

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Bc. Barbora Muhrová

Leadership a zdraví: diagnostické možnosti

Leadership and health: diagnostic potentialities

Praha, 2017

Vedoucí práce: PhDr. Eva Höschlová, Ph.D.

Ráda bych touto cestou poděkovala především vedoucí práce PhDr. Evě Höschlové, Ph.D. za cenné připomínky, náměty a podporu. Dále bych ráda poděkovala odborným radám doc. PhDr. MUDr. Mgr. Radvana Bahbouha, Ph.D. a prof. PhDr. Vladimíra Kebzy, CSc. Současně velké díky patří mému blízkému okolí – rodině, přátelům a kolegům v práci, za nikdy neutuchající podporu, péči a možnost sdílet dílčí radosti a starosti vyvěrající z psaní této práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 18. 4. 2017

.....
Bc. Barbora Muhrová

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá propojením dvou důležitých témat v pracovním kontextu – leadershipem a zdravím. Teoretická část se věnuje vymezení obou dvou pojmů. V případě leadershipu je hlavní cíl kladen na popis aktuální role, popis očekávaných kompetencí od lídra a na krátké představení hlavních teoretických přístupů ke způsobu vedení lidí. V rámci zdraví jsou detailně popsány pracovní podmínky, které jsou uváděny v odborné literatuře jako rizikové pro naše zdraví. Vyústěním těchto dvou kapitol je poskytnutí vhledu do problematiky leadershipu orientovaného na zdraví s přesahem do popisu v zahraničí vzniklé metody Health-oriented leadership (HoL).

Empirická část ověřuje základní psychometrické údaje metody HoL. Výsledky výzkumu, který byl realizovaný na vzorku 76 vedených osob a 17 lídrů, ukazují, že jednotlivé verze metody HoL (StaffCare pro lídry, StaffCare pro vedené osoby, SelfCare) jsou po položkové stránce kvalitní a současně reliabilní (Cronbachovo alfa nabývá hodnot od 0,494 do 0,958). Cílem validizačních výzkumných otázek bylo posouzení konstruktové a kriteriální validity – výsledky jsou různorodé a nabízí řadu korelací mezi verzemi testu a různými proměnnými (např. životní styl, pracovní podmínky, zdravotní stav apod.). Součástí výzkumu je také poukázání na některé zajímavé vztahy a doporučení pro případné další výzkumy.

Klíčová slova:

leadership, zdraví, pracovní podmínky, leadership orientovaný na zdraví, psychodiagnostická metoda

Abstract:

The master thesis deals with connection of two important themes in a labour environment – leadership and health. The theoretical part is about defining the two concepts. In case of leadership, the main objective is to describe current roles, expected competencies of a leader and also a brief presentation of the main theoretical approaches to the leadership styles. Within health theme, working conditions usually mentioned in specialized literature as a risk to our health are described in detail. The outcome of these two chapters is to provide insight into the health-oriented leadership overlapping to describe abroad developed method Health-oriented leadership (HoL).

Empirical part verifies basic psychometric data of the HoL method. The results of the research which was conducted on a sample of 76 followers and 17 leaders show that each version of the HoL method (StaffCare for leaders, StaffCare for followers, SelfCare) provides satisfactory item quality and sufficient reliability (Cronbach's alpha ranged from 0.494 to 0.958). Goal of the validation research questions was to assess construct and criterion validity – the results are diverse and offers a number of correlations between versions of this method and different variables (e.g. a lifestyle, working conditions, health status, etc.). The research points also to some interesting relationships and recommendations for future research.

Keywords:

leadership, health, working conditions, health-oriented leadership, psycho-diagnostic method

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	8
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	9
ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 LEADERSHIP	12
1.1 POJMOSLOVÍ A DEFINICE	12
1.2 POSTAVENÍ LÍDRA V SOUČASNÉ SPOLEČNOSTI	14
1.3 ROLE A KOMPETENCE LÍDRA	15
1.3.1 <i>Teorie kompetencí</i>	17
1.3.2 <i>Struktura efektivního kompetenčního modelu globálního leadershipu</i>	17
1.3.3 <i>Rámec pro kompetence globálního lídra</i>	18
1.4 TEORIE LEADERSHIPU	19
1.4.1 <i>Vlastnosti lídra</i>	19
1.4.2 <i>Chování lídra</i>	21
1.4.3 <i>Charakteristiky následovníků a jejich vztah s lídrem</i>	21
1.4.4 <i>Kontingenční teorie</i>	22
1.4.5 <i>Nové přístupy</i>	24
2 ZDRAVÍ	26
2.1 DEFINICE ZDRAVÍ	26
2.1.1 <i>Absence nemoci</i>	27
2.1.2 <i>Osobní pohoda, subjektivní podpora zdraví</i>	27
2.1.3 <i>Homeostáza</i>	28
2.1.4 <i>Schopnost vykonávat aktivity</i>	28
2.2 DETERMINANTY ZDRAVÍ	29
2.3 PRACOVNÍ PODMÍNKY	31
2.3.1 <i>Struktura popisu jednotlivých pracovních podmínek</i>	33
2.3.2 <i>Mortalita</i>	37
2.3.3 <i>Pracovní zátěž</i>	37
2.3.4 <i>Nejistota práce</i>	45
2.3.5 <i>Typ pracovní smlouvy</i>	51
2.3.6 <i>Dlouhá pracovní doba</i>	52
2.3.7 <i>Nesoulad mezi vynaloženým úsilím a odměnou</i>	54
2.3.8 <i>Vztahy na pracovišti</i>	56
3 LEADERSHIP A ZDRAVÍ	58

3.1	PODPORA ZDRAVÍ NA PRACOVIŠTI (PZP)	58
3.2	LEADERSHIP ORIENTOVANÝ NA ZDRAVÍ	59
3.3	DIAGNOSTICKÉ MOŽNOSTI – LEADERSHIP ORIENTOVANÝ NA ZDRAVÍ	63
EMPIRICKÁ ČÁST		71
4	PSYCHOMETRICKÉ VLASTNOSTI METODY HOL	71
4.1	ÚVOD DO VÝZKUMU A JEHO CÍLE	71
4.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	72
4.3	VYMEZENÍ A OPERACIONALIZACE POJMŮ	74
4.4	METODY	76
4.4.1	<i>Výzkumný soubor</i>	76
4.4.2	<i>Měřicí nástroje</i>	77
4.4.3	<i>Sběr dat</i>	79
4.4.4	<i>Analýza dat</i>	80
4.5	VÝSLEDKY	80
4.5.1	<i>Položková analýza a reliabilita metod SelfCare a StaffCare</i>	81
4.5.2	<i>Konstruktová validita</i>	82
4.5.3	<i>Kriteriální validita</i>	86
4.5.4	<i>Doplňující otázky</i>	87
4.5.5	<i>Další vztahy</i>	90
4.6	DISKUZE	92
ZÁVĚR		99
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		101
PŘÍLOHY		114

Seznam použitých zkratek

BMI	Body Mass Index
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
COPSOQII	Copenhagen Psychosocial Questionnaire II
COR	Conservation-of-Resources theory
ECS	European Company Survey (Evropský průzkum společností)
EFTA	European Free Trade Association
EQLS	European Quality of Life Survey (Průzkum kvality života v Evropě)
ERI	Effort-reward imbalance
ESENER	European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (Evropský průzkum podniků na téma nových a vznikajících rizik)
EU-OSHA	European Agency for Safety and Health at Work (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci)
Eurofound	European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Evropská nadace pro zlepšování životních a pracovních podmínek)
EWCS	European Working Condition Survey (Průzkum pracovních podmínek v Evropě)
HAPIEE	The Health, Alcohol and Psychosocial Factors in Eastern Europe
HoL	Health-oriented leadership
HR	Human Resources
IPD-Work	Individual-participant data metaanalysis in working populations
LJI	Leadership Judgement Indicator
LPC	Least preferred co-worker
NRCWE	National Research Centre for the Working Environment
PZP	Podpora zdraví na pracovišti
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam obrázků, grafů a tabulek

Obrázek 1 Odlišnosti managementu a leadershipu	14
Obrázek 2 Hlavní determinanty zdraví	29
Obrázek 3 Rozšířený model hlavních determinantů zdraví	31
Obrázek 4 Model příčin a následků pracovního stresu	33
Obrázek 5 Karaskův model pracovní zátěže	38
Obrázek 6 Model nejistoty práce	46
Obrázek 7 Proces vzniku následků pramenících z nejistoty práce.....	47
Obrázek 8 Model konsekvencí vyplývajících z nejistoty práce	49
Obrázek 9 Model nerovnováhy mezi úsilím a odměnou.....	55
Obrázek 10 Koncept Health-oriented leadership	65
Graf 1 Pracovní požadavky dle typu zaměstnání	42
Tabulka 1 Pracovní zátěž a zdravotní rizika	43
Tabulka 2 Přehled jednotlivých pracovních podmínek a s nimi se pojících zdravotních rizik.....	57
Tabulka 3 Základní údaje výzkumných studií	66
Tabulka 4 StaffCare a SelfCare: Cronbachovo alfa u jednotlivých komponent	67
Tabulka 5 Demografické údaje skupiny lídrů.....	76
Tabulka 6 Demografické údaje skupiny vedených osob.....	77
Tabulka 7 Reliabilita metod SelfCare a StaffCare	82
Tabulka 8 Výsledné korelační koeficienty: StaffCare (L) a jednotlivé pracovní podmínky (L)	84
Tabulka 9 Výsledné korelační koeficienty: StaffCare (F) a jednotlivé pracovní podmínky (F).....	85
Tabulka 10 Výsledné korelační koeficienty: SelfCare (L+F) a vybrané proměnné.....	86
Tabulka 11 Přehled korelačních koeficientů: StaffCare (F) a vybrané proměnné	87
Tabulka 12 Výsledné korelační koeficienty: StaffCare (F) a StaffCare (L)	88
Tabulka 13 Výsledné korelační koeficienty: StaffCare (L) a vybrané proměnné.....	89
Tabulka 14 Výsledné korelační koeficienty: SelfCare (F) a vybrané pracovní podmínky	90

Úvod

Leadership i zdraví představují témata, jež by sama o sobě dokázala naplnit svým rozsahem hned několik diplomových prací. Dovětek „diagnostické možnosti“ již však značí, že na tyto dvě oblasti budeme nahlížet v určitém vztahu.

Chápání leadershipu jako určitého způsobu, jak pracovat s lidmi, se stává v poslední době čím dál víc aktuální. Známkou tohoto trendu jsou přeplněné regály v knihkupectví a nespočetné množství článků na internetu s tematikou, jak být dobrým lídrem. Nutno však dodat, že se jedná o pojem, se kterým se pracuje již od dob Aristotela (Northouse, 2012). Některé rysy současného pojetí leadershipu bychom zřejmě našli shodně s prvotní představou, nicméně tak, jak se mění současný (pracovní) svět, mění se i leadership, respektive role lídra.

Jednou z postupných změn v pracovním prostředí je narůstající pozornost věnovaná lidskému zdraví. V posledních letech zaznamenáváme různé programy na podporu ať už „pouze“ bezpečnosti na pracovišti, či přímo ochrany a podpory zdraví zaměstnanců. Příkladem z českého prostředí je soutěž „Podnik podporující zdraví“, která byla prvně spuštěná v roce 2005 a slouží k ocenění těch podniků, které se snaží u svých zaměstnanců podporovat zdravější životní styl (Janošová, Kožená, & Lipšová, 2015). Na mezinárodní úrovni je to pak například kampaň „Zdravé pracoviště pro všechny bez rozdílu věku“, která běží v letech 2016-2017 a je pod záštitou Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA, 2017a).

Vrátíme-li se zpět k leadershipu, je překvapující, že se s příchodem nového milénia neobjevují v odborné literatuře žádné teorie, které by propojovaly leadership a zdraví do jednoho teoretického konceptu, jehož vyústěním je péče o zdraví vedených osob ze strany lídra při výkonu jeho role. Analýza 10 významných periodik (např. Journal of Applied Psychology, The Leadership Quarterly, Academy of Management Journal) od roku 2000 totiž neprokazuje zmínku o tzv. leadershipu orientovaném na zdraví (Dinh, Lord, Gardner, Meuser, Liden, & Hu, 2014).

V rámci teoretické části této diplomové práce tedy v první řadě poskytneme základní vhled jak do problematiky leadershipu, tak do problematiky zdraví. Kromě krátkého vymezení leadershipu pomocí základních definic se budeme věnovat současným změnám, se kterými se lídři v organizacích setkávají. Tyto změny následně ovlivňují očekávání od lídrů – respektive zvyšují se nároky na jejich kompetence. Představíme si tedy základní rámec pro definování kompetencí. Kapitulu věnovanou leadershipu završíme nejdůležitějšími teoriemi, které definují přístupy k leadershipu a jednotlivé styly vedení – zde vyjdeme z bakalářské práce „Styly

vedení: teoretické přístupy a identifikace stylů“ (Muhrová, 2013) a doplníme o nově zformované teorie.

Na problematiku zdraví se nejprve podíváme z obecného hlediska, směřovat toto téma ale budeme do oblasti determinantů našeho zdraví. Konkrétně se pak budeme v širším rozsahu věnovat pracovním podmínkám, které jsou v odborné literatuře dávány do souvislosti s různými zdravotními komplikacemi a následky. Popíšeme si, jaké konkrétní pracovní podmínky se pojí s rizikovými faktory pro náš zdravotní stav.

Vyústěním teoretické části této diplomové práce je poslední kapitola, která slučuje tato dvě témata dohromady. Nejprve si nastíníme, jakým způsobem je péče o zdraví zakotvena ve firmách. Současně nepochybujeme o tom, že se velkou měrou může lídr sám svým chováním a přístupem podílet na zdraví zaměstnanců a pokud firma nenabízí programy pro podporu zdraví, je to právě on, kdo může být (a je otázkou, zda by i měl být) tím, kdo zdraví těchto pracovníků podpoří. Podíváme se tedy, co nabízí odborná literatura v kontextu této problematiky, a představíme si podrobněji psychodiagnostický nástroj, skrz který lze leadership orientovaný na zdraví měřit.

V empirické části navážeme na teoretickou část – zaměříme se totiž na ověření psychometrických vlastností metody Health-oriented Leadership (HoL), kterou si blíže představíme právě v závěru teoretické části. Jedná se o českou verzi metody, která byla nedávno vyvinutá v Německu (Franke, Felfe, & Pundt, 2014). Kromě posouzení kvality položek a ověření reliability se zaměříme na konstruktovou a kriteriální validitu. Konkrétně nás bude zajímat, do jaké míry koncept leadershipu orientovaného na zdraví souvisí s příznivostí pracovních podmínek, mírou prožívaného stresu, životním stylem, kognitivní nezdolností, tendencí k chování typu A, situačním leadershipem, senioritou lídra a zdravotním stavem. Tyto proměnné budeme analyzovat buď pro skupinu lídrů nebo vedených osob zvlášť, či za obě dvě skupiny dohromady. V rámci výzkumné studie budeme pracovat s celými týmy, což nám následně umožní porovnat, zdali se lídři shodují se svými následovníky v otázce leadershipu orientovaného na zdraví. Výstupem z empirické části je následná zpráva o kvalitě posuzované metody, řada zajímavých závěrů týkajících se této problematiky a několik návrhů toho, čemu by bylo vhodné v této oblasti nadále věnovat pozornost.

Teoretická část

1 Leadership

Abychom se na problematiku podívali komplexněji, je důležité se podívat i na postavení lídra v nynější době. Odborná literatura poskytuje několik pohledů na to, proč se postavení lídra v pracovním prostředí mění. S tím se pojí i určitá potřeba odborné veřejnosti vymezit kompetence, které budou platné na globální úrovni – představíme si tedy přístup, který se snaží vymezit určitou strukturu pro globální kompetence lídra. Kapitulu věnovanou leadershipu uzavřeme stručným představením hlavních přístupů ke stylům vedení s přesahem na nově vznikající koncepty.

1.1 Pojmosloví a definice

V bakalářské práci (Muhrová, 2013) jsme věnovali prostor pojmosloví a vyjadřovali jsme se k pojmům lídr/leader/vůdce/vedoucí:

„Český překlad slova lídr (leader) může znít buď jako vedoucí, nebo jako vůdce. Oba dva výrazy však mají mírně odlišnou konotaci. Podobně jako se vžil a počestil pojem manažer (místo pojmů ředitel nebo řídicí pracovník), i u vedení se čím dál častěji setkáváme s pojmem lídr, který z našeho pohledu námi studovanou oblast vystihuje nejlépe.“ (Muhrová, 2013, s. 10).

Stejným způsobem budeme s pojmem lídr pracovat i v této práci. Shodně se Stogdille (1974), který se vyjádřil ve smyslu nemožnosti podat jednotnou definici leadershipu, a to z důvodu různorodosti osob, které ji definují, konstatuje také v současné době Northouse (2012, s. 4), že *„kvůli takovým faktorům jako jsou rostoucí globální vlivy a generační rozdíly, bude mít i nadále leadership různý význam pro různé lidi.“*

Přesto je důležité tento fenomén určitým způsobem vymezit a k tomu využijeme definici rovněž od Northouseho (2012, s. 5): *„Leadership je proces, při kterém jednotlivec ovlivňuje skupinu lidí k dosažení společného cíle.“*

Na základě výše uvedené definice Northouse (2012) doplňuje, že leadership není závislý pouze na vlastnostech daného člověka, jedná se totiž o oboustranný *proces*, který probíhá mezi lídrem a jím vedenými osobami (předpokládá se oboustranné ovlivňování). Pozornost se tedy přesouvá od vlastností k chování, které je už naučitelné. To zpřístupňuje leadership komukoliv a umožňuje tak posouvat leadership i na neformálně určené lídry skupiny. V souvislosti s tímto jevem je důležité rozlišovat mezi tzv. formálně přiděleným leadershipem (assigned leadership)

a neformálně získaným leadershipem (emergent leadership). První forma představuje formálně přiřazenou roli lídra, např. tým lídři, ředitelé závodů, vedoucí oddělení, manažeři. Druhý typ leadershipu pak vzniká neformálně v momentě, kdy je jedinec vnímán jako člen skupiny mající největší vliv. Je důležité zmínit, že ne všechny formálně přiřazené vedoucí pozice se následně setkávají s leadershipem jako takovým (Northouse, 2012).

Druhým podstatným pojmem v definici je *ovlivňování* – jedná se o podmínku, bez které leadership neexistuje. S tématem ovlivňování se bezesporu pojí téma moci. „*Moc je kapacita nebo potenciál k ovlivňování*“ (Northouse, 2012, s. 9). French a Raven (1962) definovali pět druhů moci:

- Moc založená na přirozené autoritě (referent power) – postaveno na oblíbenosti lídra (např. učitel, kterého mají studenti rádi, disponuje touto mocí).
- Moc založená na odbornosti (expert power) – postaveno na vnímání kompetentnosti lídra (např. průvodce, který je znalý daného kraje, disponuje touto mocí).
- Legitimní moc (legitimate power) – postaveno na statusu nebo formální autoritě (např. soudci disponují touto mocí).
- Moc založená na odměnách (reward power) – postaveno na schopnosti odměňovat vedené osoby.
- Donucovací moc (coercive) – postaveno na schopnosti penalizovat nebo trestat vedení osoby.

Lídr má tedy několik způsobů, jak ovlivňovat osoby, které jej následují. Je na místě zdůraznit, že nepopulární lídři v historii (Adolf Hitler, Kim Jong-il, apod.) využívali převážně donucovací moc a nejsou tedy považováni za ideální vzory lídrů (Northouse, 2012).

Další podmínkou je, že lídr ovlivňuje *skupinu* lidí, nehledě na její velikost. Northouse (2012) dále dodává, že programy, které učí lidi jak být sám sobě lídrem, z tohoto pohledu nespádají pod leadership jako takový. Cíl je pak *společný*, což zaručuje, že na něm bude lídr s vedenými osobami spolupracovat; v případě, že lídr využívá pouze výše zmíněnou donucovací moc, cíle nejsou ve společné shodě, a proto není možné napsat rovnítko mezi leadership a donucovací moc (Northouse, 2012).

Leadership je rovněž nutné vymezit vůči managementu, byť mají tyto dva fenomény mnohé společné (ovlivňování, práce s lidmi, dosahování cílů; Northouse, 2012). Pro ilustraci rozdílů

mezi leadershipem a managementem uvádíme porovnání jejich funkcí od Kottera (1990, podle Northouse, 2012) na obrázku č. 1.

Obrázek 1 *Odlišnosti managementu a leadershipu*

Management <i>Řád a konzistence</i>	Leadership <i>Změna a pohyb</i>
Plánování a rozpočet Nastavení agendy Stanovení časového harmonogramu Alokace zdrojů	Stanovení směru Tvorba vize Vyjasnění celkového pohledu Stanovení strategie
Organizace a personální obsazení Zajišťování struktury Vytváření pracovních umístění Nastavení pravidel a procesů	Získávání lidí Sdělování cílů Vytváření závazků Budování týmů a soudržnosti
Řízení a řešení problémů Vytváření podnětů Vymýšlení kreativních řešení Přijímání opatření k nápravě	Motivace a inspirace Inspirování a povzbuzování Zplnomocnění podřízených Uspokojení nenaplněných potřeb

(Kotter, 1990, podle Northouse, 2012, s. 12)

1.2 Postavení lídra v současné společnosti

Definici leadershipu nyní doplníme o další pohled, a to jsou změny, ke kterým v dnešní době dochází. Je totiž nutné si uvědomit, že situace ve firmách, konkrétně tedy role manažerů a lídrů, prochází svým vývojem a to, co fungovalo dřív, již nyní fungovat nemusí (Van Wart, 2013).

Higgs (2003) na základě širší literatury věnující se businessu shrnuje kritická témata, kterým čelí současné organizace a popisuje, jak se tyto skutečnosti promítají do práce manažerů, resp. lídrů:

- 1) Změny ve společenských hodnotách – v následku změn ve společnosti je potřebné změnit způsob, jakým lídr motivuje a vtahuje zaměstnance do plnění závazků.
- 2) Změny v zaměření investorů – původně akcionáři sledovali hlavně navyšování obratu, nyní přesouvají svoji pozornost na kvalitu leadershipu.
- 3) Důraz na implementaci změn – změna začíná být nástrojem efektivity organizace, z toho důvodu je potřebné, aby implementace proběhla co nejlepším způsobem, a tomu může velmi napomocť právě lídr, resp. jeho chování.

- 4) Zvyšující se stres dopadající na zaměstnance – zde je potřeba, aby lídr uměl na tento jev vhodně reagovat a nevystavoval navíc své lidi svým neadekvátním chováním ještě vyšší míře stresu.

V další odborné literatuře nacházíme různé pohledy na to, proč je potřebné změnit způsob vedení, např.:

- Nedávné finanční a etické krize v oblasti businessu a zaměřenost na udržitelný business model, který podporuje princip trojí zodpovědnosti¹ (Kelly & Finkelman, 2011).
- Změna nastavení struktury firmy – dříve firmy fungovaly na hierarchicko-byrokratických strukturách. Nevýhodou tohoto nastavení je relativně pomalá odezva na změny na trhu. Toto nastavení je tedy vhodné pro relativně stabilní prostředí, které v současném světě ustupuje do pozadí (Novelli & Taylor, 1993).
- Nové souvislosti, nástroje, konceptualizace, obavy, změny v organizacích (např. zplošťování; Van Wart, 2013).
- Změna praktických problémů – např. nekončící fiskální stres, cynismus zaměstnanců vzniklý nedostatkem zdrojů a větší zodpovědností, ohromné technologické a komunikační změny, tlak vést horizontálně uvnitř i vně organizaci, rozplétání společenských konsenzů a zmatení, které paradigma a kdy následovat (Van Wart, 2013).

Z výše uvedených poznatků je zřejmé, že lídr v současné době neplní jednoduchou roli a očekávání od jeho konání jsou značně vysoká. V následující kapitole se tedy zaměříme na konkrétní popis role lídrů a kompetencí, které jsou v současné době od lídrů vyžadovány.

1.3 Role a kompetence lídra

„Leadership je náročný, protože lídr hraje mnoho důležitých rolí, která s sebou nesou své vlastní kompetence, požadavky a výzvy.“ (Van Wart, 2013, s. 555-565)

Lídr je jednak zasažen neustálými změnami ve společnosti v tom smyslu, že se obecně mění na něj kladené nároky, ale současně je i velmi důležitým nositelem všech organizačních změn. Kotter a Heskett (1992, podle Kim & McLean, 2015, s. 235), totiž poukazují na to, že efektivní leadership je *„jediný nejviditelnější faktor, který odlišuje hlavní kulturní změny, které uspějí, od těch, které selžou“*. Je důležité si nyní položit otázku, co v tomto kontextu tedy znamená

¹Princip trojí zodpovědnosti (*triple bottom line*): činnost firmy by měla stát na třech pilířích – ekonomické prosperitě, lidech a životním prostředí; (Elkington, 1997, podle Glavas & Mish, 2015)

efektivní leadership. Rychle se měnící prostředí s sebou přináší více tzv. špatně strukturovaných problémů. Tento typ problémů se vyznačuje tím, že jejich řešení nejsou jednoznačná. Základní kompetencí lídra by tedy mělo být **kritické myšlení**. Definovat jej můžeme jako „*racionální hodnocení myšlenek, nápadů z různých úhlů pohledů*“ (Novelli & Taylor, 1993, s. 142). Novelli a Taylor (1993) se domnívají, že se zvyšující se rychlostí změn v organizacích, je právě kritické myšlení klíčovým mechanismem pro zvolení vhodného přístupu vedení.

