělat nechci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40) Situace mě zajímá jen potud, pokud vyhovuje mým přáním.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41) Když jsem nemocný(-á), nevím, co si počít s tím časem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42) Jen zřídka kdy vidím, že v nějaké situaci mám více možností, jak jednat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43) Okolní svět mi připadá jednotvárný.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44) Jen zřídka kdy se klade otázka, zda něco chci dělat, protože to většinou dělat musím.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45) V mém životě není nic opravdu krásné, protože všechno má své pro a proti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46) Moje vnitřní nesvoboda a závislost mi působí potíže.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U každého výroku proškrtněte na připojené vodorovné stupnici křížkem X vždy to kolečko, jehož pozice to nejlépe vyjadřuje.
(Při posuzování výroku neberte v úvahu příležitostné krátkodobé výkyvy.)



Příloha 2.

DOTAZNÍK

Dotazník životní spokojenosti

J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler

Zaškrtněte prosím u každého z tvrzení na následujících stranách vždy to číslo, které nejvíce odpovídá vaší spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení.

Příklad:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S počasím jsem ...				X			

Pokud tedy – jako v tomto případě – nejste s počasím ani spokojen(a), ani nespokojen(a), zaškrtněte prosím ④. U každého tvrzení zaškrťte prosím pouze jedno políčko.

ZDRAVÍ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...							
Se svou duševní kondicí jsem...							
Se svou tělesnou kondicí jsem...							
Se svou duševní výkonností jsem...							
Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...							
Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...							
Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl(a) nemocný(á), jsem ...							

PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ (osoby v důchodu: hodnotte prosím své bývalé zaměstnání)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým postavením na pracovišti jsem...							
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem...							
S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem...							
S možnostmi postupu, které mám na svém pracovišti, jsem...							
S atmosférou na pracovišti jsem...							
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem...							
S pestrostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem...							

FINANČNÍ SITUACE	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svým příjmem / platem jsem...							
S tím, co vlastním, jsem...							
Se svým životním standardem jsem...							
S hmotným zajištěním své existence jsem...							
Se svými budoucími možnostmi výdělku jsem...							
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem...							
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří jsem...							

VOLNÝ ČAS	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S délkou své každoroční dovolené jsem...							
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...							
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...							
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...							
S pestroostí svého volného času jsem...							

MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ (Vyplňte prosím pouze pokud máte stálého partnera / partnerku)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S požadavky, které na mne klade mé manželství / partnerství, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							
S upřímností a otevřeností svého partnera / partnerky jsem...							
S pochopením, které má pro mne můj partner / partnerka, jsem...							
S něžností a náklonností, kterou mi můj partner / partnerka projevuje, jsem...							
S bezpečím, které mi poskytuje můj partner / partnerka, jsem...							
S ochotou pomoci, kterou mi projevuje můj partner / partnerka, jsem...							

VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM (Vyplňte pouze pokud máte vlastní děti)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na to, jak s dětmi vzájemně vycházíme, jsem...							
Když myslím na úspěchy svých dětí ve škole a zaměstnání, jsem...							
Když myslím na to, kolik radosti mám ze svých dětí, jsem...							
Když myslím na námahu a výdaje, které mě mé děti stály, jsem...							
S vlivem, který mám na své děti, jsem...							
S uznáním, kterého se mi od mých dětí dostává, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							

VLASTNÍ OSOBA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...							
Se způsobem, jak jsem až doposud žil, jsem...							
Se svým vnějším vzhledem jsem...							
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...							
Se svým charakterem (povahou) jsem...							
Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem...							
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...							

SEXUALITA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svou tělesnou přitažlivostí jsem...							
Se svou sexuální výkonností jsem...							
S četností svých sexuálních kontaktů jsem...							
S tím, jak často se mi můj partner / má partnerka tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem...							
Se svými sexuálními reakcemi jsem...							
Když myslím na to, jak otevřeně mohu mluvit o sexuální oblasti, jsem...							
Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodíme, jsem...							

PŘÁTELE, ZNÁMÍ A PŘÍBUZNÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem...							
S kontaktem se svými příbuznými jsem...							
S kontaktem se svými sousedy jsem...							
S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...							
Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...							
Se svou společenskou angažovaností jsem...							
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...							

BYDLENÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S velikostí svého bytu jsem...							
Se stavem svého bytu jsem...							
S výdaji za svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem...							
S polohou svého bytu jsem...							
S dosažitelností dopravních prostředků jsem...							
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě...							
Se standardem svého bytu jsem...							

Odpovězte, prosím, na následující otázky tak, že zaškrtnete hodící se odpověď.

Pohlaví: muž žena

Věk: let

Dosažené vzdělání:

- nedokončené základní vzdělání
 základní
 vyučen bez maturity
 vyučen s maturitou
 ukončené středoškolské vzdělání
 ukončené vysokoškolské vzdělání

Rodinný stav:

- ženatý / vdaná
 svobodný(á)
 vdovec / vdova
 rozvedený(á)

Jste zaměstnaný(á)?

- ano
 ano, ve vlastní firmě
 v domácnosti
 – anebo jste:
 žák / žákyně
 student / studentka
 v učení
 v důchodu
 nezaměstnaný(á)

Zaměstnání:

Děkujeme za vaši spolupráci.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Lucie Čurečková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Vliv zdravotnické profese na životní spokojenost a smysluplnost.
Název v angličtině:	Influence of having a medical profession on life satisfaction and meaning in life.
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na přiblížení problematiky smyslu života a životní spokojenosti a to ve vztahu ke zdravotnické profesi. Práce si klade za cíl zjistit, zda vykonávání této profese může ovlivňovat prožívání životní smysluplnosti a spokojenosti zdravotníka samotného. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. Přibližuje tematiku smyslu života – jako cesty vedoucí náš život k určité hodnotě; dále přibližuje tematiku životní spokojenosti – tedy hodnocení našeho života jako celku; a v poslední kapitole podává charakteristiku zdravotnické profese. Výzkumná část je zaměřena na rozbor dat, získaných prostřednictvím dotazníkového šetření.
Klíčová slova:	Smysl života, V. E. Frankl, životní spokojenost, osobní pohoda, zdravotnictví, zdravotnický pracovník.

Anotace v angličtině:	The present Master's thesis deals with the topic of the meaning of life and life satisfaction with respect to the health-care professions. The aim of the thesis is to find out whether practicing these professions can affect the experience of life meaningfulness and satisfaction by the health-care workers themselves. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part consists of three chapters. The first chapter presents the topic of the meaning of life – of the way which leads our lives to a particular value; the second chapter presents the topic of life satisfaction – the evaluation of our lives as a whole; and the third chapter presents a characteristic of health-care professions. The practical part of the thesis focuses on the analysis of the data elicited from questionnaires.
Klíčová slova v angličtině:	Meaning of life, V. E. Frankl, life satisfaction, personal well-being, health care, health-care worker.
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Dotazník ESK Příloha 2. Dotazník DŽS
Rozsah práce:	109 stran
Jazyk práce:	Český jazyk