Kritické myšlení však není jediná kompetence, která se v odborné literatuře objevuje. Pro nastínění šíře, ve které se při popisu kompetencí lídra můžeme pohybovat, uvádíme níže několik pohledů dnešních odborníků.

- Aby lídr dosahoval toho, čeho chce, musí mít od sebe a ostatních vysoká očekávání, ustavičně pracovat na svém rozvoji i rozvoji svých lidí. Pečlivě analyzovat a podporovat potřeby svých lidí, vyhýbat se out-group efektu, facilitovat diverzitu a činit taková rozhodnutí, která jsou co nejvíce inkluzivní (Van Wart, 2013).
- Kelly a Finkelman (2011) se domnívají, že je potřebné, aby se práce manažerů / lídrů více opřela o psychologii, nežli tomu bylo doposud. Z typických dovedností psychologů pak autoři zmiňují v kontextu leadershipu tyto: interpersonální dovednosti, schopnost použít dynamiku rodiny jako metaforu pro fungování organizace, dovednosti v oblasti skupinové dynamiky, schopnost vytvářet intervence, díky kterým lze měnit lidské chování, možnost využívat hodnotící průzkumy pro zkoumání rozhodování, komunikační dovednosti, citlivost vůči interpersonálním procesům, smysl pro etičnost.
- Van Wart (2013) dále představuje ve svém článku pět oblastí, které musí novodobý lídr zvládat, a to z hlediska těchto pěti pohledů:
 - 1) Dosahování cílů: schopnost informovat, komunikovat cíle, přijímat návrhy a pracovat na zlepšení, hodnotit výkon.
 - 2) Zplnomocňování podřízených: excelentní dovednosti v oblasti lidských vztahů vedoucích k rozvoji niterného leadershipu.
 - 3) Implementace změn: probouzet a podporovat inovaci a tvořivost.
 - 4) Udržování diverzity: vyvažovat poměr etnických skupin, minorit a změnu role žen v zaměstnání tak, aby se všichni cítili komfortně.
 - 5) Zajištění integrity: schopnost vést v duchu nejen poctivosti a obětavosti, ale i odrazovat a bránit v neetickém chování a vytvářet takové prostředí, ve kterém je bezpečné přiznat chybu.

- Dnešní zaměstnanci jsou v průměru více vzdělaní a více nezávislí, očekávají tedy větší zapojení a nesou špatně, pokud mají bezhlavě následovat svého lídra (Marques, 2015).

Vzhledem k tomu, že je téma globalizace stále aktuálnější, zabývají se odborníci i tím, jak skrz leadership tuto skutečnost lépe pojmout a zvládnout. Jednou z možností, jak k tomu mohou odborníci z oblasti rozvoje lidských zdrojů přispět, je utváření tzv. globálního leadershipu (Marquardt, Berger, & Loan, 2004, podle Kim & McLean, 2015). Kim a McLean (2015) považují tedy za velice prioritní, aby firmy této záležitosti věnovaly čas. Ve svém odborném článku vytvářejí rámec pro globální kompetence lídra. Opírají se při tom o dva již prověřené koncepty: Teorie kompetencí (The competency theory; Spencer a Spencer, 2003, podle Kim & McLean, 2015) a Struktura efektivního kompetenčního modelu globálního leadershipu (the Structure of an Effective Global Leadership Competency Model /SEGLCM/; Morrison, 2000). Na následujících řádcích si popíšeme oba dva koncepty.

1.3.1 Teorie kompetencí

Nejprve je tedy nutné si definovat, co vlastně kompetence znamená. Využijeme k tomu právě práci Spencera a Spencera (2003, podle Kim & McLean, 2015), která pojednává o teorii kompetencí. V kontextu globalizace představuje kompetence základní charakteristiku, která umožňuje lídrovi podávat efektivní a mimořádné výkony. Na základě mnoha odborných studií dospívají k závěru, že každá kompetence má tři úrovně:

- Vlastnosti a motivy – vlastnosti jsou základní kognitivní a citové aspekty lidské osobnosti, promítají se do chování lídra, které ústí k (ne)dosahování daných cílů; motivy jsou specifickým druhem vlastností, od kterých se odvíjí nestabilita a nepravidelnost daného chování.
- Postoje a hodnoty – v této úrovni se vytváří hodnotové soudy ohledně sama sebe, jedná se spíše o získanou složku v porovnání s první úrovní.
- Znalosti a dovednosti – tato úroveň umožňuje lídrovi dosahovat konkrétních cílů a vytvářet viditelné výstupy, je více proměnlivá a závislá na předchozích dvou úrovních.

Kim a McLean (2015) v této teorii postrádají rozměrnost, a proto se opírají ve svém rámci ještě o druhý, následující koncept.

1.3.2 Struktura efektivního kompetenčního modelu globálního leadershipu

Morrison (2000) ve svém článku zmiňuje, že tvorba kompetenčního modelu pro globální leadership neznamena pouze hlubokou znalost leadershipu, globální strategie a interkulturního

managementu, ale i dobré pochopení toho, jak má takový model být strukturován. Inspiroval se biologickým systémem a navrhuje následující strukturu:

- kategorie – globální leadership;
- taxony / jednotky – charakteristiky globálního leadershipu;
- člen – znalosti a dovednosti týkající se kompetencí, které se vážou k danému taxonu.

Kim a McLean (2015) shrnují, že kompetence globálního leadershipu by měly být kategorizovány do rozmanitých dimenzí na úrovni znalostí a dovedností.

1.3.3 Rámec pro kompetence globálního lídra

Kim a McLean (2015) na základě analýzy 38 publikací (30 odborných článků, 2 knih, 2 disertačních prací a 2 článků ve sborníku) definovali rámec pro kompetence globálního leadershipu. Rámec je postaven na třech úrovních a čtyřech dimenzích. Každá dimenze je složena ze všech tří úrovní. S ohledem na definici kompetence je možné nazývat tyto dimenze přímo kompetencemi. Kategorie globální leadership tedy sestává ze čtyř kompetencí, přičemž každá z nich v sobě nese všechny tři úrovně.

Tři úrovně kompetence globálního leadershipu

Autoři (Kim & McLean, 2015) přejmenovali původní verzi teorie kompetencí od Spencera a Spencera v následujícím smyslu: **klíčové vlastnosti** (původní označení: vlastnosti a motivy), **osobnostní charakter** (původní označení: postoje a hodnoty), **schopnost** (původní označení: znalosti a dovednosti). Obsahově jsou úrovně shodné s koncepcí Spencera a Spencera (2003, podle Kim & McLean, 2015; viz kapitola 1.3.1 Teorie kompetencí).

Čtyři dimenze kompetence globálního leadershipu

Dimenze vznikly na základě analýzy literatury a jsou orientované na schopnosti lídra (Kim & McLean, 2015):

- **Interkulturní dimenze:** lídr by měl být schopen porozumět jiným pohledům, které vycházejí z kulturních odlišností (např. etické normy, jazyk a očekávání od lídrů).
- **Interpersonální dimenze:** lídr by měl být schopen pochopit odlišnosti jednotlivců z hlediska jejich aspirace, motivace a očekávání, dále budovat vztah na dálku či urovnávat konflikty.

- **Dimenze globálního obchodu:** lídr by měl být schopen stanovovat a provádět obchodní strategie na všech úrovních organizace, přičemž tyto strategie by měly být koherentní a vzbuzovat zapojení zaměstnanců.
- **Dimenze globální organizace:** lídr by měl být schopen rozšířit organizaci navenek daného státu – zajistit tedy procesy, struktury, zdroje a systémy, které jsou schopny podpořit globální obchodní příležitosti; je tedy důležité, aby byl schopen podporovat organizační změny a posilovat schopnosti organizace (produktová linka, struktura nákladů, kvalita lidských zdrojů).

1.4 Teorie leadershipu

V této kapitole si představíme základní přístupy ke klíčové problematice leadershipu – jaký styl vedení je ten nejefektivnější a co dělá člověka dobrým lídrem. Podrobněji je toto téma rozpracované v bakalářské práci *Styly vedení: teoretické přístupy a identifikace stylů* (Muhrová, 2013). Zde tedy nabízíme stručný přehled stěžejních přístupů a doplníme jej o nové teorie, kterým jsme se v bakalářské práci nevěnovali.

Některé teorie, o kterých na následujících řádcích pojednáváme, jsou datovány do minulého století. V souvislosti s tím, že v posledních letech dochází ke změně role lídra, bychom mohli namítnout, že by tedy mohly pozbývat platnosti. Vyjdeme-li ale ze stanoviska Van Warta (2013) a sice, že širší principy leadershipu mohou napříč změnami přetrvávat, jde pak spíše o určitou flexibilitu v používání všech přístupů, ať těch starších a osvědčených, či nových nebo i těch dosud pořádně nezformulovaných (Marques, 2015).

1.4.1 Vlastnosti lídra

Snaha o porozumění tomu, proč jsou někteří lídři lépe vybavení na výkon této role, s sebou přinesla řadu přístupů, stylů, teorií a s ohledem na nově vznikající teorie ještě zdaleka nejsme u konce. Prvním systematickým přístupem ke studiu leadershipu byla identifikace vlastností, které jsou nezbytné pro tuto roli; teoriím, které vznikly na počátku 20. století na základě tohoto přístupu, se říká „Great man“ teorie, protože byly odvozeny od významných lídrů, např. Kateřina Veliká, Mahátma Ghándí, Abraham Lincoln, Johanka z Arku, Napoleon Bonaparte (Northouse, 2012).

Northouse (2012) ve své publikaci shrnuje výstupy z několika významných analýz v období let 1948 a 2004. Dospívá k závěru, že pro lídra je klíčové zaměřit se na následující vlastnosti.

- **Intelligence:** důležité jsou verbální schopnosti, percepční schopnosti a uvažování. Je současně zajímavé, že velká rozdílnost mezi IQ lídra a IQ vedených osob snižuje efektivitu leadershipu.
- **Sebevědomí:** díky tomu, že si je lídr vědom svých schopností a je si jistý tím, co dělá, je schopen naplnit jeden ze základních předpokladů leadershipu, tedy schopnost ovlivňovat ostatní.
- **Rozhodnost:** hlavní rysy jsou iniciativa, dominance, vytrvalost, schopnost prosadit se. Tato vlastnost je užitečná v situacích, kdy je potřebné vedené osoby vést direktivně.
- **Integrita:** lídři s touto vlastností jsou poctiví a důvěryhodní, jsou stabilní, a vytváří tak v ostatních důvěru, protože je možné se na ně spolehnout v tom, co slíbí.
- **Sociabilita:** vlídní, přátelští, diplomatictí, empatictí lídři mají díky svým vlastnostem velmi dobré vztahy s vedenými osobami.

Mezi další předpoklady se řadí emoční inteligence, která nám umožňuje chápat lidské emoce a využívat tohoto pochopení k porozumění různým životním situacím (Northouse, 2012). Zastřešujícím rámcem pak může být i model Big Five, kterému se věnovali Judge, Bono, Ilies a Gerhardt (2002). Dospěli k závěru, že extraverte je nejvíce korelována s leadershipem, následuje sebevědomí, otevřenost vůči novým zkušenostem a nízká míra neuroticismu; u svědomitosti se neprokázal silný vztah s leadershipem.

Northouse (2012) popisuje výhody i nevýhody tohoto přístupu. Výhodu shledává jednak v dlouholeté výzkumné práci (žádný z dalších přístupů nemá tak rozsáhlou historii výzkumů) a jednak v možnosti opřít se o určitá data například při výběru lídra na danou pozici či sebeposouzení, nakolik danými kvalitami disponuje (např. pomocí osobnostních testů). Další výhodou je i to, že tento přístup díky zaměřenosti pouze na lídra nabízí velmi detailní pohled na to, co je důležité při vedení lidí z hlediska osobnosti. Tato výhoda je současně i nevýhodou, neboť naprosto vynechává dva důležité aspekty: chování vedených osob a situační faktory. Další kritika tohoto přístupu vyplývá z neustáleného seznamu klíčových vlastností. Dále je důležité podotknout, že se odborníci liší v názoru, které vlastnosti jsou ty nejdůležitější (většinou se tato tvrzení zakládají na osobních zkušenostech, což se odráží v širokém spektru knih věnovaných tomu, jak být dobrým lídrem). Zároveň je i nemožné použít tento přístup z hlediska rozvoje lídrů – jedná se většinou o celkem stabilní psychologické rysy, které lze obtížně rozvíjet (např. inteligence, extraverte).

1.4.2 Chování lídra

S ohledem na nástup behaviorismu a výsledky přehledových studií (Mann, 1959; Stogdill, 1948) se pozornost přesunula od vlastností k hledání odpovědi na otázku, jaké chování je efektivní pro vedení lidí (Muhrová, 2013). Manažerská mřížka, která navazuje na výsledky studií z univerzit v Ohiu a Michiganu (Fleishmann & Harris, 1962; Kreitner & Kinicki, 1989), popisuje pět typů chování, resp. stylů vedení, které jsou založeny na tom, do jaké míry je lídr orientovaný na produkci nebo na lidi (Blake & Mouton, 1968).

- 1,1 management (nízký zájem o lidi, nízký zájem o produkci): lídr vynakládá minimální úsilí k odvedení práce.
- 9,1 management (nízký zájem o lidi, vysoký zájem o produkci): na výkon orientované vedení, které jde na úkor vztahů s vedenými osobami.
- 1,9 management (vysoký zájem o lidi, nízký zájem o produkci): vysoká orientace na dobré vztahy, snížená pozornost vůči efektivitě daných aktivit a celkovému výkonu.
- 9,9 management (vysoký zájem o lidi, vysoký zájem o produkci): velmi dobrých pracovních výsledků je dosahováno skrze dobré vztahy mezi lídrem a jeho lidmi.
- 5,5 management (střední zájem o lidi, střední zájem o produkci): přiměřené balancování mezi orientací na dobře odvedenou práci a vztah.

Mezi výhody tohoto přístupu patří odklon pozornosti k tomu, jaké dopady má chování lídra na reálné vedení lidí, současně tento pohled umožnil poukázat na nutnost balancovat mezi chováním orientovaným na úkol a na vztahy (Northouse, 2012).

Avšak i tento přístup nepokrývá rozsáhlost tématu vedení lidí, neboť se jedná nepodařila prokázat jasná souvislost mezi styly vedení a výkonem, jedná neexistuje univerzální styl chování, který by byl efektivní napříč všemi situacemi a v neposlední řadě i v tomto přístupu postrádáme vliv situačních faktorů (Northouse, 2012).

1.4.3 Charakteristiky následovníků a jejich vztah s lídrem

Další trs přístupů k vedení lidí je charakteristický orientací na následovníky, respektive jejich vztah s lídrem.

Teorie X a Y pracuje s předpokladem, že to, jak vnímá lídr své následovníky, ovlivňuje jeho chování. Existují dva typy lidí. Jedna skupina nerada pracuje a je nutné ji vést direktivně, aby dodávala alespoň nějaké výsledky (teorie X), přičemž druhá skupina lidí má svoji práci ráda

a přistupuje k ní jako k možnosti seberealizace, tito pracovníci upřednostňují volnější styl vedení, který klade důraz na zplnomocnění a týmovou spolupráci (teorie Y; McGregor, 1960).

Dalším přístupem je **transakční leadership**, jehož základem je využívání odměn nebo trestů vůči vedeným osobám za účelem dosažení určitého úkolu (Bass, 1985). Důvod, proč je tento styl vedení stále zmiňován, je jeho potenciál k efektivně odvedené práci (Marques, 2015).

Do opozice k transakčnímu leadershipu je stavěn **transformační leadership** opřený o vztah s následovníky. Lídrův přístup vede k posilování důvěry a vzájemného respektu, což má za následek větší loajalitu a zodpovědnost jednotlivců vůči svým cílům (Burns, 1978). Výhodou toho přístupu je rozsáhlost odborných výzkumů (Northouse, 2012).

Charismatický leadership představuje takový soubor vlastností, které mají za následek to, že takového lídra následují lidé nikoliv na základě jeho autority, ale jedinečnosti; dokážou velmi poutavým způsobem formulovat vize a doprovázet své následovníky na cestě k ní. Jedná se o jednu z komponent transformačního leadershipu (Conger & Kanungo, 1994).

Poslední teorií je teorie **Leader-Member Exchange** (LMX, do českého jazyka se tento pojem nepřekládá), která je založená na síle, kvalitě vztahu/výměny mezi lídrem a jeho následovníkem. Při kvalitní výměně vnímají následovníci dostatečnou pozornost, což má za následek vysokou produktivitu a dobré postoje. Naopak v případě, že lídr nenavazuje dostatečný vztah, třeba z důvodu snížené důvěry, jsou následovníci méně spokojeni a vykazují nižší míru produktivity (Graen & Uhl-Bien, 1991).

1.4.4 Kontingenční teorie

Fiedler jako jeden z prvních poukázal při práci s lídry na důležitost situačních faktorů. Jeho model nese název **LPC** – least preferred co-worker. Mezi situační faktory řadí vztahy (míra důvěry a jistoty), strukturu úkolu (míra jasnosti a srozumitelnosti zadávaného úkolu) a moc (míra autority; Fiedler, 1964). Fiedler (1971) následně rozlišuje příznivost (dobré vztahy, dobře strukturované úkoly, moc na straně lídra) a nepříznivost situací (nekvalitní vztahy, nejasně zadané úkoly, nízká míra autority). V těchto extrémních pólech tvrdí, že je efektivní styl vedení orientovaný na úkol (tedy nízké LPC), naopak ve středně příznivých situacích je vhodnější opřít styl vedení o vztahy (vysoké LPC). Nicméně Northouse (2012) dodává, že není zcela jasné a odborně podložené, proč by tomu mělo být právě takto.

Teorie cesta-cíl (path-way theory) rozlišuje čtyři styly vedení (House & Mitchel, 1974, podle House, 1996):

- Podpůrný leadership – lídr je orientovaný na potřeby a pocity svých následovníků.
- Direktivní leadership – lídr udává svým následovníkům strukturu zadaných úkolů, kontroluje jejich práci s ohledem na potřebné výsledky.
- Participativní leadership – lídr zplnomocňuje své následovníky tím, že s nimi pracovní záležitosti konzultuje a ponechává prostor pro jejich vlastní názor a rozhodnutí.
- Na úspěch orientovaný leadership – lídr nastavuje vysoké požadavky z hlediska výkonu, současně ale své následovníky vhodně motivuje.

S ohledem na situační faktory (typ úkolu, pracovní prostředí, individuální charakteristiky následovníků) se pak lídr rozhoduje, který ze stylů vedení, resp. chování, využije pro efektivní řešení dané situace (House, 1971).

Normativní (rozhodovací) model Vrooma a Yettona (1973) je ukázkou toho, že existuje řada situačních faktorů, na základě kterých by se lídr měl v danou situaci rozhodovat. Vytvořili tzv. rozhodovací strom vycházející z tohoto modelu, který provádí lídra jednotlivými otázkami (např. mám dostatek informací k učinění rozhodnutí, přijmou mé rozhodnutí moji podřízení, pokud se rozhodnu sám) a navrhuje jej k vhodnému stylu – autokratickému, konzultativnímu, skupinovému nebo delegativnímu (model přeložený do českého jazyka viz Muhrová, 2013).

Rozhodování se věnuje i **teorie kognitivních zdrojů** – autoři Fiedler a Garcia (1987) poukazují na to, že na rozhodovacím procesu se podílí hlavně inteligence lídra, následně jeho zkušenosti a stres pramenící z interpersonálních interakcí.

Substituční teorie leadershipu hledá cestu, jak nahradit formálního lídra tzv. substituenty, případně neutralizovat jeho chování tzv. neutralizátory. Mezi substituenty patří například možnost absolvovat různé vzdělávací aktivity, jednoznačné úkoly či výběr takových zaměstnanců, kteří jsou vnitřně motivovaní (Kerr & Jermier, 1978).

Model situačního leadershipu, který je spojován se jménem Ken Blanchard, pracuje se čtyřmi styly vedení, které by měl lídr volit s ohledem na různé situační faktory. Mezi tyto faktory patří primárně odlišnost jeho následovníků (míra připravenosti na úkol), dále pak povaha pracovního úkolu nebo chování samotného lídra (orientace na úkol vs. orientace na vztah). Styly vedení jsou následující (Hersey, Blanchard, & Johnson, 2008):

- direktivní – vysoká míra řízení, nízká míra podpory;
- koučovací – vysoká míra řízení, vysoká míra podpory;
- podporující – nízká míra řízení, vysoká míra podpory;

- delegativní – nízká míra řízení, nízká míra podpory.

Poslední kontingenční teorií je **model Formula 4 Leadership**, který navazuje na práci Vrooma a Yettona (1973) a Herseyho, Blancharda a Johnsona (2008). Na základě této teorie vznikla metoda Leadership Judgement Indicator (LJI), která měří preferenci a adekvátnost čtyř základních stylů vedení (Rozehnalová & Havlůj, 2012):

- Direktivní – lídr si drží moc na své straně, rozhoduje se sám; orientace na úkol a moc.
- Konzultativní – lídr se rozhoduje na základě vysbíraných názorů z týmu, vtahuje tedy do procesu své lidi, ale nenechá je rozhodovat; orientace na lidi a moc.
- Konsensuální – lídr se spolu se svými následovníky rozhoduje o tom, jak daný úkol vyřeší; orientace na lidi a zplnomocnění.
- Delegativní – lídr přenechá veškerou zodpovědnost na svých následovnících; orientace na úkol a zplnomocnění.

To, jaký styl lídr zvolí, je odvozeno od různých situačních faktorů, např. seniorita vedených osob, důležitost úkolu, čas, který má lídr pro realizaci úkolu k dispozici, přičemž je vždy důležité hledět i na motivaci následovníků (Rozehnalová & Havlůj, 2012).

1.4.5 Nové přístupy

Mezi nově vznikající teorie, případně teorie, o které se v posledních letech zvýšil zájem ze strany odborníků, patří týmový leadership a etické/morální teorie leadershipu (např. sloužící leadership a autentický leadership; Dinh, Lord, Gardner, Meuser, Liden, & Hu, 2014).

Týmový leadership (team leadership)

Van Wart (2013) ve své odborné stati zmiňuje horizontální leadership jako reakci na současné problémy, se kterými se lídři v organizacích potýkají (zplošťování organizací, posilování sociální integrace, vytváření učící se organizace a v neposlední řadě implementování stále početnějších změn). Za počátky tohoto přístupu vnímá substituční teorii Kerra a Jermiera (1978), přičemž za jednu z forem horizontálního leadershipu považuje týmový leadership. Mehra, Smith, Dixon a Robertson (2006) současně zmiňují, že myšlenka takového leadershipu, který je rozložený mezi řadu jednotlivců, panuje mezi odbornou veřejností již padesát let, nicméně až v poslední době se mu začalo věnovat více pozornosti a dvě stanoviska jsou napříč tímto zájmem společné: v týmu může být více lídrů než jeden a leadership nepředstavuje pouze jednosměrný proces směřující od lídra k následovníkům. Tento přístup tedy spočívá v tom, že jednotlivé funkce lídra jsou rozloženy mezi členy týmu dle jejich schopností (Van Wart, 2013).

Sloužící leadership (servant leadership)

Autorem tohoto přístupu je Robert Greenleaf, který roku 1970 publikoval knihu „The Servant as Leader“ (van Dierendonck, 2011). Lídr řídicí se tímto přístupem je v první řadě sám služebník, který jde ostatním příkladem v tom smyslu, že je přirozené chtít sloužit (Greenleaf, 1991, podle Marques, 2015). Přesažení vlastní sobeckosti je pak základní charakteristika sloužícího leadershipu. Oproti ostatním přístupům k vedení lidí, které jsou orientovány na dobré fungování organizace, je tento skutečně zaměřený na sloužení následovníkům. Zaměstnanci jsou tedy v centru pozornosti a skrz to dochází k velmi pevným vztahům napříč organizací (Greenleaf, 1977, podle van Dierendonck, 2011). Současně se nejedná o ojedinělý přístup, van Dierendonck (2011) poukazuje ve své přehledové studii na určité překryvy tohoto přístupu s ostatními (např. transformační, autentický či spirituální leadership), čemuž i nasvědčuje zahrnutí tohoto přístupu do jedné kategorie „etické/morální teorie“ společně s autentickým i spirituálním leadershipem v přehledové studii Dinha a kol. (2014).

Autentický leadership

Avolio, Luthans a Walumbwa (2004, s. 4, podle Avolio & Gardner, 2005) definují autentické lídry jako *„ty, kteří jsou si hluboce vědomi toho, jak myslí a jak se chovají, a jsou ostatními vnímáni jako ti, kteří jsou si vědomi hodnot, morálních přesvědčení, znalostí a silných stránek, a to jak vlastních, tak i ostatních; vědomi kontextu, ve kterém pracují; a jsou sebejistí, nadějní, optimističtí, odolní a mají vysoký morální charakter“*. Vlastnosti jako integrita, seberegulace, sebekontrola, dobrá znalost sebe sama apod., pak vedou k transparentnosti, otevřené komunikaci a zpětné vazbě a podpoře autenticity u vedených osob (Van Wart, 2014).

Na základě prostudované literatury docházíme k závěru, že nároky kladené na lídra, se v posledních letech zvyšují, a to zejména kvůli neustále probíhajícím změnám. Lídr je tedy nucen rychle reagovat na nové podněty, a to jak sám za sebe, tak ale i směrem vůči svým následovníkům. V další kapitole se zaměříme na druhé klíčové téma této diplomové práce a to zdraví. Ztížíme tím práci lídrů o další aspekt, neboť budeme hledat v odborné literatuře oporu pro tzv. leadership orientovaný na zdraví. Zajímá nás tedy, do jaké míry je v kompetenci lídra ovlivňovat zdraví pracovníků a jaké další faktory se mimo jiné na našem zdravotním stavu odrážejí (a to z oblasti pracovního prostředí).

2 Zdraví

V této kapitole se zaměříme na druhé klíčové slovo této diplomové práce, a sice zdraví. Cílem této práce není obsáhnout celou problematiku zdraví. Z tohoto důvodu se budeme věnovat pouze vybraným aspektům zdraví – konkrétně zdraví v kontextu pracovního prostředí. V první řadě zdraví definujeme a představíme si různé pohledy. V druhé části se budeme věnovat okrajově determinantům zdraví, ze kterých následně vyčleníme pracovní prostředí jako činitel, který má vliv na zdraví. Tyto pracovní faktory teoreticky ukotvíme a na dostupné odborné literatuře ověříme, nakolik jsou klíčové v kontextu našeho zdravotního stavu.

2.1 Definice zdraví

Problematika zdraví je bezpochyby rozsáhlé téma, a definici zdraví tak nelze jednoduše uchopit několika větami. Je možné se na zdraví dívat skrze dva hlavní úhly pohledu – biomedicínský a sociální. Blaxter (2010) definuje biomedicínský model jako stěžejní s ohledem na ten fakt, že medicína představovala a představuje v současném (a převážně západním) světě hlavní systém ve společnosti. Tento přístup je založený na několika principech, které byly a stále jsou postupem času napadány kritiky, přesto nachází své uplatnění dodnes.

Hlavními principy biomedicínského přístupu podle Blaxter (2010) jsou identifikovatelné agens jako původci všech nemocí (nelze tím však vysvětlit psychická onemocnění a rovněž i ten fakt, že dva lidé mohou mít v těle stejné agens, ale pouze jeden onemocní), univerzalita nemocí, respektive jejich rysů napříč časem a kulturou (některá onemocnění jsou však kulturně podmíněná), pojetí onemocnění jako odchylky od normy (současná medicína si je vědoma toho, že je obtížné v některých případech jasně stanovit, kde se daná norma nachází) a posledním principem je vědecká neutralita (tu však narušují případy, kdy některá onemocnění nebyla vnímána politicky ani kulturně neutrálně).

Blaxter (2010) nechce do opozice biomedicínského přístupu stavět sociální přístup, neboť došlo k velkému posunu (např. vnímání původu nemoci jako komplexní problematiky či začlenění psychiky člověka do fyzického zdraví). Nicméně je biomedicínský model stále představitelem negativní orientace na nemoc spíše než na zdraví.

Sociální model podle Blaxter (2010) přesouvá pozornost od nemocných jedinců k těm zdravým. Hlavním představitelem je Aaron Antonovsky, který vyzdvihuje faktory podílející se na tom, že je jedinec zdravý (podrobněji viz níže). Do tohoto přístupu podle autorky spadá jedna ze jistě nejvíce citovaných definic „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*“ Tato definice vznikla při

založení Světové zdravotnické organizace (WHO) a je uvedena v Preambuli (Preamble to the Constitution of the World Health Organization), která byla přijata na Mezinárodní konferenci zdraví v New Yorku (19-22 června, 1946). V platnost vstoupila 7. dubna roku 1948 (WHO, 2017a). Vymezuje tedy zdraví jako stav kompletní fyzické, psychické a sociální pohody a nikoliv jen jako absenci nemoci nebo slabosti. Z pohledu Břicháčka (1999) pak tuto definici můžeme vidět jako syntézu biomedicínského a sociálního přístupu, neboť je toho názoru, že se jedná o popis ideálního stavu, ke kterému se snaží dospět moderní medicína.

Pokusíme se v tuto chvíli definici od WHO rozvinout a rozšířit pomocí odpovědi na jednoduchou otázku „Za jakých předpokladů je člověk označený za zdravého?“.

2.1.1 Absence nemoci

Nejzákladnějším předpokladem pro to, aby byl člověk zdravý, je samotný fakt, že netrpí žádnou nemocí, je tzv. v normě (biomedicínský přístup). Takové vymezení ale není dostačující, protože je potřeba si určit, co je to norma a kde je hranice, za kterou je člověk již nemocný.

Obecně můžeme hovořit o tom, že zdraví je absence nemoci a nemoc je odchylka od normy (Blaxter, 2010). Hledání normality je velmi obtížný úkol, což nám demonstruje Blaxter (2010) – pokud hovoříme o normalitě, jaký statistický ukazatel za tím stojí? Je to průměr, nejvíce reprezentativní hodnota, nejčastější hodnota, medián, to obvyklé, to nejlepší? Jinak řečeno, jedná se o ideál nebo o průměr? Blaxter (2010) zmiňuje, že ideál není mnohdy dosažitelný, natož žádoucí a průměr vždy neznamená být zdravý (např. průměrná váha amerického muže se zvýšila za posledních 50 let o 13 kilogramů). V souvislosti s tím je tedy dobré si uvědomit, že ideální či průměrný stav nemůže fungovat napříč všemi indikátory zdraví stejně. Nehledě na to, že průměr je velmi náchylný vůči kulturním aspektům a času (vývoji, evoluci).

Existují i situace, kdy člověk nespadá do pásma „normality“, ale přesto sám sebe vnímá jako zdravého – příkladem může být velmi dobře adaptovaný jedinec na amputovanou část svého těla (Kebza, 2005).

Další komplikací v rámci této definice je i ten fakt, že na tom, zdali je člověk nemocný, se podstatnou částí podílí i subjektivní vnímání jeho zdravotního stavu (Blaxter, 2010), o které pojednáváme na dalších řádcích.

2.1.2 Osobní pohoda, subjektivní podpora zdraví

Jak je již zmíněno v definici WHO, mimo absenci nemoci, je důležité, aby člověk prožíval osobní pohodu (tzv. well-being), která zahrnuje jak sociální, fyzické, spirituální, tak i duševní

aspekty. Téma osobní pohody je včleněno do problematiky pozitivní psychologie, která v kontextu problematiky zdraví a nemoci obrací pozornost od negativních faktorů působících na zdraví na pozitivní faktory, které podporují dobrý zdravotní stav člověka.

Jednou z teorií, jež nachází své uplatnění v našem tématu a jež byla okrajově zmíněna v úvodu této kapitoly, je koncepce salutogeneze Aarona Antonovského, který zastává ten názor, že existují tzv. salutogenetické charakteristiky (salutory), které se podílí jednak na rychlejším uzdravení, např. po operaci (Slezáčková, 2012); dále zvládnutí náročných životních událostí, např. rychlé zotavení se po pobytu v koncentračním táboře (Křivohlavý, 2009) a také jakousi prevenci před onemocněním, daný jedinec jednoduše neonemocní (Kebza 2005).

Je důležité zmínit, že kladení zcela zásadní pozornosti na salutory může být zavádějící, neboť patogeny hrají neméně důležitou roli ve vymezení našeho zdravotního stavu (Kebza, 2005).

2.1.3 Homeostáza

Na zdravého jedince je možné nahlížet také jako na osobu, jejíž životní funkce jsou v rovnováze. Tímto tématem se lehce navracíme k problematice normality, neboť homeostáza představuje spojení mezi zdravím a normalitou. Špatný zdravotní stav se tedy dostavuje v momentě, kdy je rovnováha narušena. Tento přístup je možné zaznamenat v dobách od Platóna, přes Galéna, po čínskou a indickou medicínu, kdy je onemocnění vnímáno jako nerovnováha a je tedy potřeba tuto rovnováhu znovu nastolit (např. náprava deficitu dietou nebo odstranění přebytku proplachováním). V současné době získává tento přístup na atraktivitě skrze rostoucí přírodní vědu – ekologii (Blaxter, 2010).

2.1.4 Schopnost vykonávat aktivity

V roce 1977 WHO stanovila, že hlavním sociálním cílem vládních orgánů všech států a WHO je dosažení takového stavu zdraví u všech lidí, které „*jim umožní vést sociálně a ekonomicky produktivní život*“ (WHO, 1981, s. 11). Zdraví tedy přestává být vnímáno jako cíl sám o sobě (Břicháček, 1999), což by ostatně mohlo vést i k tomu, že bychom nedělali nic jiného, než se starali o své zdraví (Kebza, 2005), a začíná být vnímáno jako prostředek, skrz který cílů dosahujeme (Břicháček, 1999).

Skrz tento pohled můžeme zdraví definovat jako schopnost fungovat (fitness) a dosahovat tak i stanovených cílů (Blaxter, 2010; Křivohlavý, 2009). Úskalí tohoto pohledu nastává, když si uvědomíme, že zdraví nepředstavuje jediný faktor určující naše fungování – např. pokud se zasekneme ve výtahu, nemůžeme dosahovat našich cílů, ale současně nás nikdo neoznačí za nezdravého (Erde, 1979, podle Blaxter, 2010). Problematický je i pojem fitness – vyjadřuje

zdraví jen dvouhodnotově (zdravý/nemocný), je obtížné určit, co vše by měl člověk zvládnout, aby splnil kritérium „jsem fit“, s tím se pojí i znevýhodnění zdravotně postižených osob (nevidomí apod.) a další (více viz Blaxter, 2010; Seedhouse, 1995, podle Křivohlavý, 2009).

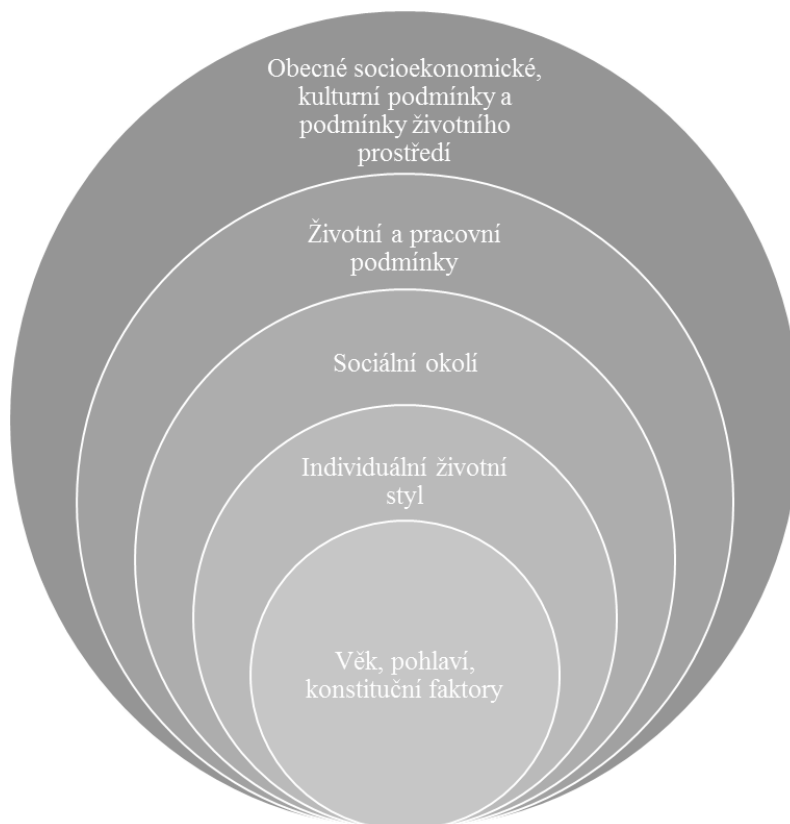
Zdraví v tomto kontextu může být dále vnímáno jako zdroj fyzické a psychické síly, jako metafyzická síla či schopnost adaptovat se (Křivohlavý, 2009).

2.2 Determinanty zdraví

V předchozí kapitole jsme definovali pojem zdraví, nyní si popíšeme faktory, které určitým způsobem vstupují do života jedince a považujeme je za aktivní činitele, kteří se podílejí na našem zdravotním stavu.

Dahlgren a Whitehead publikovali v roce 2007 stať věnující se strategiím pro zvládnání sociálních nerovností v kontextu zdraví. Využili v ní model zobrazující hlavní determinanty zdraví, který je znázorněn na obrázku č. 2.

Obrázek 2 Hlavní determinanty zdraví



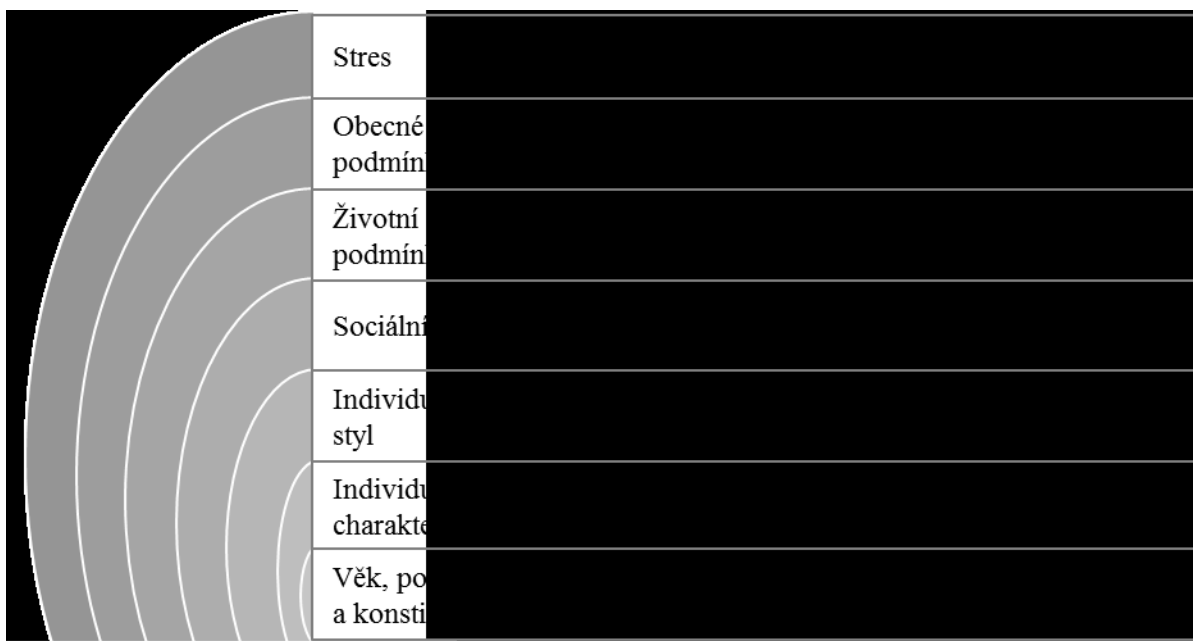
(Dahlgren & Whitehead, 1993, podle Dahlgren & Whitehead, 2007, s. 20)

Do centra modelu umístili věk, pohlaví a konstituční faktory, které jsou na rozdíl od ostatních faktorů neměnné. Mezi faktory, které lze do určité míry měnit, patří nejprve individuální životní styl (např. užívání tabáku, fyzická aktivita), následně interakce člověka s jeho sociálním okolím. Mezi další faktory mající dopad na naše zdraví patří životní a pracovní podmínky (pracovní prostředí, vzdělání, zdravotní péče, zemědělství a potravinářství, bydlení, voda a sanitace, nezaměstnanost). Zastřešujícími faktory jsou následně faktory na úrovni populačního zdraví a autoři sem řadí i socioekonomické a kulturní podmínky a podmínky životního prostředí.

Na tento model v této práci navážeme a doplníme jej o další determinanty, které se objevují v dalších zdrojích (např. Kebza, 2005; WHO, 2017b). V ústředí ponecháme faktory, které jsou nejméně ovlivnitelné, a to věk, pohlaví, genetické dispozice a konstituční faktory. Vzhledem k povaze této práce je nezbytně nutné zařadit také faktory souhrnně nazvané jako individuální charakteristiky, kam řadíme resilienci, vulnerabilitu a well-being. Až poté následuje lidské chování v podobě již zmíněného kouření, fyzické aktivity, doplněné o styl stravování, užívání alkoholu, různých léků apod. Sociální okolí z modelu Dahlgrena a Whiteheada podrobněji specifikujeme na úrovni sociální opory – a to ze strany rodiny, blízkých přátel, sousedů, spolupracovníků, komunity a profesionálů. Pod životní a pracovní podmínky kromě výše uvedených řadíme příjem, sociální status a fyzické prostředí. Poslední soubor determinantů ponecháváme nezměněný, tedy socioekonomické a kulturní podmínky a podmínky životního prostředí.

Zvláštní kapitolou je zátěž a stres, které prostupují téměř všemi zmíněnými kategoriemi (Kebza, 2005), z toho důvodu je tento aspekt na shrnujícím obrázku č. 3 zobrazen jako zastřešující determinant.

Obrázek 3 Rozšířený model hlavních determinantů zdraví



Vzhledem k zaměření této diplomové práce se v následujícím textu budeme zabývat pouze pracovními podmínkami, a to těmi, které mají vliv na naše zdraví.

2.3 Pracovní podmínky

Do pracovních podmínek patří řada faktorů, které se liší napříč různými přehledy a studii. V této kapitole shrneme veškeré pracovní podmínky a na základě dostupných informací v odborné literatuře následně adekvátně doplníme o konkrétní spojitosti jak s objektivním, tak subjektivním zdravím.

Vydeme-li z toho, jakou oporu máme v právních předpisech, patří podle novely č. 107/2013 Sb. vyhlášky č. 432/2003 Sb. mezi faktory pracovního prostředí prach, chemické látky a směsi, hluk, vibrace, neionizující záření, fyzická zátěž, pracovní poloha, zátěž teplem, zátěž chladem, psychická zátěž, zraková zátěž, práce s biologickými činiteli a práce ve zvýšeném tlaku vzduchu. Vyhláška mimo jiné stanovuje kritéria, na základě kterých je práce rozdělována do různých kategorií podle míry působení (Novela č. 107, 2013). Již nyní je zřejmé, že takovýto výčet není, zvláště pro práci psychologů, vyčerpávající. Na naše zdraví mají totiž vliv pracovní podmínky jak z fyzikálního prostředí (převážná část vyhlášky), tak i psychosociální, které jsou ve vyhlášce redukovány na psychickou zátěž. Ta je následně definovaná vnučeným pracovním tempem, monotónní prací a prací na směny. Ani rozšíření psychické zátěže ve vyhlášce na tři faktory nepokrývá široké spektrum psychosociálních faktorů z pracovního prostředí. Důvody, proč pro nás nejsou fyzikální faktory dostačující, jsou následující: v první řadě je tato práce

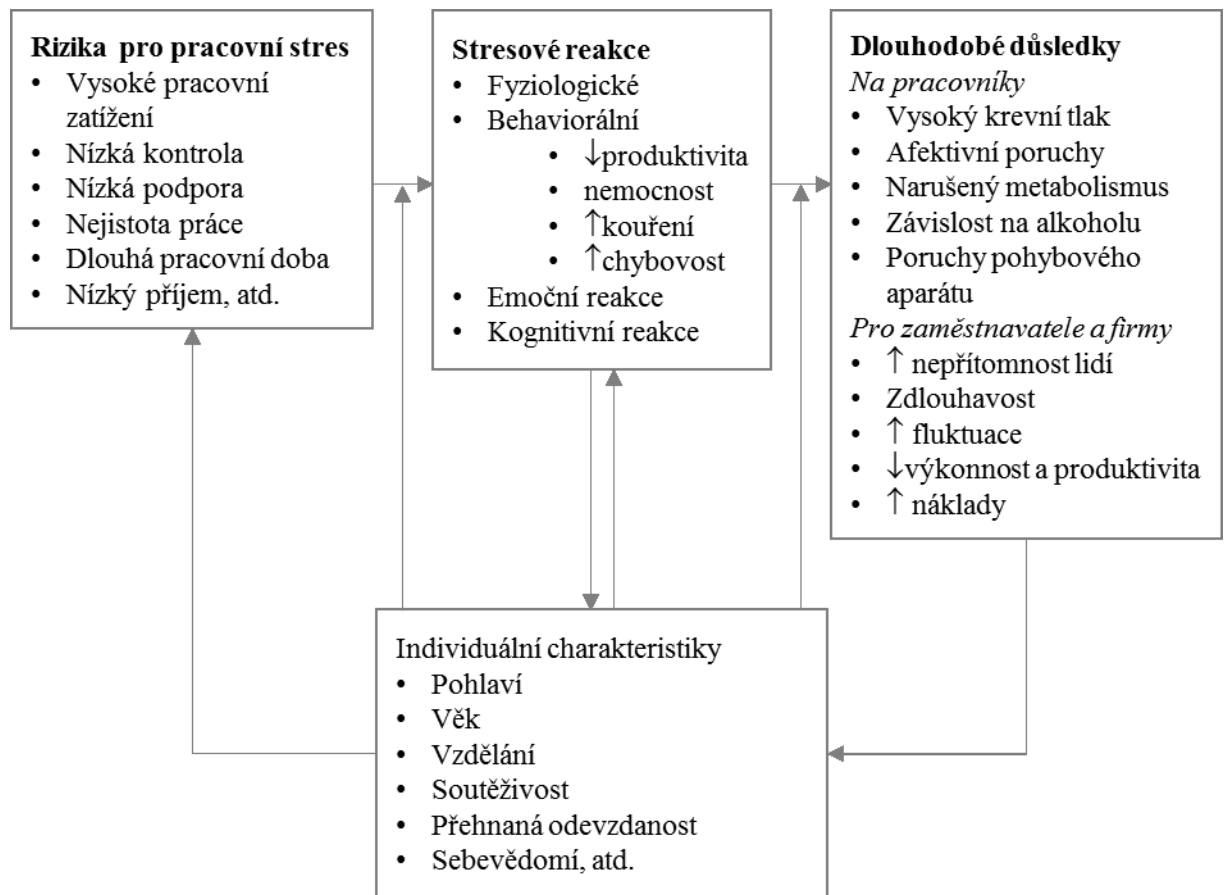
realizovaná na psychologické půdě a je nezbytně nutné se zaměřit spíše na psychosociální faktory, v druhé řadě se zaměříme na zaměstnance ve službách, kde nejsou vystaveni ve velké míře (mnohdy žádné míře) zmíněným fyzikálním faktorům.

WHO nabízí v dokumentu věnujícímu se spojitosti mezi sociálními podmínkami a zdravotní nerovností výčet těchto rizikových pracovních podmínek na základě řady studií: vysoké požadavky, nízká kontrola, nerovnost mezi vynaloženým úsilím a získanou odměnou, diskriminace, obtěžování, procesní nespravedlnost, pracovní zátěž, fyzikální, ergonomická a chemická rizika, fyzicky namáhavá nebo nebezpečná práce, dlouhá nebo nepravidelná pracovní doba, dočasná pracovní smlouva, práce na směny a prodloužená sedavá práce (UCL Institute of Health Equity, 2013).

Podporu pro výše uvedené, ale i další psychosociální pracovní podmínky nalézáme v další odborné literatuře. Kivimäki, Singh-Manoux, Virtanen, Ferrie, Batty a Rugulies (2015) kromě pracovní zátěže, dlouhé pracovní doby a nerovností mezi vynaloženým úsilím a odměnou zmiňují ještě strach ze ztráty zaměstnání. Braveman, Egerter a Williams (2011) hovoří ve spojitosti pracovních podmínek a zdraví o práci přes čas, sedavém zaměstnání, nízké sociální opoře a kvalitě vztahů mezi kolegy. Mezi další faktory můžeme zařadit atypickou nebo proměnlivou pracovní dobu, přerušování, restrukturalizaci (Eurofound, 2012a), dále pak nedostatek pracovní stimulace a nízkou pracovní morálku (Emslie, Hunt, Macintyre, Rogers, Pieper, & Duncan, 1999). Ibrahim, Smith a Muntaner (2009) hovoří pak o pracovní zátěži, nízké sociální opoře a strachu ze ztráty zaměstnání.

Řada výzkumů, jak si na následujících řádcích představíme, dává zmíněné pracovní podmínky do spojitosti s mnoha zdravotními komplikacemi a současně lze včlenit do rovnice pracovních podmínek a zdraví ještě jednu proměnnou a tou je stres. Na následujícím obrázku č. 4 je uveden model příčin a následků pracovního stresu (Kompier & Marcelissen, 1990, podle Houtman, 2007).

Obrázek 4 Model příčin a následků pracovního stresu



(Kompier & Marcelissen, 1990, podle Houtman, 2007, s. 3)

Tento model zcela nepokrývá svým rozsahem výše zmíněné pracovní podmínky, slouží však ke komplexnímu pohledu na tuto problematiku.

V takto obecných přehledech nebývá role manažera explicitně popsána jako pracovní podmínka mající vliv na zdraví zaměstnanců. Je možné, že ji odborníci řadí pod sociální oporu. Současně, hovoříme-li o leadershipu orientovaném na zdraví, který by měl být vyústěním této práce, je nezbytně nutné, aby manažer velmi dobře znal rozsah a dopad pracovních podmínek a na základě toho upravoval obsah práce svým podřízeným tak, aby snížil zdravotní rizika. Z tohoto důvodu věnujeme poměrně velkou pozornost hlavním pracovním podmínkám (pracovní zátěž, nejistota práce, typ pracovní smlouvy, dlouhá pracovní doba, nesoulad mezi vynaloženým úsilím a získanou odměnou, vztahy na pracovišti) a to v níže popsané struktuře.

2.3.1 Struktura popisu jednotlivých pracovních podmínek

V tuto chvíli máme představu o tom, jak široké spektrum pracovních podmínek je v odborné literatuře spojováno s naším zdravím. Na základě prostudované literatury považujeme za

podstatné strukturovat veškeré informace o jednotlivých pracovních podmínkách, a to do několika rovin.

Při popisu pracovních podmínek se zaměříme na následující body:

- 1) Obecný popis daného pracovního faktoru.
- 2) Rozsah (aktuální stav), v jakém je daný pracovní faktor zastoupený (např. kolik procent lidí pracuje v prostředí s vysokými pracovními požadavky).
- 3) Spojitost mezi daným pracovním faktorem a subjektivně hodnoceným zdravotním stavem.
- 4) Spojitost mezi daným pracovním faktorem a objektivně měřitelným zdravím (respektive zdravotními komplikacemi jako jsou např. mrtvice, ischemická choroba srdeční).

Výše uvedené body představují ideální popis každé pracovní podmínky. Nepodařilo se nám ke všem pracovním faktorům dohledat informace ve stejné šíři. Největší nesoulad mezi informacemi obsaženými ve výzkumných studiích je na úrovni subjektivně a objektivně hodnoceného zdravotního stavu. Považujeme za primární prokázat souvislost mezi daným pracovním faktorem a objektivně měřitelným zdravotním stavem. Pokud tedy k dané podmínce nalezneme dostatečné množství výzkumů zabývajících se objektivně měřitelným zdravotním stavem, nebudeme se již věnovat subjektivně vnímanému zdraví.

Výzkumy na druhou stranu ukazují, že subjektivně hodnocené zdraví se ukazuje jako platný prediktor pro úmrtnost (Idler & Benyamini, 1997). S ohledem na tyto výsledky lze tedy využít výsledky výzkumů sledující pouze subjektivně posuzovaný zdravotní stav jako relevantní k obsahu této práce.

Při zpracování rozsahu, v jakém se jednotlivé pracovní podmínky vyskytují, jsme vycházeli z řady evropských průzkumů, které jsou pravidelně opakovány pod záštitou některé ze dvou následujících evropských společností.

Evropská nadace pro zlepšování životních a pracovních podmínek (Eurofound)

V roce 1975 byla založena Evropská nadace pro zlepšování životních a pracovních podmínek (Eurofound) jako orgán Evropské unie. Jejím úkolem je podílet se na navrhování a vytváření lepších životních a pracovních podmínek, za spolupráce s vládami, zaměstnavateli, odborovými

svazy a institucemi Evropské unie. Činí tak skrz průzkumy a definování strategií v různých oblastech (mládež v Evropě, udržitelná práce, mobilita a migrace atd.).

Pod záštitou této nadace fungují celkem tři průzkumy:

- Evropský průzkum společností (European Company Survey, ECS): realizace v letech 2004, 2009 a 2013;
- Průzkum kvality života v Evropě (Europan Quality of Life Survey, EQLS): realizace v letech 2003, 2007, 2012, 2016;
- Průzkum pracovních podmínek v Evropě (Europan Working Condition Survey, EWCS): realizace v letech 2005, 2010 a 2015.

Výhodou těchto průzkumů je reprezentativnost vzorku (nadace Eurofound se snaží nalézt vždy registr, ve kterém je minimálně 95 % cílené populace, minimální počet osob je 1000 z každé země, celkem cca 43 tisíc osob), pokrytí celé Evropské unie, kandidátských států do EU a EFTA států, možnost srovnání mezi jednotlivými státy (pro poslední průzkumy je vytvořena interaktivní vizualizace dat), opakování průzkumů (možnost sledovat trendy), témata obsažená v rozsáhlých dotaznících pokrývají evropské politické potřeby, obsah dotazníků je vytvářen experty a založen na ověřených teoriích, řada přehledných a zpřístupněných reportů (Eurofound, 2017).

Evropský průzkum společností (ECS) se zaměřuje na vedoucí pracovníky a zástupce zaměstnanců v podnicích. Jeho cílem je převážně lépe porozumět politice a postupům ve společnostech, analyzovat vztah mezi těmito postupy a jejich dopadem, sledovat trendy a přispět k naplnění strategii Evropa 2020.

První vlna tohoto průzkumu (2004) byla zaměřená na uspořádání pracovní doby a rovnováhu mezi pracovním a soukromým životem. Ve druhé vlně (2009) byla pozornost věnovaná flexibilitě v práci (pracovní doba, plat, kontrakt), opatřením ze strany oddělení lidských zdrojů a sociálnímu dialogu. Při poslední vlně (2013) bylo hlavním tématem pracoviště (jeho organizace a inovace), účast zaměstnanců a sociální dialog (Eurofound, 2015a)

Oproti předchozímu se **Průzkum kvality života v Evropě (EQLS)** zaměřuje na evropské občany, zjišťuje jejich objektivní podmínky života a jejich názor na ně (např. výše platu, zaměstnanost, vzdělání, podmínky bydlení, zdraví, work-life balance apod.). Důležitou částí z hlediska této práce jsou otázky týkající se spokojenosti s různými aspekty života (např. spokojenost s prací a zdravím).

Dotazník sloužící k tomuto průzkumu se napříč časem pozměnil jen mírně, proto je možné na základě výsledků sledovat trendy (Eurofound, 2015b).

Průzkum pracovních podmínek v Evropě (EWCS) je zacílený na pracující populaci, a to jak na zaměstnance, tak i osoby samostatně výdělečně činné. Jeho zaměření je detailní analýza pracovních podmínek.

První průzkum se datuje již do roku 1990, kdy se realizoval ve 12 evropských státech. Podrobnější informace k výsledkům průzkumů jsou na webových stránkách přístupné až od roku 2005. Opět s ohledem na podobnou strukturu dotazníku napříč jednotlivými průzkumy lze usuzovat na určité trendy (Eurofound, 2015c).

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA)

Roku 1994 byla zřízená při Evropské unii Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA). Aktivita této agentury jsou směřovány tak, aby byla pracoviště v Evropě bezpečnější, zdravější a produktivnější; současně je založená na prevenci rizik. Zvyšuje informovanost skrz kampaně, sdílí znalosti (online OSHwiki s informacemi o BOZP – <https://oshwiki.eu/wiki>), poskytuje přehledy o konkrétních tématech BOZP a stanovujeme priority, umožňuje malým a středním podnikům vyhodnocovat a řídit rizika na pracovištích (OiRA – <http://www.oiraproject.eu>) a realizuje opakovaně průzkumy: Evropský průzkum podniků na téma nových a vznikajících rizik (European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks, ESENER) a Evropské průzkumy veřejného mínění o BOZP (EU-OSHA, 2017b).

Evropský průzkum podniků na téma nových a vznikajících rizik (ESENER) byl realizován ve dvou vlnách – 2009 a 2014, respondenty jsou vedoucí pracovníci a zástupci zaměstnanců pro BOZP. V první vlně počet respondentů dosáhl necelých 36 000, v roce 2014 se tento počet dvojnásobně navýšil (pro Českou republiku – 1000 a 1500). Cílem průzkumu je zmapovat řízení rizik na pracovišti se zaměřením na nově vznikající rizika, mezi která patří psychosociální rizika, která vzbuzují na evropských pracovištích čím dál větší obavy. Na základě této analýzy a následných srovnání mezi jednotlivými státy poskytuje agentura užitečné informace pro tvorbu politik v BOZP (EU-OSHA, 2017c).

Evropské průzkumy veřejného mínění o BOZP jsou zaměřené na zaměstnance a jejich názor na BOZP. Cílem těchto průzkumů je získat názor zaměstnanců na tuto problematiku, zvyšovat povědomí a celkově podporu pro téma BOZP. Průzkum proběhl v roce 2009 (cca 27 tisíc

respondentů), 2012 (cca 36 tisíc respondentů) a 2013 (cca 16 tisíc respondentů; EU-OSHA, 2017d).

Výzkumné podklady pro subjektivně a objektivně měřený zdravotní stav (tedy body 3 a 4 z naší struktury) jsme získali z řady longitudinálních a kohortních studií, primárně na úrovni Evropy (v případě nedostatku evropských výzkumů se opíráme i o americké, či australské). Níže popisujeme relativně rozsáhlý projekt, ze kterého v této práci často čerpáme.

IPD-Work konsorcium

Roku 2008 bylo v Londýně založeno IPD-Work konsorcium (individual-participant data metaanalysis in working populations). Jedná se o projekt, který zpracovává data ze 17 kohortních studií z různých zemí v Evropě, počítáme-li USA a Austrálii, jedná se pak o celkový počet 26 studií. Data zpracovává přes 60 výzkumných pracovníků. Cílem projektu je spolehlivě odhadnout spojení mezi psychosociálními pracovními faktory a chronickým onemocněním, zdravotní neschopností a úmrtností (Kivimäki, Singh-Manoux, Virtanen, Ferrie, Batty, & Rugulies, 2015).

2.3.2 Mortalita

Je důležité si uvědomit, zdali sledované zdravotní komplikace, rizika, onemocnění, které se objevují ve výzkumech, jsou pro lidský život nejvíce ohrožujícími.

Lozano a spol. publikoval v roce 2012 výsledky rozsáhlé analýzy příčin úmrtí ve 187 zemí v letech 1980 až 2010. Mezi deset nejčastějších příčin úmrtí v roce 2010 pro západní Evropu byla (vypsáno v sestupném pořadí) ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární onemocnění (např. mrtvice), rakovina plic, průdušek a průdušnic, rakovina tlustého střeva a konečníku, chronická obstrukční plicní nemoc, sebevražda, cirhóza jater, rakovina prsu, infekce dolní části dýchacího ústrojí a ostatní nemoci kardiovaskulárního oběhu.

Tento výčet koresponduje se zaměřením výzkumných studií, ze kterých v této práci čerpáme data, viz tedy na následujících řádcích.

2.3.3 Pracovní zátěž

Prvním pracovním faktorem, který sem budeme zabývat z hlediska vlivu na lidské zdraví, je pracovní zátěž. Pracovní zátěž je spojena s takovými pracovními požadavky, které převyšují znalosti, dovednosti a schopnosti daného člověka a potencují jej k tomu, aby se se situací

vyrovnal. V případě, že člověk tuto situaci nezvládne, je zvýšené riziko následného stresu a zdravotních komplikací (Houtman, 2007).

Definice pracovní zátěže je opět velké množství – Ibrahim, Smith a Muntaner (2009) vnímají pracovní zátěž jako spojení psychických nároků (např. hektická práce a konflikty) s volností v rozhodování (zdali se člověk učí novým věcem, je po něm vyžadována vysoká úroveň kontroly, možnost rozhodovat se, jak svojí práci vykoná apod.). Houtman (2007) nabízí dělení na kvantitativní pracovní požadavky (časový tlak nebo velké množství práce), kognitivní (obtížnost práce) a emoční požadavky (nutnost empatie a nemožnost projevit své emoce v práci).

Vzhledem k tomu, že velká většina výzkumů týkajících se objektivního dopadu na zdravotní stav pracující populace (IPD-Work konsorcium), využívá pro operacionalizaci Karaskův model pracovní zátěže (Fransson, et al., 2012a) a průzkum EWCS vychází rovněž z Karaskova modelu a doplňuje jej ještě emoční stránkou definovanou Morrisem a Feldmanem (Eurofound, 2012a), budeme i v této práci větší pozornost těmto dvěma teoriím.

Karaskův model pracovní zátěže

Karasek (1979) definuje pracovní zátěž jako interakci pracovních požadavků (job demands) a rozsahu rozhodovacích pravomocí (job decision latitude). V případě, že jsou na pracovníka kladeny vysoké požadavky, nároky a on nemá možnost volby, nemůže současně v danou chvíli rozhodovat o tom, jak pracovat s těmi vysokými požadavky, dochází pak ke vzniku pracovního stresu. Tato varianta je jedna ze čtyř, která může kombinací různé míry pracovních požadavků a rozhodovací svobody nastat, viz obrázek č. 5.

Obrázek 5 Karaskův model pracovní zátěže



(Karasek, 1979, s. 288)

Pro nás je však klíčová ta situace, kdy dochází ke spojení vysokých požadavků a nízké rozhodovací pravomoci. Podle Karaska (1979) by oba faktory měly ideálně společně korelovat, tedy v případě, že jsou na zaměstnance kladeny vysoké nároky, měl by adekvátně mít zodpovědnost a možnost rozhodovat. K tomu dodává, že „*ve skutečnosti existují značné empirické důkazy o tom, že korelace je nízká, což nasvědčuje tomu, že existuje podstatná skupina pracovníků s nesouladem mezi požadavky a rozhodovací pravomocí*“ (Karasek, 1979, s. 288).

Podle Karaska (1979) je důležité mezi pracovními požadavky a rozsahem rozhodovacích rozlišovat, neboť mají odlišné dopady na lidskou psychiku. Důsledkem zařazování rozhodovací pravomoci pod pracovní požadavky je, že pracovní zátěž roste pouze s pracovními požadavky, což Karasek odmítá. Studie, které mezi těmito faktory nerozlišují, pak mimo jiné i nenalézají vztah mezi pracovními požadavky a zátěží, protože neberu v potaz, že vysoká míra rozhodovací svobody s sebou nese naopak zmírnění pracovní zátěže ve spojitosti s vysokými požadavky. Druhý argument pramení čistě z povahy obou faktorů – zvládnutí pracovních požadavků je závislé na osobních charakteristikách, přičemž rozhodovací svoboda je dána z vnějšku. Toto rozlišení nám pomáhá v odvození jednoznačných důsledků pro pracovní prostředí a personální politiku.

Karasek (1979) ověřil platnost této teorie během longitudinální studie ve Švédsku (1968, 1972) a transverzální studie v USA (1974) – více o výsledcích viz jeho odborný článek „*Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign*“.

Míra rozhodovací pravomoci je definovaná jako „*individuální potenciální kontrola nad jeho úkoly a jeho chování v průběhu pracovního dne*“ (Karasek, 1979, s. 289-290). Pro představu je tento faktor syčen těmito položkami: vysoká úroveň dovedností, učení se novým věcem, neopakovatelnost, kreativita, možnost svobody, dělat rozhodnutí, podílet se na rozhodnutí, mít možnost se vyjádřit.

U pracovních požadavků se Karasek (1979) zaměřuje na rychlé pracovní tempo, velmi tvrdou práci, hodně práce, málo času, nadměrnou práci, žádný čas na dokončení práce a konflikty.

Tento model se využívá již více než 35 let, nicméně v navazujících pracích se setkáváme s velmi podobnými položkami (např. Fransson, et al., 2012a). V současné době se k měření využívají dva testy: Job Content Questionnaire (JCQ; <http://www.jcqcenter.org>) a Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ; Sane, Torp, Mykletun, & Dahl, 2005).

Na závěr je důležité zmínit, že zplnomocňování v práci není spojeno s vyšším stresem, ale naopak. Jedná se o nástroj, skrz který lze u zaměstnanců zvyšovat jejich účinnost a schopnost vypořádat se s pracovním prostředím. Dále Karasek (1979) uvádí, že s ohledem na řízení lidských zdrojů se jedná o zjištění, které může vést ke snižování pracovního stresu, ale nikoliv na úkor výkonu a objemu odvedené práce, protože není nutné objem snižovat, ale spíše zaměstnance zplnomocňovat. Zároveň upozorňuje na rizika pracovních prostředí, kde již zplnomocnění funguje – navýšení rozhodovacích pravomocí nad únosnou míru se pak může pojit se zvýšeným stresem, takže tuto strategii doporučuje pouze v případech, kdy jsou rozhodovací pravomoci opravdu nízké.

Emoční požadavky

Kromě již zmíněných spíše kognitivních požadavků a úrovní kontroly nad svojí prací, se v literatuře setkáváme ještě s jedním aspektem, který je dáván do spojitosti s pracovní zátěží, a tou jsou emoční požadavky. Zde vyjdeme z teorie Morrise a Feldmana (1996), kteří popisují emoční požadavky neboli emoční zátěž (emotional labor), jako úsilí vynaložené k práci se zobrazováním žádoucích emocí ze strany zaměstnavatele během interakcí (ať už s kolegy, či klienty). Jedná se o konstrukt založený na čtyřech dimenzích:

1. *Četnost vhodných emočních projevů (frequency of appropriate emotional display)*: čím častěji je nutné, aby zaměstnanci projevovali organizačně žádoucí emoce, tím se emoční požadavky zvyšují. Jedná se sice o nejčastěji zkoumaný konstrukt, nicméně nepokrývá celé spektrum emočních požadavků (neukazuje nám to, jaké úsilí musí člověk vynaložit, aby např. dokázal žádoucí emoce odhadnout a následně regulovat).

2. *Ostražitost vůči požadovaným pravidlům pro projevování emocí (attentiveness to required display rules)*: zde záleží na tom, jak moc velké úsilí musíme vynaložit k tomu, abychom vůbec vnímali, rozpoznali jsme, jaké emoce máme v danou situaci projevovat. Vstupují sem dva faktory – délka a intenzita. Čím delší je situace, po kterou projevujeme organizačně žádoucí emoce, tím je to pro nás náročnější. A to ze dvou důvodů, jednak se s přibývajícím časem dostáváme do náročnější interakce, kde je samo o sobě těžké odhadnout, jaké emoce jsou vhodné (u krátké interakce, např. úsměv, je odezva velmi srozumitelná), a jednak se dostáváme do hlubšího vztahu s druhou osobou a může být obecně náročnější neprojevovat emoce, které bychom chtěli. Tato dimenze se proto dává nejčastěji do spojitosti se syndromem vyhoření. Intenzita je opět přímo úměrná psychickému úsilí.

3. *Rozsah možných emočních projevů (variety of emotions to be displayed)*: čím širší spektrum je při práci zapotřebí nebo čím je střídání mezi jednotlivými emocemi rychlejší, tím se opět zvyšují požadavky na daného zaměstnance.

4. *Emoční disonance (emotional disonance)*: v případě, že organizačně žádoucí emoce nejsou v souladu s těmi našimi, které bychom standardně v dané situaci prožívali, dochází opět ke zintenzivnění emočních požadavků.

Pracovní zatížení je tedy kombinací jak kognitivních, tak emočních pracovních požadavků. Je nutné rozlišovat mezi požadavky a svěřenou zodpovědností a neopomíjet emoční aspekt našich interakcí.

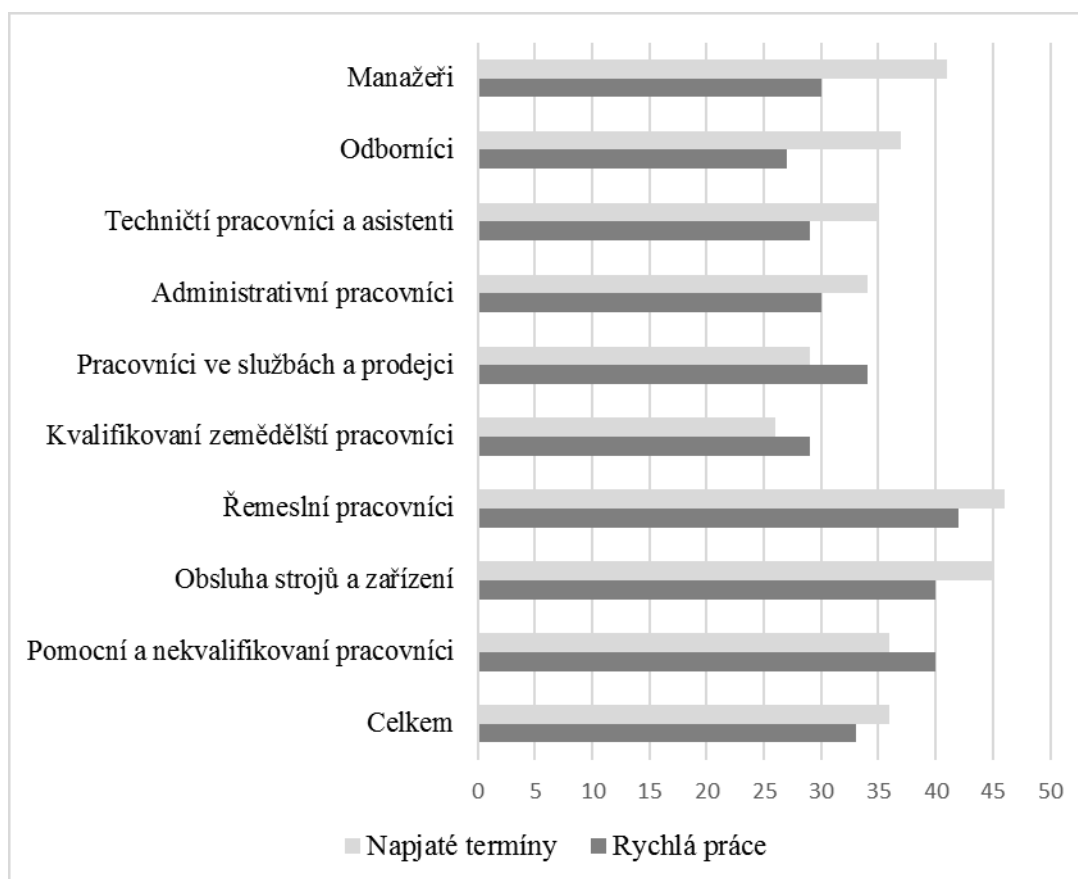
Současný stav

Z posledního výzkumu EWCS (Eurofound, 2015d) v rámci České republiky vyplývá následující:

- Velmi rychle pracuje (téměř) pořád 16,3 % osob a 41,6 % osob jednu až tři čtvrtiny své pracovní doby.
- Pod tlakem termínu pracuje (téměř) pořád 14,9 % osob a 38,7 % osob jednu až tři čtvrtiny své pracovní doby.
- Dostatek času na provedení své práce nemá 6,6 % osob, někdy má nebo nemá 22 % osob.
- Pracovní tempo je závislé na přímé kontrole nadřízeného u 45,3 % osob.
- Volit nebo měnit rychlost nebo tempo své práce nemůže 23,5 % osob.
- Volit nebo měnit metody své práce nemůže 45,4 % osob.
- Volit nebo měnit pořadí svých úkolů nemůže 37 % osob.

V tuto chvíli by bylo velmi užitečné, kdybychom tato data měli k dispozici i pro jednotlivé pracovní pozice, resp. druhy práce. Vyjdeme-li totiž ze souhrnného reportu EWCS (Eurofound, 2015e), nalezneme určité rozdílnosti, především skupina řemeslníků a obsluhy strojů a zařízení zvyšuje celkový průměr v kategorii práce pod tlakem termínů a rychlé práce, viz graf č. 1. Podobnou tendenci bychom mohli očekávat i v datech za Českou republiku, ale bohužel tato data nemáme k dispozici. V empirické části této práce se více věnujeme pracovníkům ze sektoru služeb, nicméně nejsme schopni se na této úrovni dostat ke všem datům, proto nabízíme alespoň takto všeobecná data za všechny skupiny pracovníků.

Graf 1 Pracovní požadavky dle typu zaměstnání



(Eurofound, 2015e, s. 7)

V úvodu k pracovním požadavkům jsme zmiňovali i emoční požadavky. Vzhledem k tomu, že jsou výsledky z EWCS relativně čerstvé, nejsou v tuto chvíli všechna data ve vizualizované podobě na webových stránkách pro jednotlivé státy. Souhrnně za Evropu můžeme však říct, že 28 % mužů a 35 % žen ve své práci většinou nebo vždy skrývá své emoce (Eurofound, 2015e).

V rámci výzkumu EWCS v roce 2010 (Eurofound, 2010) se dospělo k následujícím zjištěním platným pro Českou republiku:

- Pauzu, kdy si člověk přeje, si zřídka nebo nikdy může dopřát 33,6 % osob a občas 25,1 % osob.
- Ovlivňovat rozhodnutí, která jsou pro práci důležitá, může zřídka nebo vůbec 28,1 % osob a občas 20,7 % osob.
- Pracovní cíle nejsou nebo jen zřídka předem konzultovány v 9 % případů u vyšších kancelářských pozic, u nižších pak v 18 %, a někdy jsou konzultovány v 11 % případů (vyšší kancelářské pozice) a 22,7 % případech (nižší kancelářské pozice).

Zajímavým pohledem je i názor, zdali občané České republiky vnímají určité faktory za důležité v oblasti zdraví. Výsledky průzkumu ESENER (EU-OSHA, 2014) umožňují podívat se na odpovědi podle odvětví činnosti. Zaměření této diplomové práce se nejvíce přibližuje odvětví „informační činnosti, peněžnictví, činnosti v oblasti nemovitosti a další technické a vědecké činnosti nebo poskytování osobních služeb“. Následující výsledky jsou tedy za tuto skupinu osob v České republice.

- Časový tlak souvisí podle 37,7 % lidí se zdravotními riziky.
- Nemožnost pracovníků ovlivnit vlastní pracovní tempo nebo pracovní postupy souvisí podle 9,3 % lidí se zdravotními riziky.

Z výše zmíněných informací je patrné, že se pracovníci v České republice potýkají s takovými pracovními podmínkami, které dle teoretických konceptů mají dopad na jejich zdravotní stav. Níže si představíme, jak se pracovní zátěž projevuje na našem zdravotním stavu.

Objektivní zdraví

V tabulce č. 1 jsou k nahlédnutí hlavní výzkumné závěry z longitudinálních studií. Kromě prvního výzkumu týkajícího se ischemické choroby srdeční a obezity jsou všechny zahrnuty do IPD-Work konsorcia. V textu za tabulkou slovně shrnujeme výstupy a popisujeme další výsledky, ke kterým v rámci těchto výzkumných studií odborníci dospěli.

Tabulka 1 Pracovní zátěž a zdravotní rizika

Zdravotní rizika	Autoři	Zvýšené riziko
Ischemická choroba srdeční	Kivimäki, Batty, Ferrie, & Kawachi, 2014	ano
	Kivimäki, et al., 2012	ano
Mrtvice	Fransson, et al., 2015	ne
Chronická obstrukční plicní nemoc	Heikkilä, et al., 2014a	ano
Cukrovka 2. typu	Nyberg, et al., 2014	ano
Obezita	Kivimäki, Singh-Manoux, Nyberg, Jokela, & Virtanen, 2015	ne
Těžké astmatické záchvaty (exacerbace astmatu)	Heikkilä, et al., 2014b	ne
Crohnova nemoc	Heikkilä, et al., 2014c	ne
Ulcerózní kolitida	Heikkilä, et al., 2014c	ne
Kouření tabáku	Heikkilä, et al., 2012a	ano
Nedostatek fyzické aktivity	Fransson, et al., 2012b	ano
Užívání alkoholu	Heikkilä et al., 2012b	ne

U nejčastější příčiny úmrtí, ischemické choroby srdeční, prokazují dvě uvedené metaanalýzy, že riziko ischemické choroby srdeční ve spojitosti s vyšší pracovní zátěží, je skutečně vyšší. Současně Kivimäki a spol. (2012) uvádí, že sice prevence pracovního stresu povede ke snížení rizika, stále jsou ale rizikovější faktory, u kterých je prevence efektivnější (např. kouření). Druhou nejčastější příčinou úmrtí v západní Evropě je mrtvice, u které však výzkumníci nenalezli žádnou spojitost s vysokou pracovní zátěží (Fransson, et al., 2015).

Chronická obstrukční plicní nemoc představuje zvýšené zdravotní riziko při nadměrné pracovní zátěži. Současně po zohlednění BMI, užívání alkoholu, kouření, socioekonomického postavení je spojitost mezi pracovní zátěží a chronickou obstrukční plicní nemocí nižší, resp. riziko se blíží k nule. Výzkumníci současně odlišili aktuální kuřáky, nekuřáky a bývalé kuřáky. U aktuálních kuřáků a nekuřáků se spojitost neprokázala. U bývalých kuřáků je ale pracovní zátěž rizikovým faktorem, riziko chronické obstrukční plicní nemoci se u nich zvyšuje na dvojnásobek (Heikkilä, et al., 2014a).

U cukrovky typu II je důležité zmínit, že zvýšené riziko tohoto onemocnění spojené s pracovní zátěží bylo stejně velké, nehledě na přítomnost či nepřítomnost špatného životního stylu jedince (obezita, nedostatek fyzické aktivity, kouření, užívání alkoholu; Nyberg, et al., 2014).

Co se týče tématu obezity, výzkumníci nenašli vztah mezi pracovní zátěží a rizikem obezity. Dále se výzkumníci zaměřili i na spojitost mezi pracovní zátěží a „pouhým“ přibýváním na váze. Ani zde však není prokázána spojitost. Stejně tak nebyla prokázána souvislost mezi snížením pracovní zátěže a nižším rizikem obezity (Kivimäki, Singh-Manoux, Nyberg, Jokela, & Virtanen, 2015).

Výsledky výzkumu ukazují, že pracovní zátěž není důležitým rizikovým faktorem pro těžké astmatické záchvaty vedoucí k hospitalizaci nebo úmrtí (Heikkilä, et al., 2014b).

Co se týče střevních zánětů (Crohnova nemoc a ulcerózní kolidita), pracovní zátěž se neproказuje jako významný rizikový faktor. Poměr rizik je navíc mnohem nižší, pokud zohledníme kromě věku a pohlaví i socioekonomické postavení, BMI a kouření (Heikkilä, et al., 2014c).

Výzkumníci hledají souvislosti i s faktory, které nemají obecně dobrý dopad na náš zdravotní stav. Prvním z nich je kouření – jedná se o rizikový faktor pro chronická onemocnění, převážně rakovinu plic a další plicní onemocnění (Heikkilä, et al., 2012a). Kuřáci, kteří prožívají pracovní zátěž, vykouří v průměru 103,3 cigaret týdně, kdežto kuřáci bez pracovní zátěže

vykouří v průměru 99,9 cigaret týdně. Obecně kuřáci zažívají mírně více pracovní zátěže než nekuřáci (Heikkilä, et al., 2012a).

O 36 % je vyšší pravděpodobnost nedostatku fyzické aktivity v případě zažívání pracovní zátěže. Ukazuje se, že i u pasivní práce, tzn. nízká kontrola a nízké požadavky, existuje souvislost, a tedy zvýšené riziko nedostatku fyzické aktivity. V případě, že zohledníme kromě pohlaví a věku i socioekonomický status a kouření, zůstává nám stále významné riziko (Fransson, et al., 2012b).

Posledním rizikovým faktorem je užívání alkoholu. V tabulce je uveden závěr pro skupinu největších uživatelů této látky (u žen se jedná o více jak 20 drinků za týden, u mužů pak více jak 27 drinků). Výzkumníci tedy nenašli žádnou spojitost mezi užíváním alkoholu a zvýšenou pracovní zátěží (Heikkilä et al., 2012b).

2.3.4 Nejistota práce

V odborné anglické literatuře se tento pracovní faktor označuje termínem *Job insecurity*. V této práci budeme pracovat s českým doslovným překladem „nejistota práce“, případně „nejistota zaměstnání“. Nejistotu práce pak definujeme jako obavu ze ztráty zaměstnání v budoucnosti (Sverke, Hellgren, & Näswall, 2002).

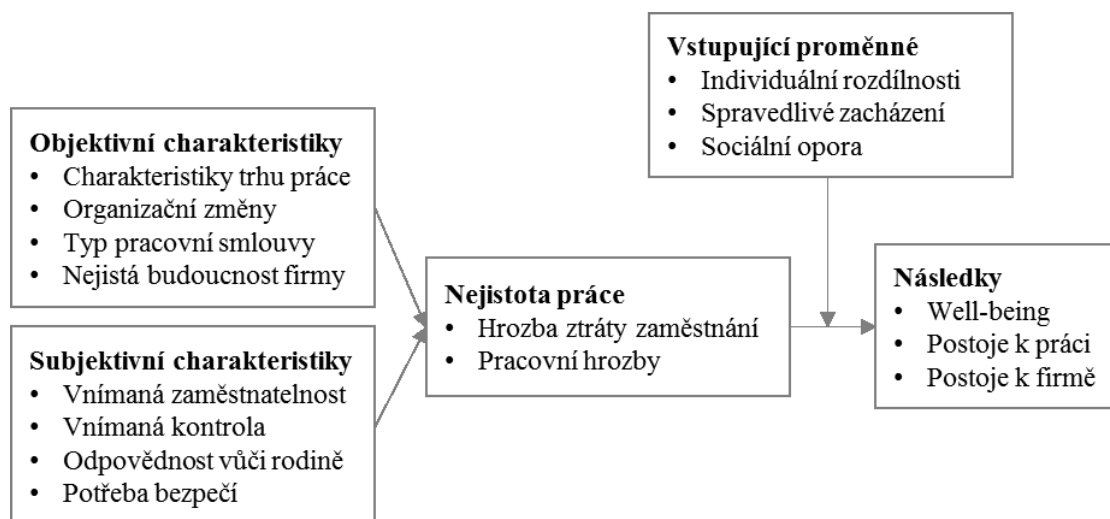
Je potřebné vymezit ještě další dva pojmy, které bývají dávány do souvislosti s nejistotou práce. Prvním z nich je termín zaměstnatelnost (employability), který by mohl dle některých názorů ve spojitosti se změnou pracovního trhu, potažmo změnami v psychologické smlouvě, termín nejistoty práce nahradit (Keim, Landis, Pierce, & Earnest, 2014). Ve výzkumných studiích se však ukazuje, že vnímaná zaměstnatelnost (perceived employability), neboli subjektivně vnímaná šance nalézt novou práci, má spíše mírný efekt na snížení nežádoucích dopadů na životní spokojenost, které pramení právě z obav ze ztráty zaměstnání (např. Hu & Zhong, 2015; Silla, De Cuyper, Gracia, Peiró, & De Witte, 2009), jinými slovy jedná se o fenomén, který zmírňuje následky našich obav ze ztráty zaměstnání, z toho důvodu není zcela reálné mezi tyto dva termíny umístit rovnítko.

Druhým pojmem je pak aktuální ztráta práce (actual job loss), podle Sverke, Hellgrena a Näswalla (2002) je rozdíl v prožitku – ztráta práce je prožívána okamžitě, kdežto u nejistoty zaměstnání se jedná o každodenní obavy o svoji budoucnost. Z obecného přístupu k prožívání stresu se však do jisté míry může jednat o podobný prožitek, neboť výzkumy ukazují, že anticipace ztráty zaměstnání může mít podobné následky jako samotná ztráta zaměstnání (Lazarus & Folkman, 1984, podle Vander Elst, De Cuyper, Baillien, Niesen, & De Witte, 2016).

Dále je důležité zmínit, že nejistota práce představuje fenomén, který je zaprvé nedobrovolný (netýká se tedy osob, které cíleně vyhledávají práci, která je dočasná) a zadruhé subjektivní (dva zaměstnanci prožívají nejistotu zaměstnání odlišným způsobem, protože danou situaci vnímají a interpretují jinak; Sverke, Hellgren, & Näswall, 2002).

Sverke a Hellgren (2002) představili ve své výzkumné studii integrovaný model nejistoty zaměstnání (viz obrázek č. 6), který představuje komplexnější pohled na danou problematiku. Tento model zohledňuje charakteristiky objektivní (povaha trhu práce, organizační změny, pracovní smlouva, nejistota budoucnosti celé firmy) a subjektivní (vnímaná zaměstnatelnost, vnímaná kontrola, odpovědnost vůči rodině a potřeba bezpečí), stejně tak jsou v modelu zohledněny proměnné, které mají vliv na důsledky (individuální rozdílnosti, spravedlivé zacházení, sociální opora) a samotné následky (well-being, postoj k práci a organizaci).

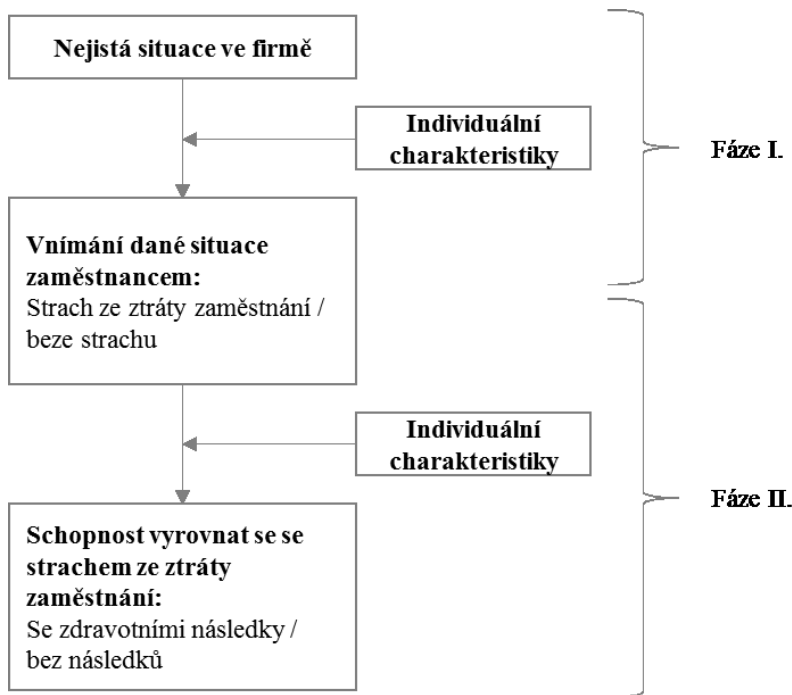
Obrázek 6 Model nejistoty práce



(Sverke & Hellgren, 2002, s. 37)

Tento model využijeme spíše jako rámeček pro následnou práci s tímto významem: z psychologického hlediska je pro nás klíčové vnímat fenomén nejistoty práce ve dvou fázích (viz obrázek č. 7) – první fáze představuje to, že každý člověk vnímá danou situaci odlišně díky svým osobnostním charakteristikám a ve druhé fázi pracujeme s tím, jak se s danou situací vyrovná, a zde jsou opět důležité individuální charakteristiky. Současně budeme věnovat s ohledem na zaměření této práce i prostor dopadům případné nejistoty práce.

Obrázek 7 *Proces vzniku následků pramenících z nejistoty práce*



Ve vědecké literatuře je obecně větší prostor věnován spíše výzkumu toho, jaké dopady má nejistota práce v životech zaměstnanců, nežli hledání mechanismů, které se jednak podílejí na tom, že zaměstnanec nejistotu práce vůbec začne vnímat, a současně na tom, jak se s touto situací vyrovná (Vander Elst, De Cuyper, Baillien, Niesen, & De Witte, 2016). Přesto existují konstrukty, skrze které se výzkumníci snaží mechanismus fungování nejistoty práce objasnit. Nejčastěji zmiňovanými koncepty jsou teorie kognitivního hodnocení, vnímaná kontrola a porušení psychologické smlouvy (např. Keim, Landis, Pierce, & Earnest, 2014; Vander Elst, De Cuyper, Baillien, Niesen, & De Witte, 2016).

Teorie kognitivního hodnocení (appraisal theory) Richarda Lazaruse (1984, např. podle Plháková, 2007) předpokládá, že emoce vznikají na základě subjektivního posouzení významu, který pro nás má naše okolí. Převédeme-li tuto teorii na nejistotu zaměstnání, tak úroveň vnímané nejistoty se odvíjí od toho, jak osoba interpretuje a hodnotí své pracovní prostředí; zaměstnanec nejprve zhodnotí, zdali práce bude pokračovat (primární zhodnocení) a následně zjišťuje, zdali má dostatek vnitřních zdrojů k tomu, aby se s touto hrozbou vyrovnal (sekundární zhodnocení; Jacobson, 1991, podle Keim, Landis, Pierce, & Earnest, 2014). Tento koncept vnímáme jako zastřešující, neboť vstupuje do procesu v obou fázích – v první fázi na úrovni subjektivních charakteristik, které určují, jak daný člověk situaci vyhodnotí (dva zaměstnanci se stejnými podmínkami vnímají situaci odlišně, viz výše), což je v této teorii primární

zhodnocení. Druhá fáze nastává tehdy, když si zaměstnanec uvědomí, že prožívá určité obavy ze ztráty svého zaměstnání a hledá zdroje, které by mu mohly pomoci s vyrovnáním, v kontextu teorie kognitivního hodnocení se jedná o sekundární zhodnocení.

Vander Elst, De Cuyper, Baillien, Niesen a De Witte (2016) definují **vnímanou kontrolu** (percieved control) jako uvědomění si zaměstnance jaké má zdroje k tomu, aby se vypořádal s případnými požadavky, které mohou mít vliv na jeho současnou pracovní situaci. Tito výzkumníci ale odlišují tento termín od jiných teoretických pojetí kontroly. Jedním z nich je kontrola práce nebo autonomie, respektive míra rozhodovací pravomoci tak, jak ji definuje v modelu pracovní zátěže Karasek (1979, viz kapitola 2.3.3 Pracovní zátěž). Druhé pojetí, vůči kterému vymezují vnímanou kontrolu, je teorie místa kontroly (těžiště kontroly, místo řízení, locus of control; Rotter, 1966, např. podle Plháková, 2007). Z našeho pohledu se tedy spíše jedná o proměnnou, která moderuje to, jaké dopady bude nejistota práce mít (druhá fáze).

Zmíněná **teorie místa kontroly** má rovněž význam při vysvětlování fenoménu nejistoty práce (Keim, Landis, Pierce, & Earnest, 2014). Keim a jeho spolupracovníci (2014) předpokládají, že lidé s vnitřním místem kontroly (tzn. výsledky se odvíjí od vlastního chování) vnímají míru nejistoty práce nižší, než lidé s vnějším místem kontroly (tzn. výsledky jsou závislé na vnějších faktorech).

Psychologická smlouva představuje „*sadu vzájemných očekávání, která mají zaměstnanci s ohledem na jejich povinnosti (tj. co budou dělat pro svého zaměstnavatele) a na jejich nároky (tj. co očekávají, že dostanou na oplátku)*“, (Parks, Kidder, & Gallagher, 1998, s. 698). Z pohledu zaměstnanců psychologická smlouva garantuje jistotu pracovního místa, spravedlivé mzdy a další aspekty práce; její funkcí je tedy snižování obav ze ztráty práce (Keim, Landis, Pierce, & Earnest, 2014).

Teoretické koncepty, které jsme si nyní představili, by nám měly pomoci s porozuměním tomu, jakým způsobem se obavy ze ztráty zaměstnání podílejí na dalším fungování zaměstnance. Pro použitelnost těchto teorií nacházíme oporu rovněž i ve výzkumech. Výsledky metaanalýzy ukazují, že lidé, kteří prožívají menší obavy ze ztráty zaměstnání, mají vnitřní místo kontroly (internal locus of control; Keim, Landis, Pierce, & Earnest, 2014) a vnímaná kontrola a porušení psychologické smlouvy jsou spojeny se vztahem mezi nejistotou práce a pracovní a obecnou zátěží a psychologickými a behaviorálními copingovými reakcemi (Vander Elst, De Cuyper, Baillien, Niesen, & De Witte, 2016).

Kromě výše uvedených teoretických konceptů se například ukazuje, že ti, co na pracovišti zažívají v nižší míře nejednoznačnost a konflikt rolí, jsou mladšího věku a vykonávají kancelářskou práci, vykazují nižší míru vnímané obavy ze ztráty zaměstnání (Keim, Landis, Pierce, & Earnest, 2014).

Současný stav

Podle László a spol. (2010) patří Česká republika na druhé místo v prevalenci nejistoty práce (41 %) v porovnání s dalšími 16 evropskými státy (např. nejnižší prevalence je ve Španělsku, 14,2 %, nejvyšší pak v Polsku, 41,7 %).

Výsledky EWSC z roku 2015 (Eurofound, 2015d) pak ukazují nižší čísla – 16,7 % dotazovaných Čechů souhlasí s tím, že by v následujících 6 měsících mohli přijít o práci, kdežto 61,1 % s tím nesouhlasí; zbývajících 22,2 % souhlasí i nesouhlasí.

Rozdílnost mezi těmito výsledky může být dána jednak odlišným vzorkem, ale pravděpodobně největší vliv na to bude mít znění samotné otázky. Ve výzkumu HAPIEE, ze kterého László a spol. (2010) vycházeli, se respondentů ptali na otázku „Je vaše jistota práce nízká?“, pokud odpověděli ano, dále se dotazovali, jak moc velký distress jim tato skutečnost způsobuje na pětistupňové škále, přičemž s nejistotou byly spojovány čtyři stupně a s jistotou práce jen jeden stupeň. Ve výzkumu EWSC (Eurofound, 2015d) byla otázka položena takto: „V příštích 6 měsících mohu přijít o práci“. Přičemž respondenti odpovídali na škále souhlasím-nesouhlasím-ani souhlas ani nesouhlas.

Nyní zaměříme pozornost na **konsekvence vyplývající z nejistoty práce**. Pro komplexní představu využijeme model, který ve své metaanalytické studii představili Sverke, Hellgren a Näswall (2002), viz obrázek č. 8.

Obrázek 8 Model konsekvencí vyplývajících z nejistoty práce

		Zaměřenost odezvy	
		Individuální	Firemní
Typ odezvy	Bezprostřední	Pracovní postoje <ul style="list-style-type: none"> • Pracovní spokojenost • Pracovní zapojení 	Organizační postoje <ul style="list-style-type: none"> • Závazek vůči firmě • Důvěra
	Dlouhodobá	Zdraví <ul style="list-style-type: none"> • Fyzické zdraví • Psychické zdraví 	Chování související s prací <ul style="list-style-type: none"> • Výkon • Odchod z práce

(Sverke, Hellgren & Näswall, 2002, s. 245)

Model popisuje typy konsekvencí, které vznikají protnutím dvou úhlů pohledu. V první řadě je důležité rozlišovat mezi bezprostřední a dlouhodobou odezvou („typ odezvy“). Dále model pracuje s tím, zdali má nejistota práce dopady v individuální nebo firemní rovině („zaměřenost odezvy“). Vznikají nám tedy následující čtyři kategorie:

- pracovní postoje (bezprostřední odezva, individuální rovina): pracovní spokojenost, pracovní zapojení;
- organizační postoje (bezprostřední odezva, firemní rovina): závazek vůči firmě, důvěra;
- zdraví (dlouhodobá odezva, individuální rovina): fyzické a psychické zdraví;
- chování související s prací (dlouhodobá odezva, firemní rovina): výkon, úmysly týkající se odchodu z práce (Sverke, Hellgren, & Näswall, 2002).

Z výše uvedeného modelu vyplývá, že pro účely této práce se zaměříme na kategorii, která představuje dlouhodobé působení nejistoty na individuální rovině, tedy kategorii „Zdraví“.

Subjektivně vnímaný zdravotní stav

V rozsáhlé studii, která zahrnuje vzorky z 16 evropských zemí, prokázali výzkumníci pomocí regresní analýzy obecně platnou asociaci mezi zvýšeným rizikem špatného zdravotního stavu (subjektivně hodnocené) a nejistotou práce (László, et al., 2010).

Podíváme-li se konkrétně na výsledky z České republiky, je nejistota práce pozitivně a statisticky významně asociovaná se špatným zdravotním stavem (subjektivně hodnoceným) a to i po zohlednění socioekonomických a pracovních faktorů, zdravotních návyků a chronických onemocnění. Česká republika se tak řadí dle výzkumníků mezi státy s nejvyšším rizikem (László, et al., 2010).

Objektivní zdraví

Je pravděpodobné, že vzhledem k silné provázanosti fenoménu nejistoty práce a mnoha psychologických teorií, je pozornost výzkumníků spíše směřována vůči subjektivně vnímanému zdravotnímu stavu. I přes to se nám podařilo nalézt dvě asociace s objektivně měřitelnými zdravotními následky.

V německé prospektivní kohortní studii našli Loerbroks, Bosch, Douwes, Angerer a Li (2014) podporu pro zvýšené riziko astmatu při zažívání nejistoty zaměstnání, a to i při zohlednění kouření, užívání alkoholu, fyzické aktivity a obezity.

Metaanalýza na základě IPD-Work konsorcium (17 studií) prokázala zvýšené riziko ischemické choroby srdeční v důsledku prožívání obav ze ztráty zaměstnání (zohledněn věk, pohlaví, socioekonomický status, kouření, užívání alkoholu, fyzická aktivita, BMI, hypertenze, hypercholesterolemie a diabetes; Virtanen, et al., 2013).

První dva faktory, kterým se v této práci věnujeme, tedy pracovní zátěž a nejistota práce, představují velkou zátěž pro lidský organismus. Výzkumníci Strazdins, D'Souza, Lim, Broom a Rodgers (2004) na australském vzorku manažerské populace spojují tyto dva faktory a dokládají zvýšené riziko špatného fyzického zdraví (bolest, neschopnost, zdravotní problémy) a zdravotního stavu (subjektivně hodnoceného) při zvýšené pracovní zátěži a obavách ze ztráty zaměstnání (zohledněno pohlaví, vzdělání, rodinný stav, práce na plný/poloviční úvazek, nedávná vážná onemocnění, nedávné bolestivé ztráty, vážné vztahové problémy, negativní afektivita).

2.3.5 Typ pracovní smlouvy

S tématem nejistoty práce úzce souvisí i to, jakým způsobem je člověk ve firmě zaměstnaný. V posledních letech došlo k několika změnám na pracovním trhu (restrukturalizace kapitálu, vzestup služebního sektoru, technologické novinky) – v důsledku vzniku nových forem organizace práce se pozměnily i způsoby uzavírání pracovních smluv a dohod. Standardní práce na plný úvazek se smlouvou na dobu neurčitou je tak v mnoha případech nahrazována dočasnou pracovní smlouvou, částečným pracovním úvazkem, prací z domova a dalšími nestandardními dohodami (Benach, Amable, Muntaner, & Benavides, 2002). V anglické literatuře se zavádí pojem kontingentní práce (contingent work), což představuje „*jakoukoliv práci, ve které nemá jedinec bezpodmínečně nebo výslovně danou smlouvu na dobu neurčitou*“ (Polivka & Nardone, 1989, s. 11).

Důvod, proč je těmto změnám věnována zvýšená pozornost, je, že představují vyšší míru pracovní nejistoty, nižší kompenzaci a zhoršené pracovní podmínky (Benach, Amable, Muntaner, & Benavides, 2002). Gebel a Voßemer (2014) dokonce hovoří o tom, že dočasné pracovní smlouvy rozměňují hranici mezi zaměstnaností a nezaměstnaností. Přičemž právě nezaměstnanost a pracovní nejistota tvoří dva základní faktory, které by mohly mít vliv na zdraví jedince (Benach, Benavides, Platt, Diez-Roux, & Muntaner, 2000).

Výsledky italského panelového výzkumu ukazují, že existuje vyšší pravděpodobnost horšího subjektivně hodnoceného zdravotního stavu při dočasné práci (Pirani & Salvini, 2015). Ve

švédské studii se zaměřili na provázanost druhu pracovní smlouvy a konkrétních zdravotních komplikací – žaludeční potíže, nechut' chodit do práce, problémy se spánkem, bolesti zad a krku, únava. Ukazuje se, že v určitých typech kontingentní práce existuje vyšší riziko zdravotních komplikací, ale obecně nejsou data napříč všech skupin konzistentní (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2002).

Dalším pohledem, kterým lze k této problematice přistoupit, je, zdali se jedná o nedobrovolnou dočasnou práci či nikoliv a zdali tu nejistotu vnímají pracovníci nepříjemně. Ve finské prospektivní studii se tímto tématem zabývali v kontextu úmrtnosti. Výsledky ukazují, že vyšší riziko úmrtnosti je jak u zaměstnanců, kteří vnímají nejistotu práce jako nepříjemnou, tak u zaměstnanců, kteří na dočasnou smlouvu pracují nedobrovolně (Nätti, Kinnunen, Mäkikangas, & Mauno, 2009).

Pokud ale porovnáme smlouvu na dobu určitou a smlouvou na dobu neurčitou vůči nezaměstnanosti, je to stále nezaměstnanost, která má z těchto tří pracovních stavů největší dopady na naše zdraví – rozdíly mezi oběma typy smluv nejsou z hlediska dopadů na zdravotní stav významně odlišné (Gebel & Voßemer, 2014).

2.3.6 Dlouhá pracovní doba

Dlouhou pracovní dobu definujeme jako čas strávený v práci nad rámec standardní pracovní doby. Ve většině výzkumů je tedy pracovní doba delší jak 40 hodin týdně označována za dlouhou pracovní dobu.

Současný stav

Z průzkumu EWSC (Eurofound, 2015d) vyplývá, že v České republice tráví v práci více jak 40 hodin týdně 40 % pracovníků. Ukazuje se však, že existuje relativně velký rozdíl mezi muži a ženami, neboť mužů pracujících více jak 40 hodin týdně je 52 %, kdežto žen je pouze 26 %.

Zajímavým pohledem, který je současně založený na odlišném průzkumu (Eurofound, 2012b), je, jak jsou pracovníci s počtem odpracovaných hodin týdně spokojeni. Respektive, zdali by chtěli pracovat méně, více nebo stejně jako doposud. Výsledky ukazují, že méně by rádo pracovalo 54 % lidí. Naopak více by chtělo pracovat 7 % lidí a spokojeno s tím, jak v současné době pracují, je 39 % lidí.

Objektivní zdraví

Jak jsme poukázali v části věnované pracovní zátěži, je vhodné se zabývat i tím, jaké konkrétní pracovní faktory představují zvýšené riziko pro užívání tabáku. Angrave, Charlwood a Wooden (2014) zpracovali ve své studii data z britské a australské longitudinální studie. Zaměříme-li se pouze na výsledky z britské studie, dojdeme k následujícím závěrům:

- Existuje statisticky významně vyšší riziko, že začne pracovník znovu kouřit, pokud odpracuje více jak 60 hodin týdně.
- Naopak statisticky významně nižší riziko, že začne pracovník znovu kouřit, se prokazuje u odpracovaných hodin týdně, které nepřesáhnou 20 hodin.
- Pokud pracovník tráví v práci více jak 50 hodin týdně, je statisticky významně nižší pravděpodobnost, že s kouřením přestane.
- Je statisticky významně prokázáno, že nad 40 odpracovaných hodin týdně se zvyšuje počet vykouřených cigaret.

Co se týče rizika užívání alkoholu se zvyšujícími se odpracovanými hodinami, Virtanen a spol. (2015) dospěli při metaanalytickém zpracování dat k následujícím závěrům (dlouhá pracovní doba je zde definována jako delší než 40 hodin týdně a rizikové užívání alkoholu jako 14 a více drinků týdně):

- Existuje vyšší míra rizikového užívání alkoholu, pokud daný zaměstnanec vykazuje dlouhou pracovní dobu.
- Při vykazování dlouhé pracovní doby se rovněž zvyšuje riziko nástupu riskantní konzumace alkoholu.
- Nejsou evidované žádné rozdíly mezi muži a ženami, s ohledem na věk, socioekonomický status a etnikum.

Z metaanalytického zpracování studií zahrnutých do IPD-Work Consortium vyplývá, že se neprokázala souvislost mezi dlouhou pracovní dobou a obecným rizikem rakoviny. Ve studii se zabývali rakovinou plic, prostaty, prsou a kolorektálním karcinomem. Jediná souvislost byla nalezena mezi pracovní dobou vyšší než 55 hodin týdně a rakovinou prsu u žen nezávisle na věku, socioekonomickém statusu, směnné práci a životního stylu (Heikkila, et al., 2016).

Stejně jako u rakoviny ani u cukrovky 2. typu se neprokázala při metaanalytickém zpracování 23 kohortních studií (část spadající pod IPD-Work konsorcium) vyšší rizikovitost jejího vzniku

ve spojitosti s dlouhou pracovní dobou (nad 50 hodin týdně) a to ani při minimální zohlednění dalších proměnných (Kivimäki, et al., 2015a).

V metaanalýze 25 kohortních studií (část z nich patří pod IPD-Work konsorcium) se prokázalo vyšší riziko výskytu ischemické choroby srdeční u osob, které pracují více jak 50 hodin týdně oproti těm, které pracují standardně (tedy do 40 hodin; Kivimäki, et al., 2015b).

K podobnému, ale silnějšímu vztahu dospěli výzkumníci u výskytu mrtvice (17 kohortních studií, opět část spadající pod IPD-Work konsorcium; Kivimäki, et al., 2015b).

2.3.7 Nesoulad mezi vynaloženým úsilím a odměnou

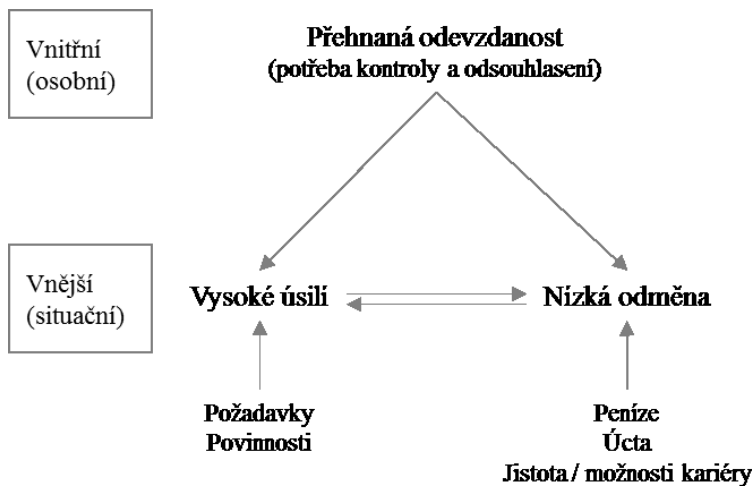
V roce 1986 byl představen model, který popisuje nesoulad mezi vynaloženým úsilím a odměnou (Effort-reward imbalance; dále jen ERI), za účelem vysvětlení některých kardiovaskulárních následků (Siegrist, Siegrist, & Weber, 1986, podle van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005).

Van Vegchel se svými spolupracovníky (2005) shrnují v přehledové studii vývoj tohoto modelu za posledních 20 let. Ukazuje se, že nesouvisí pouze s kardiovaskulárními komplikacemi, ale s řadou dalších zdravotních komplikací (vyčerpání, negativní emoce). Obecně shrnují, že ERI vyvolává nepříznivý zdravotní stav tím, že působí na neurobiologické, psychologické a behaviorální rovině.

Na základě principu sociální výměny (reciprocity) zaměstnanec investuje určité úsilí a očekává za něj patřičnou odměnu. V momentě, kdy k tomu nedochází, je princip narušen a tím dochází k ohrožení základních potřeb, které si jedinec v práci naplňuje (van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005).

Na obrázku č. 9 je znázorněný ERI model tak, jak jej v roce 1999 představil Siegrist (podle van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005). Důležitým pojmem v tomto modelu je přehnaná odevzdanost (overcommitment), která představuje individuální sklon k přepětí a podávání výkonu nad své vlastní možnosti (Rödel, Siegrist, Hessel, & Braehler, 2004, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014). Jedná se o vnitřní tendenci, která má vliv na vnímání jak vysokého úsilí, tak nízké odměny. Lidské zdraví tedy ovlivňuje nepřímo.

Obrázek 9 Model nerovnováhy mezi úsilím a odměnou



(Siegrist, 1999, podle van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005, p. 1119)

Na základě tohoto modelu vznikly tři hypotézy, které se snaží vysvětlit souvislost mezi ERI a lidským zdravím (Siegrist, 2002, podle van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005):

- Vnější ERI hypotéza: nerovnováha mezi (vysokým) vnějším úsilím a (nízkou) odměnou zvyšuje riziko špatného zdravotního stavu.
- Vnitřní ERI hypotéza: zvýšená přehnaná odevzdanost vedoucí k nadměrnému vynakládání úsilí kombinovanému s neuspokojivou odměnou může rovněž vést k vyššímu riziku špatného zdraví.
- Interaktivní hypotéza: spojením vnější ERI hypotézy a vysoké míry přehnané odevzdanosti vzniká nejvyšší riziko výskytu špatného zdravotního stavu.

Na základě několika studií se prokázalo, že vysoká míra vynaloženého úsilí a následně nepřiměřená odměna souvisí s vyšším rizikem špatného zdravotního stavu. Co se týče vnitřní ERI hypotézy, neprokázal se jednoznačný výsledek a pro interaktivní hypotézu neexistuje dostatečný výzkumný materiál (van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005).

Kromě výše zmíněné rozsáhlé studie jsme našli další výzkumy, které podporují souvislost mezi ERI a naším zdravím, a to konkrétně se subjektivně vnímaným zdravím (Niedhammer, Tek, Starke, & Siegrist, 2004; Preckel, Meinel, Kudielka, Haug, & Fischer, 2007), s vyšším rizikem výskytu ischemické choroby srdeční nebo kardiovaskulárního onemocnění (Siegrist, 2010) a současně i s vyšším rizikem opakovaného výskytu ischemické choroby srdeční (Aboa-Éboulé, et al., 2011).

2.3.8 Vztahy na pracovišti

Vztahy na pracovišti představují riziko pro lidské zdraví z několika úhlů pohledů. V první řadě jde o (ne)přítomnost sociální opory jak ze strany kolegů, tak ze strany nadřízeného. Dalším tématem jsou pak různé formy „násilí“, nejčastěji diskriminace či (sexuální) obtěžování. Sociální opore ze strany nadřízeného se budeme věnovat v samostatné kapitole.

Obecně lze popsat, že k dobrému zdravotnímu stavu přispívá spolupráce, vzájemný respekt, důvěra, otevřená a jasná komunikace, uznání a ocenění, socializace a osobní kontakt. Na druhou stranu nedostatek týmovosti, integrity, otevřené komunikace, ocenění a uznání, náročná spolupráce, nespravedlnost, nedostatek empatie a neúcta odvádí pozornost od prožívání pohody na pracovišti (Mastroianni & Storberg-Walker, 2014).

Výsledky EWSC (Eurofound, 2010) ukazují, že obětí diskriminace je 7,1 % pracujících osob, fyzické násilí na pracovišti zažívá 2,6 % osob, šikanu a obtěžování 2,2 % osob a vystaveno slovnímu napadení je 17,5 % zaměstnanců. S výrokem „v práci mám dobré přátele“ nesouhlasí 11 % osob a 8,8 % lidí zřídka nebo vůbec nevnímají pomoc a podporu od svých kolegů.

Výsledky britské longitudinální studie ukazují, že vztah mezi vnímanou sociální oporou a vlastním zdravotním stavem (subjektivně hodnoceným) je i po zohlednění věku, pohlaví a socioekonomického statusu signifikantní (Rydstedt, Head, Stansfeld, & Woodley-Jones, 2012).

Jak jsme již zmínili výše, práce hraje v životě jedince důležitou roli. Objevují se i názory, že pracovní kolektiv může být pro člověka důležitější než rodina. Z tohoto důvodu se začíná hovořit o tzv. pracovní rodině (workplace family), která představuje vícevrstvou strukturu sociální opory: podpora od kolegů, od nadřízeného a podpora bezpečnosti od organizace. A právě podpora od kolegů a organizace se ukazuje na americké studii jako signifikantní faktor mající vliv na naše zdraví (Treiber & Davis, 2012).

Z výsledků metaanalýzy vyplývá, že subjektivně vnímaná rasová diskriminace negativně koreluje se zdravotním stavem (Triana, Jayasinghe, & Pieper, 2015). Výzkumníci na rozsáhlém kanadském vzorku zase prokázali, že zastrašování při práci zvyšuje riziko bolesti krku jak u mužů, tak u žen. Riziko bolesti krku u žen zvyšuje i nevyžádaná sexuální pozornost (Stock & Tissot, 2012).

Výzkumných podkladů pro potvrzení souvislosti mezi vztahy na pracovišti a našim zdravím je relativně malé množství. Většina z nich se totiž zaměřuje na jiné než zdravotní dopady –

pracovní postoje, psychické zdraví (Triana, Jayasinghe, & Pieper, 2015), deprese, posttraumatickou stresovou poruchu, úzkost a vztek (McDonald, 2012).

V této kapitole jsme věnovali poměrně značný prostor pracovním podmínkám a jejich vlivu na lidské zdraví. Pro přehlednost uvádíme v tabulce č. 2 souhrn toho, jaká konkrétní zdravotní rizika se pojí či nepojí s jednotlivými pracovními podmínkami. Přehled je vytvořený na základě výše uvedených studií.

Tabulka 2 Přehled jednotlivých pracovních podmínek a s nimi se pojících zdravotních rizik

	Pracovní zátěž	Nejistota práce	Typ pracovní smlouvy (dočasná práce)	Práce přes čas	Nesoulad mezi vynaloženým úsilím a odměnou	Špatné vztahy na pracovišti
Ischemická choroba srdeční	✓	✓		✓	✓	
Mrtvice	✗			✓		
Chronická obstrukční plicní nemoc	✓					
Cukrovka 2. typu	✓			✗		
Obezita	✗					
Těžké astmatické záchvaty (exacerbace astmatu)	✗	✓				
Crohnova nemoc	✗					
Ulcerózní kolitida	✗					
Kouření tabáku	✓			✓		
Nedostatek fyzické aktivity	✓					
Užívání alkoholu	✗			✓		
Rakovina				✗*		
Obecně zdravotní stav (bez bližšího rozlišení)					✓	✓
Subjektivně vnímaný zdravotní stav		✓	✓		✓	

* Výjimku tvoří rakovina prsu u žen, kde se riziko prokázalo.

Vezmeme-li v úvahu čistě jen množství prokázaných rizik pojících se s danou pracovní podmínkou, pak můžeme označit nevhodně nastavené pracovní požadavky a práci přes čas za nejrizikovější faktory pro lidské zdraví. Současně u všech pracovních podmínek se prokázala určitá spojitost s naším zdravím, tudíž při vedení lidí, ale i vedení sebe sama, je důležité přihlídnout ke všem zmíněným pracovním podmínkám.

3 Leadership a zdraví

Vyústění předchozích dvou kapitol představuje oblast, ve které se odborná veřejnost zaměřuje na definici nového přístupu ve vedení lidí. Tento přístup je v anglické literatuře nazýván odlišnými pojmy: health-oriented leadership, health promoting leadership, health-specific leadership. Vzhledem k tomu, že v české odborné literatuře bohužel nenacházíme prozatím oporu, budeme v této práci pracovat s názvem „leadership orientovaný na zdraví“.

V zahraničních studiích se tomuto tématu postupně začíná věnovat čím dál tím více prostoru, nicméně není dosud zcela dobře popsáno a vysvětleno, přesně jakým způsobem a do jaké míry lídr ovlivňuje zdraví svých lidí (Wegge, Shemla, & Haslam, 2014).

Než se pokusíme podat ucelený pohled na tuto problematiku, je nutné věnovat prostor tématu podpory zdraví na pracovišti (PZP), neboť se jedná o důležitou součást evropské zdravotní politiky, která je do určité míry propojená právě s prací a očekáváním od manažerů/lídrů.

3.1 Podpora zdraví na pracovišti (PZP)

WHO podepsala v roce 2012 s 53 členskými státy program „Health 2020“, který představuje nový evropský rámec zdravotní politiky. Cílem tohoto programu je podpořit vládu a společnost takovým způsobem, aby bylo možné *„výrazně zlepšit zdraví a blahobyt obyvatelstva, snížit nerovnosti v oblasti zdraví, posílit veřejné zdraví a zajistit zdravotní systémy orientované na lidi, které budou univerzální, spravedlivé, udržitelné a ve vysoké kvalitě“* (WHO, 2013, s. 11).

V roce 1996 byla založena Evropská síť pro podporu zdraví na pracovišti (European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP) a představuje oporu při zavádění programů pro PZP. Členské státy následně v roce 1997 podepsaly Lucemburskou deklaraci, která definuje PZP jako *„kombinované úsilí zaměstnavatelů, zaměstnanců a společnosti o zlepšování zdraví a pohody lidí při práci.“* (ENWHP, 2007, s. 2). Jedním z důvodů vzniku této deklarace je, že pracoviště začíná být čím dál více vnímáno jako prostředí veřejného zdraví (ENWHP, 2007). A posílení veřejného zdraví je, jak jsme si uvedli výše, jedním z cílů programu „Health 2020“.

Současně je i snaha o zakotvení určitých principů v legislativě. Na úrovni evropské unie se jedná například o Směrnici 89/391 o zavádění opatření pro zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví zaměstnanců při práci (EU-OSHA, 2017e), která byla současně podkladem pro vznik Lucemburské deklarace (ENWHP, 2007). V České republice se pak s legislativním zakotvením setkáváme např. v zák. č. 65/1965 Sb. – zákoník práce, zák. č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, nařízení vlády 178/2001 Sb., kterým se upravují podmínky ochrany zdraví

zaměstnanců při práci (Lipšová, Šamánek, & Vavřinová, 2005). Je důležité si ale uvědomit, že „na rozdíl od bezpečnosti práce a ochrany zdraví při práci neexistují v České republice pro poskytování podpory zdraví v podnicích právní požadavky ani povinná infrastruktura“, (Lipšová, Šamánek, & Vavřinová, 2005, s. 2).

Společnost si je tedy vědoma, že pracovní faktory tvoří významnou součást vlivů podílejících se na našem zdravotním stavu a skrze tyto různé programy a kampaně se snaží firmy podporovat a motivovat k tomu, aby dbaly o zdraví svých zaměstnanců. Prvním krokem tedy je, aby si firma uvědomila důležitost této problematiky, následně vytvořila zdravotní politiku a tu implementovala. Jak jsme si uvedli v kapitole věnované leadershipu, je to právě lídr, kdo implementuje změny, v této situaci tedy zdravotní politiku. Kromě pomoci s implementací existují způsoby, jak mít vliv na zdraví podřízených, čímž se dostáváme k leadershipu orientovanému na zdraví.

3.2 Leadership orientovaný na zdraví

Ať je či není explicitně vyslovená v dané firmě politika na PZP, odborníci se shodují na tom, že role manažera je pro podporu zdraví zaměstnanců nesmírně důležitá (např. Chu et al., 2000; Flintrop, 2013; Shain & Kramer, 2004).

Leadership orientovaný na zdraví můžeme vnímat jako „jednoznačné přemýšlení o a zapojení se do problematiky zdraví zaměstnanců“ (Gurt, Schwennen, & Elke, 2011, s. 110).

Wegge, Shemla a Haslam (2014) představili ve své stati víceúrovňový rámec týkající se vztahu mezi leadershipem a zdravím:

1. Aktivity orientované na jedince

Způsob, jakým se lídr v určitých situacích chová vůči svým podřízeným, ovlivňuje následně jejich zdraví. Rozhodující je například, jak se lídr zachová při nadměrném stresu svých podřízených – zdali je podpoří nebo tuto skutečnost ignoruje.

2. Aktivity zaměřené na organizaci práce

Nástroje, se kterými bude zaměstnanec pracovat, pracovní požadavky, míra autonomie, kolegové – to vše jsou aspekty mající vliv na zdraví jedince, o kterých převážně rozhoduje právě lídr.

3. Aktivity zmírňující okolní nátlak

Na zaměstnance působí řada okolních vlivů a jednou z rolí lídra je působit jako nárazník a zmírňovat tyto okolní vlivy, případně posilovat již existující zdroje, které pomáhají danému jedinci podporovat vlastní zdraví a odolnost.

4. Aktivity podporující týmovou atmosféru

Zde je lídr vnímán jako činitel, který zajišťuje sdílenou týmovou identitu, vytváří konstruktivní pracovní atmosféru a sjednocuje vnímání a aktivity celého týmu.

5. Role-model

Lídr funguje jako role-model pro své podřízené, pokud jde o jeho přístup k vlastnímu zdraví. Současně to, jakým způsobem lídr vnímá a reaguje na zdraví svých lidí, ovlivňuje zpětně jeho zdraví. Zároveň někteří lídři vnímají zdraví svých podřízených jako zdroj pro vlastní zdraví, hlavně to psychické.

Díky kvalitativnímu výzkumu realizovaném s 20 švédskými pracovníky (manažeři, personální manažeři, projektoví manažeři a pracovníci mající na starosti péči o zdraví a rozvoj manažerů) máme možnost nahlédnout, zdali se teoretické přístupy, zmíněné výše, shodují s názory lidí z praxe. Eriksson, Axelsson a Axelsson (2011) uvádí, že dotazované osoby často spojují leadership orientovaný na zdraví s dobrým leadershipem. Mimo to vzešly z rozhovorů tři hlavní kategorie vyjadřující hlavní oblasti leadershipu orientovaného na zdraví:

1. Organizace aktivit podporujících zdraví – lídr orientovaný na zdraví je vnímán jako osoba, která iniciuje a podporuje aktivity, které vedou k lepšímu zdraví a spokojenosti zaměstnanců.
2. Podporující styl vedení – styl, kterým lídr své lidi vede a měl by být orientovaný na zdraví, je dotazovanými osobami často spojovaný s koučovacím stylem, dále zmiňují jako důležité jasnost stanovených cílů, citlivost lídra na potřeby lidí, rozvoj kompetencí a přítomnost lídra na pracovišti (což mu umožňuje vnímat varovné signály).
3. Vytváření pracovního prostředí podporujícího zdraví – poslední kategorií je schopnost lídra vytvářet takové pracovní podmínky (fyzikální, ale i psychosociální), které jsou předpokladem pro zdravé pracovní prostředí.

Mimo výše uvedené základní rysy leadershipu orientovaného na zdraví se pracovníků výzkumníci ptali i na motivaci. Ukazuje se, že hlavní motivací pro tento způsob vedení je

snížení nemocnosti, na druhou stranu je ale i motivující samotné zlepšení zdraví zaměstnanců, potažmo zvýšení jejich pracovní spokojenosti (Eriksson, Axelsson, & Axelsson, 2011).

Posledním výstupem z této kvalitativní studie jsou podmínky, které určují, do jaké míry je pro lídra snadné aplikovat tento styl vedení. Na organizační úrovni se jedná o finanční podporu (navýšení budgetu pro tyto potřeby), stabilní prostředí (příliš mnoho organizačních změn neprospívá) a zakotvenost tohoto přístupu ve firemní kultuře. V případě, že firma od lídrů očekává tento způsob vedení, je kriticky důležité, aby získávali adekvátní podporu při výkonu této nové role (Eriksson, Axelsson, & Axelsson, 2011).

Současná situace

Z průzkumu EWSC (Eurofound, 2015d) vyplývá, že 13 % pracovníků nevnímá žádnou podporu ani pomoc od svého nadřízeného; někdy se této podpory a pomoci dostává 20 % lidí a vždy nebo většinu času podporu a pomoc vnímá 67 % osob. Je současně důležité si uvědomit a brát v potaz i výsledky, které byly zmíněny u jednotlivých pracovních determinantů, neboť je právě úkolem manažera regulovat požadavky (kognitivní i emoční) kladené na zaměstnance, řešit dlouhou pracovní dobu a podobně.

Péče o zdraví a její efekt

U ostatních pracovních podmínek jsme se věnovali čistě fyzickým zdravotním následkům, případně subjektivně vnímanému zdraví, jelikož pro tyto souvislosti existovaly empirické důkazy. Jak ukazuje odborná literatura, leadership orientovaný na zdraví bývá častěji spojován s tématy jako je well-being a stres. V části věnující se definici zdraví jsme si však uvedli, že well-being je spolu s absencí nemoci předpokladem pro definici zdraví. Role stresu je pak neméně důležitá, neboť představuje zastřešující faktor v modelu faktorů ovlivňujících zdraví (viz kapitola 2.2 Determinanty zdraví).

S leadershipem orientovaným na zdraví jsou v odborné literatuře spojovány již standardně užívané styly vedení – za ty pozitivně ovlivňující je považován transformační leadership, podporující leadership, leadership založený na podmíněné odměně (contingent reward leadership; např. Schmidt, et al., 2014; Zwingmann, et al., 2014). Naopak za ten negativně ovlivňující je považován laissez-faire leadership (Zwingmann, et al., 2014). Nejprve si tedy představíme, jak jsou tyto zmíněné styly provázané s prožíváním zaměstnanců.

Podporující styl vedení (supportive leadership style) představuje takové chování lídra, které podporuje vedené osoby v aktivním přístupu při řešení obtížných situací a v otevřenosti,

upřímnosti a spravedlivosti. Důvod, proč je tento styl vedení spojován se zdravím vedených osob, je ten, že v momentě, kdy je lídr v neustálé interakci se svými lidmi, dokáže lépe reagovat na příznaky stresu. Výzkumná průřezová kohortní studie prokázala, že podporující styl vedení je relevantním ukazatelem subjektivně vnímaného zdraví – zohledněn věk, pohlaví, pracovní pozice, BMI, fyzická aktivita, kouření a užívání alkoholu (Schmidt, et al., 2014).

Styl vedení založený na podmíněné odměně, jež tvoří jednu z částí transakčního leadershipu, představuje míru, do jaké lídr vyjasňuje očekávání a nastavuje konstruktivní transakce (odměny) za splnění těchto očekávání. Přestože se jedná o část transakčního leadershipu, v rozsáhlé studii (16 států, víceúrovňová analýza) se ukazuje, že statisticky významně pozitivně koreluje s well-beingem a fyzickým zdravím podřízených (Zwingmann, et al., 2014).

Transformační leadership rovněž statisticky významně pozitivně koreluje s well-beingem a fyzickým zdravím podřízených (Zwingmann, et al., 2014). Současně transformační styl vedení dokáže snížit pracovní požadavky, potažmo z nich vznikající pracovní nátlak, a zároveň zvyšovat pracovní self-efficacy (Hentrich, Zimber, Garbade, Gregersen, Nienhaus, & Petermann, 2016). Kromě pozitivních dopadů na podřízené je ještě důležité zmínit, jaké faktory se podílejí na větším efektu transformačního leadershipu. Prvním z nich je zdravé chování lídra (obecné zdraví, fyzická aktivita, relaxace, snižování pracovních požadavků) a pozornost vůči zdraví (uvědomění si psychických stavů u svých podřízených, Franke, Felfe, & Pundt, 2014) – tyto dva aspekty snižují míru vyčerpání u zaměstnanců, kteří jsou vedeni transformačně (Kranabetter & Niessen, 2016). Druhým faktorem je transakční leadership – v případě, že lídr vede své podřízené jak transformačně, tak transakčně, jsou podřízení zdravější (Zwingmann, et al., 2014).

Posledním zmíněným stylem je *laizzes-faire leadership*, který statisticky významně negativně koreluje s well-beingem a fyzickým zdravím podřízených (Zwingmann, et al., 2014).

Výše uvedené výstupy z výzkumů by nás mohly vést k myšlence, že je nadbytečné formulovat nový styl vedení, neboť styly, se kterými se standardně pracuje, jsou určitým způsobem propojeny se zdravím vedených osob. Gurt, Schwennen a Elke (2011) ve svém výzkumu však prokazují, že *leadership orientovaný na zdraví* se odlišuje od obecného leadershipu.

Na základě analýzy studií z posledních 30 let bylo zjištěno, že stress lídra a jeho well-being ovlivňují stress a well-being vedených osob (Skakon, Nielsen, Borg, & Guzman, 2010). Tento výsledek podporuje tu část leadershipu orientovaného na zdraví, ve které lídr funguje jako role model. Současně osoby, které jsou tímto způsobem vedeny, vnímají širší psychologické klima,

ve kterém je prostor pro jejich zdraví (Gurt, Schwennen, & Elke, 2011). Pokud jde o chování lídra, tak podpora, zplnomocňování a pozornost jsou statisticky významně spojeny s nižší úrovní stresu u podřízených a vyšší úrovní well-beingu (Skakon, Nielsen, Borg, & Guzman, 2010).

Odborných článků pojednávajících o leadershipu orientovaném na zdraví je přesto relativně malé množství. Jedním z důvodů může být nedostatečný psychometrický nástroj, skrz který bychom mohli obdržet relevantní informace o stylu vedení lídra. Gurt, Schwennen a Elke (2011) použili vybrané škály z dotazníku Organizational Health and Safety (OHS) questionnaire, který se nám však nepodařilo dohledat. Franke se svými spolupracovníky řadu let pracuje na vývoji metody, která tento styl vedení měří (Franke, Felfe, & Pundt, 2014). V následující kapitole si tuto metodu blíže představíme.

3.3 Diagnostické možnosti – leadership orientovaný na zdraví

Z výše uvedených výzkumných studií vyplývá, že je prozatím téma zdraví a vedení lidí zkoumáno většinou v kontextu stylů vedení, které jsou již zavedené a lze je tedy validním způsobem měřit. Franke, Vincent a Felfe (2011, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014) zastávají názor, že metody, pomocí kterých měříme tyto typy leadershipu, mohou být příliš vágní a neumožňují pojmout leadership orientovaný na zdraví v plné šíři.

Leadership orientovaný na zdraví: teoretická východiska a popis konceptu

Franke, Felfe a Pundt (2014) představují ve svém odborném článku novou metodu, která je zaměřená na leadership orientovaný na zdraví. Tato metoda se jmenuje Health-oriented leadership (HoL) a představuje „*integrativní přístup k posouzení leadershipu orientovaného na zdraví zahrnující perspektivu jak lídra, tak vedené osoby (StaffCare a SelfCare²) a rozlišující mezi hodnotou, vnímáním a chováním*“ (Franke & Felfe, 2011b, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014, s. 141).

Metoda je založená na stejnojmenné teorii, kterou si na následujících řádcích popíšeme, v dostupné literatuře je k dispozici pouze jeden zdroj, a to článek *The impact of health-oriented leadership on follower health: Development and test of a new instrument measuring health-promoting leadership* (Franke, Felfe, & Pundt, 2014).

² Vzhledem k tomu, že pro pojmy StaffCare a SelfCare neexistuje v českém jazyce jednoslovný překlad a jedná se i o označení přímo psychodiagnostických metod, budeme v rámci celé práce pracovat s tímto, původním, označením.

Nově definovaný přístup představuje širší pojetí této problematiky – „*zaměřuje se na více aspektů manažerské komunikace a uzpůsobení pracovních podmínek s ohledem na zdraví, dále se věnuje hodnotám a pozornosti lídra vůči osobám, které vede, a také na chování, hodnoty a pozornost vedených osob v kontextu péče o své zdraví*“ (Franke & Felfe, 2011b, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014).

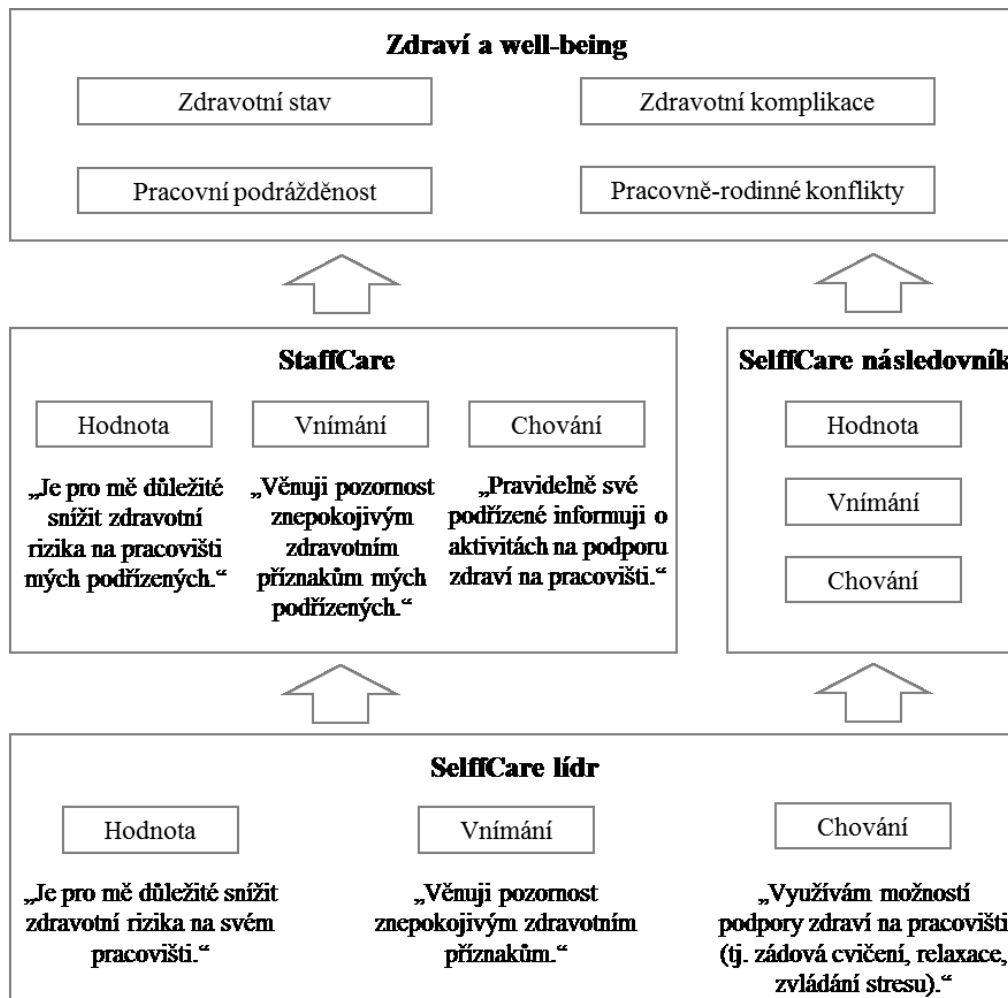
Autoři v této teorii zahrnují jak vedení lidí podporující zdraví (StaffCare), tak i sebeřízení orientované na zdraví (SelfCare). Než si podrobněji popíšeme součinnost těchto dvou pohledů, vysvětlíme si Hobollovu COR teorii (Conservation-of-Resources theory), na které je přístup HoL založen.

COR teorie představuje integrativní teorii, která staví interní a externí procesy podílející se na vzniku stresu na stejnou úroveň. Oproti již zmiňované teorii hodnocení Lazaruse a Folkmanové, která považuje za nejvhodnější indikátor individuální úrovně stresu posouzení dané osoby, je COR teorie zakotvená i v externím světě. „*Základním principem COR teorie je, že se jednotlivci snaží získat, udržet, chránit a podporovat ty věci, na kterých jim záleží*“ (Hobfoll, 2001, s. 341). Tyto ceněné věci jsou nazývány zdroji a ty mohou mít buď povahu objektů, stavů, osobnostních charakteristik nebo zdrojů energie. Celkem identifikovali 74 zdrojů – budeme-li se držet tématu této práce, pak příkladem mohou být následující zdroje: nástroje pro výkon práce, osobní zdraví, status/seniorita v práci, stálost zaměstnání, schopnost organizovat úkoly, pochopení od zaměstnavatele/šéfa a podpora od kolegů. Stres pak nastává ve třech případech, když:

- zdroje jednotlivce jsou ohroženy ztrátou;
- zdroje jednotlivce jsou ve skutečnosti nepřítomné/ztracené;
- jednotlivci se po velkém výdeji energie nepodaří získat dostatečné zdroje (Hobfoll, 2001).

Interní zdroj je v kontextu teorie HoL zahrnut v SelfCare, tedy sebeřízení orientované na zdraví (vhodné vypořádání se s pracovními podmínkami, posilování pracovních podmínek podporujících zdraví), kdežto StaffCare je považováno za externí zdroj (lídr zajišťuje vhodné pracovní podmínky a podporu; Franke, Felfe, & Pundt, 2014). Na následujícím obrázku č. 10 je zobrazen celý koncept.

Obrázek 10 *Koncept Health-oriented leadership*



(Franke, Ducki, & Felfe, v tisku, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014, s. 142)

Autoři předpokládají, že lídrovo sebeřízení (SelfCare) je základem pro leadership orientovaný na zdraví. To, jakým způsobem přemýšlí nad svým zdravím a jak se chová, ovlivňuje následně jeho péči o zdraví svých podřízených a současně funguje jako role-model pro své podřízené z hlediska péče o vlastní zdraví. Co je společné jak pro sebeřízení (SelfCare), tak vedení druhých lidí s ohledem na zdraví (StaffCare), jsou tři komponenty: chování (behavior), hodnota (value) a vnímání (awareness).

Chování představuje činnosti lídra, jeho angažovanost v aktivitách, které snižují napětí z práce, zlepšují pracovní podmínky s ohledem na zdraví a motivují zaměstnance k případně účasti na PZP aktivitách. Z hlediska SelfCare je rozsah aktivit stejný s tím rozdílem, že se jedná o chování zaměřené vůči vlastní osobě.

Hodnota vyjadřuje postoj lídra jak ke svému zdraví, tak ke zdraví svých lidí. Současně se s touto komponentou pojí i to, za jak moc důležitou považuje lídr péči o příslušnou úpravu pracovních podmínek.

Vnímání popisuje schopnost lídra identifikovat míru stresu u svých podřízených, ale i u sebe. Dále schopnost reflektovat zdravotní a pracovní napětí, znát situace, které jsou stresové pro podřízení a pro něj samotného.

Leadership orientovaný na zdraví: psychometrické vlastnosti

Při tvorbě testu se autoři (Franke, Felfe, & Pundt, 2014) opřeli jak o teoretické koncepty a zkušenosti odborníků, tak o pilotní studii. V prvotní fázi sestavili dotazník čítající 88 položek, které vznikly na základě teoretických úvah, literárních zdrojů a rozhovorů s pracovníky a jejich lídry. Tyto položky podrobily autoři odbornému pohledu šesti psychologů zaměřených na psychologii práce a organizace. Následně zrealizovali pilotní studii (5 lídrů a 20 vedených osob, ze čtyř organizací), ve které respondenti hodnotili položky z hlediska jejich jasnosti a vhodnosti. Výstupem je finální verze StaffCare a SelfCare dotazníku. Vzhledem k tomu, že se jedná o dotazník, ke kterému byl až ve velmi nedávné době vytvořen manuál a s vysokou pravděpodobností bude distribuován komerčně, není možné zde uvést plné znění jeho otázek.

Pro ověření psychometrických vlastností a validity nově zkonstruované metody zrealizovali autoři dvě výzkumné studie. Informace o povaze testovaného vzorku viz tabulka č. 3.

Tabulka 3 Základní údaje výzkumných studií

	Studie 1	Studie 2
Velikost souboru		
Muži	220	130
Ženy	315	252
Celkem	535	383
Místo realizace	Německo	Německo
Věkové složení		
do 30 let	36 %	28 %
31-40 let	20 %	23 %
41-50 let	24 %	31 %
nad 50 let	20 %	18 %
Odvětví	53 % odvětví služeb příklady dalších odvětví: IT a telekomunikace, vzdělání, zdravotnictví, veřejná správa	88 % odvětví služeb příklady dalších odvětví: zdravotnictví, vzdělání, administrativa

Pro účely těchto dvou studií byla využita zkrácená verze jak StaffCare s 15 položkami (vnímání: 5 položek, hodnota: 3 položky, chování: 7 položek), tak SelfCare s 13 položkami (vnímání: 5 položek, hodnota: 4 položky, chování: 4 položky). **Reliabilitu** použitých metod autoři vyjádřili pomocí Cronbachova alfa, které nabývá hodnot od 0,67 do 0,88. Podrobnější informace o reliabilitě jednotlivých dimenzí viz tabulka č. 4.

Tabulka 4 StaffCare a SelfCare: Cronbachovo alfa u jednotlivých komponent

	Studie 1	Studie 2
StaffCare		
Vnímání	0,88	0,84
Hodnota	0,84	0,77
Chování	0,84	0,79
SelfCare		
Vnímání	0,80	0,75
Hodnota	0,68	0,70
Chování	0,73	0,67

Cílem těchto dvou studií bylo podrobit test jednak faktorové analýze a zjistit, do jaké míry jsou StaffCare a SelfCare odlišné koncepty a současně ověřit, zdali daný test měří to, co autoři očekávají. Autoři se zaměřili na konstruktovou, kriteriální a inkrementální validitu. Na následujících řádcích si představíme výsledky jejich analýz.

Faktorová analýza

Na základě konfirmatorní faktorové analýzy prokázali autoři šestifaktorový model jako nejvhodnější (prokázáno jak ve Studii 1, tak ve Studii 2). Chování, hodnota a vnímání u StaffCare a SelfCare jsou tedy odlišitelné dimenze a je vhodné s dotazníky pracovat samostatně.

Konstruktová validita

Vzhledem k tomu, že se jedná o nový koncept, je potřebné, aby se ověřila jeho souvislost s charakteristikami, které jsou dávány do spojitosti se zdravím. Na základě odborné literatury se autoři rozhodli srovnat StaffCare s pracovními úkoly (kontrola nad nimi, jasnost rolí, smysluplnost), vztahy na pracovišti (pozitivní interakce mezi kolegy) a pracovním prostředím. Důvodem je předpoklad, že lídr vnímá náročné pracovní podmínky, přikládá jim hodnotu a zapojuje se svým chováním takovým způsobem, aby snižoval jejich náročnost či negativní dopad na své podřízené.

U SelfCare hledají autoři spojitost s interními aspekty, konkrétně s přehnanou odevzdaností (overcommitment), tedy sklonem k přepínání se a podáváním výkonů, které přesahují vnitřní zdroje jedince – ti, kteří k tomuto chování inklinují (např. pracují dlouho, vynechávají přestávky, berou si práci domů), mají vyšší riziko výskytu pracovní zátěže (Rödel, Siegrist, Hessel, & Braehler, 2004, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014). Je tedy předpoklad, že vyšší skórování u SelfCare je spojeno s nižší mírou tendence k přehnané odevzdanosti.

K ověření výše zmíněných předpokladů (Studie 1) použili autoři následující metody:

- Externí pracovní charakteristiky byly mapovány pomocí metody měřící pracovní prostředí, vztahy a úkoly (7 položek), kterou vytvořili autoři Felfe & Liepmann (2008, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014). Položky jsou formulovány pozitivně, tzn. očekává se pozitivní korelace mezi těmito aspekty a StaffCare.
- Míra přehnané odevzdanosti byla zjišťována subškálou z dotazníku AVEM (dotazník zaměřený na vzorce chování související s prací; využito 6 položek; Schaarschmidt & Fischer, 1997, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014).

Výsledkem korelační analýzy je prokázání statisticky významné spojitosti mezi StaffCare pracovními úkoly, vztahy a prostředím. Druhým výsledkem této analýzy je pak statisticky významná negativní korelace mezi SelfCare a přehnanou odevzdaností. Autoři tedy ověřili konstruktovou validitu jak metody StaffCare, tak metody SelfCare.

Kriteriální validita

Dalším předpokladem je, že lídr svým přístupem dokáže skrze snižování pracovních rizik, poskytování podpory a potřebných zdrojů, snižovat riziko zhoršení fyzického i psychického zdravotního stavu, a tak zlepšovat well-being. Naopak pracovníci, jejichž lídři vykazují nízké hodnoty ve StaffCare, se potýkají s vyšší mírou pracovní podrážděnosti (irritation; emoční a kognitivní napětí v pracovním kontextu; Mohr, Rigotti & Muller, 2009, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014), zdravotními komplikacemi a pracovní-rodinnými konflikty.

Pro ověření těchto předpokladů autoři využili následující metody:

- Zdravotní stav byl subjektivně hodnocen, a to pomocí jedné položky převzaté z německé verze Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSOQ (Nübling, Stössel, Hasselhorn, Michaelis, & Hofmann, 2006, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014), respondenti hodnotili své zdraví na škále od 0 (nejhorší zdravotní stav) do 10 (nejlepší zdravotní stav).

- Pracovní podrážděnost byla měřena metodou Irritation scale for the assessment of work-related strain, kterou vytvořili autoři Mohr, Rigotti, and Müller (2009, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014).
- Zdravotní komplikace byly mapovány pěti položkovým dotazníkem zaměřeným na výskyt například kardiovaskulárních onemocnění, problémy se zažíváním, problémy se spánkem (Mohr, 1986, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014).
- Pracovně-rodinné konflikty byly zjišťovány skrze pět položek založených na metodě Work-Family Conflict Scales (Netemeyer, Boles, & McMurrian, 1996), položky byly převzaty z německé verze Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSOQ (Nübling, Stössel, Hasselhorn, Michaelis, & Hofmann, 2006, podle Franke, Felfe, & Pundt, 2014).

Autoři prokázali statisticky významnou pozitivní korelaci mezi StaffCare a zdravotním stavem, negativní korelaci s pracovní podrážděností, zdravotními komplikacemi a pracovně-rodinnými konflikty. Autorům se tedy podařilo potvrdit kriteriální validitu této metody.

Inkrementální validita

Z hlediska validity se autoři zaměřili i na inkrementální validitu. Předpoklad je, že StaffCare souvisí se zdravím více než obecný leadership. Měl by tedy rozšířit vypovídací schopnost v předvídání zdravotního stavu. K měření leadershipu konkrétně transformačního využili německou verzi testu Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ, popis této metody viz např. Muhrová, 2013).

Výsledkem regresní analýzy bylo prokázání inkrementální validity, neboť StaffCare vysvětluje doplňující variabilitu u zdraví, pracovní podrážděnosti, zdravotních komplikací a pracovně-rodinných konfliktů. Současně se ukázalo, že transformační leadership nebyl signifikantní po přidání komponentů StaffCare (tedy Vnímání, Hodnota, Chování).

Další závěry

Na základě dalších analýz dospěli autoři k závěru, že následovníci, kteří vnímají leadership orientovaný na zdraví u svého lídra (tedy vysoké hodnoty u StaffCare) vykazují vyšší péči o vlastní zdraví (SelfCare), což je pak dáno do souvislosti s lepším zdravotním stavem, nižší pracovní podrážděností, menším množstvím zdravotních komplikací a pracovně-rodinných konfliktů.

Metodu HoL, respektive StaffCare a SelfCare, představenou autory Franke, Felfe a Pundt, (2014) lze považovat za psychometricky kvalitní, metoda je spolehlivá a konzistentní v čase a současně měří skutečně leadership orientovaný na zdraví, resp. HoL.

Empirická část

4 Psychometrické vlastnosti metody HoL

4.1 Úvod do výzkumu a jeho cíle

Na základě prostudované literatury jsme si vytvořili představu o tom, jaké pracovní faktory mají vliv na lidské zdraví a jakou roli v tomto ohledu má lídr. Lídr tedy bezesporu ze své pozice vstupuje do komplexního procesu utváření zdravotního stavu zaměstnanců. S odkazem na využitou literaturu jsme zjistili, že ve výzkumech, které tematicky propojují lidské zdraví a manažerský styl vedení, jsou využívány metody, které tento vztah měří nepřímo (např. skrze metody měřící transformační leadership). V dostupné odborné literatuře tedy spíše nenacházíme oporu pro metodu, která by umožňovala měřit takový koncept, skrze který zjistíme úroveň leadershipu orientovaného na zdraví.

Vzhledem ke skutečnosti, že v České republice neexistuje oficiálně užívaná metoda měřící leadership orientovaný na zdraví, se v této oblasti objevuje více otázek nežli odpovědí (současně ani v zahraničí do nedávné doby nebyl k dispozici takovýto nástroj). Například:

- Do jaké míry se odvíjí zdravotní stav zaměstnance od způsobu stylu vedení nadřízeného a samotného životního stylu zaměstnance? Je vůbec v silách lídra, aby si udržel zdravé zaměstnance, pokud oni sami o své zdraví nepečují?
- Existuje u lídrů souvislost mezi péčí o své vlastní zdraví a následným způsobem vedení? Pokud (ne)pečují o své zdraví, nacházíme pak stejné vzorce chování i vůči jím vedeným osobám?
- Jsou skutečně pracovní podmínky zaměstnanců ve spojitosti se stylem vedení lídra? Tedy uzpůsobuje lídr pracovní podmínky svých lidí tak, aby snižoval jejich dopady na zdraví zaměstnanců?
- Existuje obecná shoda v tom, jak vnímá způsob vedení lídr a jím vedené osoby?

Díky úzké spolupráci se společností Testcentrum a QED GROUP máme možnost využít metodu, která byla představená v teoretické části (viz kapitola 3.3 Diagnostické možnosti – leadership orientovaný na zdraví). Metoda se jmenuje *Health-oriented Leadership (HoL)* a mapuje právě leadership orientovaný na zdraví. Máme v tuto chvíli tedy k dispozici metodu, skrz kterou bychom mohli získat některé z odpovědí na výše uvedené otázky a následně jí používat k dalším odborným účelům, které povedou k lepšímu zmapování této problematiky

v českém prostředí. V první řadě je proto nutné ověřit psychometrické náležitosti této metody v českých podmínkách (pro německou populaci byly psychometrické náležitosti úspěšně ověřeny, viz kapitola 3.3 Diagnostické možnosti – leadership orientovaný na zdraví).

Cílem výzkumné části této diplomové práce je zhodnotit psychometrické vlastnosti tohoto testu, respektive jeho jednotlivých verzí. V první řadě se budeme zabývat položkovou analýzou a reliabilitou. V druhém kroku se zaměříme na validizační studii, konkrétně ověříme konstruktovou a kriteriální validitu metod.

Výstupem z tohoto výzkumu pak bude informace o psychometrických vlastnostech a použitelnosti tohoto testu (a jeho verzí) v českých podmínkách a dále prakticky využitelné informace týkající se péče o zdraví podřízených v procesu jejich vedení, respektive leadershipu orientovaném na zdraví.

4.2 Výzkumné otázky

V rámci výzkumu budeme pracovat s metodou HoL. Podrobný popis k této metodě je uveden v kapitole 3.3 Diagnostické možnosti – leadership orientovaný na zdraví. Pro lepší orientaci pouze uvádíme přehled všech verzí, která tato metoda nabízí:

- SelfCare mapuje, do jaké míry pečujeme sami o vlastní zdraví.
- StaffCare (L) mapuje, do jaké míry pečuje lídr o zdraví vedených osob (verze pro lídra).
- StaffCare (F) mapuje, do jaké míry pečuje lídr o zdraví vedených osob (verze pro vedené osoby).

Přičemž metoda SelfCare je shodná svým obsahem jak pro lídra, tak pro vedené osoby. Metoda StaffCare nese určité odlišnosti ve svém obsahu pro lídra a vedené osoby, neboť v rámci této metody hodnotí lídr sám sebe a vedené osoby hodnotí lídra. Pro zjednodušení budeme v této práci používat zkratku „L“ (z angl. leader) pro označení verze určené pro lídra a zkratku „F“ (z angl. follower) pro označení verze pro vedenou osobu.

Při formulaci některých validizačních otázek jsme vycházeli z původních dvou studií, které byly realizovány při příležitosti vzniku této metody – viz Franke, Felfe a Pundt (2014) a kapitola 3.3 Diagnostické možnosti – leadership orientovaný na zdraví.

Položková analýza a reliabilita

V rámci položkové analýzy budeme sledovat variabilitu jednotlivých položek, a to za účelem zjištění, zdali jsou jednotlivé položky pro test přínosné. Dále ověříme reliabilitu SelfCare, StaffCare (F) a StaffCare (L), jak na úrovni celého testu, tak jednotlivých komponent (Vnímání, Hodnota, Chování).

Konstruktová validita

Předpokládáme, že StaffCare i SelfCare budou korelovat s odlišnými jevy, které jsou dávány do souvislosti s lidským zdravím.

Metodu StaffCare porovnáme s příznivostí pracovních podmínek, neboť existuje předpoklad, že lídr, který dbá na zdraví jím vedených osob bude věnovat pozornost tomu, v jakých pracovních podmínkách jeho lidé pracují. Jeho snahou tedy bude vytvořit takové pracovní prostředí, ve kterém budou pracovní podmínky způsobovat co nejmenší nátlak.

Metodu SelfCare porovnáme s osobnostními charakteristikami a způsobem chování, které jsou v odborné literatuře dávány do spojitosti se zdravotním stavem (viz manuál k testu Stress Profile, Nowack, 2006). Budeme se věnovat tzv. životnímu stylu, kognitivní nezdolnosti a chování typu A. Předpokládáme, že čím vyšší bude SelfCare, tím zdravější životní styl, vyšší kognitivní nezdolnost a nižší tendenci k chování typu A budou zaměstnanci vykazovat.

Validizační výzkumná otázka č. 1: Jaké konkrétní vztahy existují mezi StaffCare (L) a příznivými pracovními podmínkami posuzovanými z pohledu lídra?

Validizační výzkumná otázka č. 2: Jaké konkrétní vztahy existují mezi StaffCare (F) a příznivými pracovními podmínkami posuzovanými z pohledu vedených osob?

Validizační výzkumná otázka č. 3: Jaké konkrétní vztahy existují mezi SelfCare (L+F) a životním stylem, kognitivní nezdolností a tendencí k chování typu A?

Kriteriální validita

Pro ověření kriteriální validity budeme sledovat, do jaké míry souvisí StaffCare (F) a rozsah prožívaného stresu u vedených osob, dále subjektivně hodnocený zdravotní stav a zdravotní komplikace. Důvodem je existující hlavní předpoklad, že způsob vedení je v určité souvislosti s psychickým a fyzickým zdravím pracovníků. Předpokládáme tedy, že čím vyšších hodnot

bude lídr dosahovat ve StaffCare (F), tím méně stresu budou pracovníci prožívat, dále budou pozitivněji hodnotit svůj zdravotní stav a budou vykazovat v menší míře zdravotní komplikace.

Validizační výzkumná otázka č. 4: Jaké konkrétní vztahy existují mezi StaffCare (F) a mírou prožívaného stresu, subjektivně hodnoceným zdravotním stavem a zdravotními komplikacemi?

Doplňující otázky

Mimo validizační otázky jsme se zaměřili na další dvě oblasti, které lze na základě sebraných dat objasnit. Zajímá nás, zdali existuje shoda mezi tím, jak lídr sám sebe vnímá z hlediska úrovně leadershipu orientovaného na zdraví a tím, jak jej vnímají jeho následovníci.

Doplňující výzkumná otázka č. 1: V jakém vztahu je StaffCare (L) a StaffCare (F)?

Dále nás zajímá, s čím vším se pojí schopnost vést osoby s ohledem na jejich zdraví – tedy, jaké rysy vykazují lídři orientovaní na zdraví? Prvním předpokladem je určitý vztah mezi tímto stylem vedení a situačním přístupem – v případě, že je lídr schopen situačně vést, vypovídá to o jeho schopnostech vést a tím pádem se orientovat na vedené osoby, potažmo jejich zdraví. Dále předpokládáme, že čím vyšších hodnot bude lídr dosahovat ve StaffCare (L), tím bude více seniorní, kognitivně nezdolnější, zdravější, bude vést kvalitnější životní styl, prožívat méně stresu, mít nižší tendenci k chování typu A, hodnotit pozitivněji své zdraví, vykazovat méně zdravotních komplikací a dosahovat vyššího skóre v rámci metody SelfCare.

Doplňující výzkumná otázka č. 2: Jaké konkrétní vztahy existují mezi StaffCare (L) a situačním leadershipem, senioritou lídra, SelfCare (L), mírou stresu, kognitivní nezdolností, chováním typu A, životním stylem, subjektivně hodnoceným zdravotním stavem a zdravotními komplikacemi?

4.3 Vymezení a operacionalizace pojmů

V rámci výzkumu pracujeme s následujícími pojmy: leadership orientovaný na zdraví, příznivé pracovní podmínky, chování typu A, životní styl, kognitivní nezdolnost, míra stresu, subjektivně hodnocený zdravotní stav, zdravotní komplikace, seniorita lídra a situační leadership. Většinu pojmů jsme definovali v teoretické části této práce, a to v obsáhlejší podobě. Vzhledem k tomu, že všechny výše uvedené pojmy jsou i proměnnými, je nezbytně nutné vymezit je v kontextu tohoto výzkumu.

Leadership orientovaný na zdraví definujeme s ohledem na využitou diagnostickou metodu jako přístup k vedení lidí, při kterém lídr považuje zdraví svých lidí za hodnotu, vnímá pracovní prostředí z hlediska jeho dopadů na zdravotní stav zaměstnance, a současně se chová tak, aby snižoval dopady pracovního prostředí na jejich zdraví.

Příznivé pracovní podmínky v souvislosti s touto prací jsou takové aspekty práce, které jsou v odborné literatuře dávány do spojitosti se zdravotním stavem pracovníků. V souladu s prostudovanou literaturou jsme mezi tyto proměnné zahrnuli pracovní zátěž (pracovní tempo a vliv na chod práce), spokojenost s vedením, podpora od kolegů a nadřízeného (lídra), rovnováha mezi vynaloženým úsilím a odměnou, nejistota práce, práce přes čas a typ pracovní smlouvy. Definice jednotlivých pracovních podmínek jsou představeny v teoretické části.

Chování typu A je takové chování, které s sebou nese znaky netrpělivosti, vzteku, vysokého pracovního tempa, velké ctižádosti, a může tak dopadem na organismus přispívat k rozvoji řady nemocí včetně kardiovaskulárních onemocnění (Nowack, 2006).

Kognitivní nezdolnost chápeme jako schopnost vyrovnávat se se změnami a riziky, míra kontroly nad životními událostmi (Nowack, 2006).

Na míru stresu se díváme jako na „*každodenní prožívání větších či menších podráždění, mrzutostí a frustrací*“ (Nowack, 2006, s. 20). Nezužujeme orientaci pouze na stres vyvěrající z pracovního prostředí či zdravotního stavu, zajímá nás celková míra stresu daného člověka, tedy i stres založený na finanční situaci, vztazích v rodině, společenských povinnostech a záležitostech týkajících se životního prostředí (Nowack, 2006).

Zdraví v tomto výzkumu pojmáme z biomedicínského hlediska jako absenci nemoci. A to z toho důvodu, že nás zajímá posouzení *zdravotního stavu*. V souvislosti s teoretickou částí se zaměříme jak na subjektivně hodnocený zdravotní stav (sebeposouzení), tak zdravotní komplikace (např. bolest hlavy, zad apod.).

Situační leadership je zde pojímán v kontextu teorie Formula 4 Leadership (viz teoretická část, kapitola 1.4.4 Kontingenční teorie). Konkrétně se budeme zabývat celkovou schopností lídra volit vhodné styly vedení adekvátně k dané situaci.

Senioritu vnímáme jako délku časového období, po které daný lídr působí ve vedoucí funkci.

4.4 Metody

4.4.1 Výzkumný soubor

Vzhledem k povaze výzkumu bylo nutné získat data jak od lídra (manažera), tak i osob, které přímo vede (podřízení). V rámci výzkumu jsme tedy pracovali s celým týmem, pokud to nebylo možné, tak s co největším počtem jeho členů. Naší cílovou skupinou byly týmy ve středně velkých podnicích a korporátních společnostech. Firmy, které byly osloveny do výzkumu (celkem 7), čítají zhruba od 150 do 6 000 zaměstnanců a svojí povahou se jedná o následující odvětví: telekomunikace, pojišťovnictví, bankovníctví, energetické služby, pronájem vozidel, kosmetika.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 17 lídrů a 76 osob v pozici podřízených, celkově tedy 93 osob, z čehož bylo 51 žen a 42 mužů. Věkový průměr za obě dvě skupiny respondentů je 36,49 (SD=8,815). Z dalších demografických údajů jsme sledovali dobu, po kterou testované osoby pracují jak celkově (M=15,37, SD=8,673), tak přímo na dané pozici (M=4,40, SD=3,424). Jednotlivé údaje k oběma skupinám zvlášť uvádíme v tabulce č. 5 a 6. Počet osob, respektive velikost týmů, které se účastnily výzkumu, se pohybuje od dvou do osmi (M=4,42, SD=2,151). Vzhledem k tomu, že někteří manažeři z našeho výzkumného vzorku jsou ve firemní struktuře na vyšších pozicích, jsou tím pádem i jejich podřízení v roli manažerů.

Tabulka 5 Demografické údaje skupiny lídrů

	M	SD	Minimum	Maximum
Věk				
Muži	39,75	6,649	33	53
Ženy	38	8,86	28	53
Celkem	38,82	7,707	28	53
Délka pracovního života				
Muži	18,88	6,379	12	32
Ženy	17,78	9,744	5	35
Celkem	18,29	8,099	5	35
Počet let na aktuální pozici				
Muži	6,63	4,138	2	16
Ženy	4	1,581	2	6
Celkem	5,24	3,251	2	16

Poznámka. N=17, Muži = 8, Ženy = 9; M = průměr, SD = směrodatná odchylka.

Tabulka 6 Demografické údaje skupiny vedených osob

	M	SD	Minimum	Maximum
Věk				
Muži	36,41	8,641	21	53
Ženy	35,62	9,383	22	60
Celkem	35,97	9,008	21	60
Délka pracovního života				
Muži	15,47	7,836	3	29
Ženy	14,1	9,409	2	40
Celkem	14,71	8,711	2	40
Počet let na aktuální pozici				
Muži	4,88	3,608	1	17
Ženy	3,67	3,266	0	13
Celkem	4,21	3,454	0	17

Poznámka. N=76, Muži = 34, Ženy = 42; M = průměr, SD = směrodatná odchylka.

4.4.2 Měřicí nástroje

Lídrů a vedené osoby obdrželi obsahově mírně odlišné testové baterie. Z důvodu přehlednosti oddělujeme tyto testové baterie v popisu použitých metod.

Testová baterie pro vedené osoby

Pro sběr informací týkajících se péče o vlastní zdraví a přístupu lídra ke zdraví vedených osob byly využity obě dvě verze *HoL* dotazníku, tedy *SelfCare* a *StaffCare* (F). O této metodě je podrobněji pojednáno v teoretické části (kapitola 3.3 Diagnostické možnosti – leadership orientovaný na zdraví). Dotazník jsme od společnosti *Testcentrum* obdrželi v anglickém a německém jazyce. Provedli jsme odborný překlad do českého jazyka a následně upravili znění položek tak, aby odpovídalo českému prostředí.

Verze *SelfCare* obsahuje celkem 25 položek, z toho spadá 8 položek do dimenze Vnímání, 3 položky do dimenze Hodnota a 14 do dimenze Chování. Verze *StaffCare* (F) čítá celkem 30 položek, 8 položek patří do dimenze Vnímání, 4 položky do dimenze Hodnota a 18 do dimenze Chování. Vzorové ukázky položek jsou k nahlédnutí v Příloze A. Při analýzách dat budeme pracovat zvlášť s jednotlivými dimenzemi (komponentami) a se souhrnným výsledkem za danou metodu. Výzkum, který byl popsán v teoretické části (kapitola 3.3 Diagnostické možnosti – leadership orientovaný na zdraví, Franke, Felfe, & Pundt, 2014) obsahoval odlišné počty položek. V této závěrečné práci využíváme verzi testu, která nám byla poskytnuta společností *Testcentrum* a označena za oficiální. K žádné z verzí této metody však zatím

neexistují české normy (existují pouze pro německou populaci), proto budou data zpracována na úrovni hrubých skóre.

Ke zjištění úrovně *příznivosti pracovních podmínek* jsme vytvořili vlastní krátký dotazník s 11 položkami. Celé znění dotazníku je k nahlédnutí v Příloze B. Při tvorbě těchto otázek jsme vycházeli z odborné literatury a dotazníku Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQII; NRCWE, 2017).

Míru stresu, životní styl, chování typu A a kognitivní nezdolnost jsme ověřovali pomocí standardizovaného dotazníku *Stress Profile*, respektive jsme vybrali ty části, které se těmto aspektům věnují. Konkrétně se jedná o část I., II., IV. a V. Z části II. (zdravotní návyky / životní styl) jsme se s ohledem na prostředí a citlivost, s jakou pracují lidé se svými osobními informacemi ve větších firmách (např. nedůvěra v anonymitu), rozhodli vynechat položku týkající se sexuálního života a rovněž položku týkající se užívání nelegálních drog; Cronbachovo alfa této části testu je po vyřazení těchto dvou položek 0,758. Pro analýzu dat jsme následně využili hrubé skóre.

V teoretické části jsme se vždy snažili o to, aby jednotlivé pracovní podmínky byly porovnány jak se subjektivně, tak objektivně měřeným zdravím. Do výzkumné části jsme pro *subjektivně hodnocený zdravotní stav* zařadili položku: „Řekl/a byste, že obecně je Vaše zdraví: (hodnocení na škále) 5 - Výborné, 4 - Velmi dobré, 3 - Dobré, 2 - Špatné, 1 - Velmi špatné. Objektivně měřený zdravotní stav jsme ověřovali skrz hodnocení řady *zdravotních komplikací* vyskytujících se v posledních 3 měsících (např. bolesti hlavy, zad apod.) na škále 1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas, 4 – často; 5 – vždy (stále); s ohledem na povahu položek nazýváme tuto proměnnou *zdravotní komplikace*. Seznam zdravotních komplikací je k nahlédnutí v Příloze C.

Testová baterie pro lídry

V testové baterii pro lídry existují určité odlišnosti. V první řadě jsme pro zmapování toho, zdali se u lídra vyskytuje leadership orientovaný na zdraví, použili verzi *StaffCare (L)* určenou pro sebehodnocení lídrem. Jedná se celkem o 31 položek, 8 spadajících do dimenze Vnímání, 4 do dimenze Hodnota a 19 do dimenze Chování.

Pracovní podmínky jsme zachovali obsahově ve stejné podobě, vynechali jsme jen poslední položku týkající se typu pracovní smlouvy. Otázky jsme formulovali tak, abychom zjistili, jak lídr hodnotí pracovní podmínky souhrnně všech lidí ve svém týmu (např. „Jak často pracují v rychlém tempu?“).

Senioritu lídra jsme zjišťovali pomocí otázky „Jak dlouho působíte ve vedoucí pozici?“.

Situační leadership jsme měřili pomocí standardizovaného nástroje *LJI*. Teorii, na které je tento test postavený, jsme popsali v kapitole 1.4.4 Kontingenční teorie. Reliabilita této metody je vyjádřena pomocí Cronbachovo alfa, 0,68.³ Z testu jsme pro analýzu dat využili pouze jeden skór, a to celkovou adekvátnost (resp. schopnost dané osoby volit jednotlivé styly adekvátně k dané situaci).

Metody pro měření SelfCare, míry stresu, životního stylu, kognitivní nezdolnosti, chování typu A, subjektivně hodnoceného zdravotního stavu a zdravotních komplikací jsme využili stejně jako pro vedené osoby.

4.4.3 Sběr dat

Jednotlivé lídry jsme oslovili ve většině případů prostřednictvím pracovníků z oddělení HR s prosbou o kontakt na manažery, kteří by byli ochotni se se svým týmem do výzkumu zapojit. Podmínkou bylo, aby měl manažer pod sebou minimálně dvě osoby a byl s těmito vedenými osobami v přímém kontaktu. Důvod k osobnímu kontaktu byl, aby byl vůbec schopen vnímat zdravotní rozpoložení svých lidí. V druhém kroku jsme kontaktovali jednotlivé manažery s detailnějšími informacemi, přihlašovacími údaji a prosbou o kontakty na vedené osoby, případně pouze jejich počet. Sběr dat probíhal online na platformě společnosti QED GROUP, a.s., do které musí mít každý účastník své vlastní přihlašovací údaje. Ponechali jsme tedy na manažerovi, zdali tyto přihlašovací údaje rozešle svým lidem sám, či to nechá na nás.

Na online dotazníkové platformě byl připravený obecný text k výzkumu a následně dílčí popisy k jednotlivým částem či dotazníkům. Abychom snížili profilování se lídrů do role lídrů orientovaných na zdraví a také abychom povahu výzkumu zobecnili i pro vedené osoby, pozměnili jsme veškeré úvodní texty k jednotlivým verzím metody HoL. Ze stejného důvodu a pro lepší porozumění jsme pozměnili i názvy jednotlivých dotazníků. SelfCare jsme upravili na *Moje zdraví a práce* a StaffCare na *Moje zdraví a můj nadřízený* (verze pro vedené osoby) / *Práce a zdraví podřízených* (verze pro lídra). Dále jsme upravili název *Stress Profile* na *Dotazník vlivů na fyzické a psychické zdraví*, a to ze dvou důvodů – nevyužili jsme dotazník *Stress Profile* v jeho plné šíři a standardní název by v kontextu výzkumu mohl vyznít příliš klinicky.

³ Více viz manuál k testu (Rozehnalová, 2012), případně bakalářská práce (Muhrová, 2013).

Abychom zvýšili návratnost dotazníků, zaslali jsme okolo avizovaného termínu vyplnění krátkou připomínku, ve které jsme požádali o vyplnění, s případným prodloužením termínu vyplnění. Návratnost u lídrů byla 85 %, u vedených osob pak 67 %. Vzhledem k postupu oslovování lídrů nejsme schopni zjistit, kolik lídrů bylo ve skutečnosti HR pracovníky osloveno. HR pracovníci nám poskytli kontakt na manažery, kteří s oslovením již souhlasili. Návratnost u lídrů je vypočítána na základě poměru mezi vyplněnými dotazníky a námi oslovenými lidry.

4.4.4 Analýza dat

Získaná data byla v prvním kroku zpracována v programu Microsoft Excel. Následné statistické operace byly provedeny v programu IBM SPSS.

Pro porovnání skupin lídrů a vedených osob kvůli následnému sloučení pro operaci s validizační výzkumnou otázkou č. 3 jsme využili neparametrický test, konkrétně Mann-Whitneyův pořadový test.

Zaměřili jsme se i na odlišnosti mezi muži a ženami ve všech třech vzorcích. Pro skupinu lídrů jsme opět využili neparametrický test (Mann-Whitneyův pořadový test), pro skupinu vedených osob t-test pro dva nezávislé výběry s nestejným rozptylem, a pro obě dvě skupiny dohromady t-test pro dva nezávislé výběry se stejným rozptylem.

Důvod pro zvolení neparametrického testu byla velikost vzorku ($N=17$). O volbě stejného nebo nestejného rozptylu u t-testů jsme se rozhodovali pomocí F-testu.

Všechny výzkumné otázky jsou založené na vzájemných korelacích mezi jednotlivými proměnnými. Z toho důvodu využíváme pro analýzu dat korelace, konkrétně Pearsonův korelační koeficient.

Ve všech analýzách pracujeme s 5% hladinou významnosti. Veškerá data kromě metody LJI byla analyzována na úrovni hrubých skóre.

4.5 Výsledky

V prvním kroku jsme se zaměřili na porovnání skupiny lídrů a následovníků mezi sebou. Ve validizační výzkumné otázce č. 3 totiž sledujeme vztah mezi SelfCare a vybranými proměnnými, a to za obě dvě skupiny dohromady. S ohledem na velikost skupiny lídrů ($N=17$) jsme zvolili neparametrický test a prověřili platnost nulové hypotézy, tedy že se obě dvě skupiny od sebe ve vybraných proměnných neliší. Výsledek analýzy nám umožňuje oba soubory sloučit do jednoho, neboť Mann-Whitneyův pořadový test (hladina významnosti

$\alpha=0,05$) ukazuje na platnost nulové hypotézy u všech vybraných proměnných (SelfCare, míra stresu, životní styl, chování typu A, kognitivní nezdolnost, subjektivně hodnocený zdravotní stav, zdravotní komplikace).

Ve druhém kroku jsme věnovali pozornost rozdílnosti mezi muži a ženami. Zaměříme-li se na stejné proměnné z předchozího odstavce a stejnou skupinu osob, tedy lídry a následovníky dohromady ($N=93$), dospíváme k následujícím závěrům (využitá metoda: t-test pro dva nezávislé výběry se stejným rozptylem, hladina významnosti $\alpha=0,05$):

- Ženy prožívají statisticky významně vyšší míru stresu oproti mužům.
- Muži posuzují svůj životní styl statisticky významně lépe než ženy.
- Muži hodnotí svůj zdravotní stav statisticky významně pozitivněji než ženy.

Podíváme-li se odděleně na skupinu lídrů a následovníků a rozdílnosti mezi muži a ženami ve všech sledovaných proměnných, nacházíme i zde mírné odlišnosti. Ve skupině následovníků hodnotí opět muži statisticky významně lépe svůj zdravotní stav (využitá metoda: t-test pro dva nezávislé výběry s nestejným rozptylem, hladina významnosti $\alpha=0,05$). Ve skupině lídrů se ženy hodnotí statisticky významně výše v dimenzi StaffCare Vnímání (využitá metoda: Mann-Whitneyův pořadový test, hladina významnosti $\alpha=0,05$).

4.5.1 Položková analýza a reliabilita metod SelfCare a StaffCare

U všech tří metod, SelfCare, StaffCare (L) a StaffCare (F), jsme nejprve provedli položkovou analýzu, konkrétně ověření obtížnosti jednotlivých položek. Vypočetli jsme variabilitu všech položek a dospěli ke zjištění, že ani v jedné metodě se nenachází položky s variabilitou nižší než 0,1 či vyšší než 0,9. Položky tedy vykazují vhodnou obtížnost pro psychologické testy.

Následně jsme pro všechny metody vypočetli reliabilitu. Všechny tři metody vykazují vysokou reliabilitu (koeficient vnitřní konzistence nabývá hodnot od 0,836 do 0,958; Spearman-Brownův koeficient pro výpočet split-half reliability se pohybuje od 0,778 do 0,951). Na úrovni jednotlivých komponent nabývá koeficient vnitřní konzistence hodnot od 0,494 do 0,938. Konkrétní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 7.

Tabulka 7 Reliabilita metod SelfCare a StaffCare

	Počet položek	Cronbachovo alfa	Split-half reliabilita
SelfCare	25	0,836	0,778
Vnímání	8	0,656	
Hodnota	3	0,545	
Chování	14	0,736	
StaffCare (F)	30	0,958	0,951
Vnímání	8	0,846	
Hodnota	4	0,757	
Chování	18	0,938	
StaffCare (L)	31	0,844	0,895
Vnímání	8	0,754	
Hodnota	4	0,494	
Chování	19	0,700	

4.5.2 Konstruktová validita

Dříve než se budeme věnovat prvním dvěma validizačním otázkám, je nutné s ohledem na námi zkonstruovaný nástroj pro mapování pracovních podmínek objasnit, jak konkrétně s výsledky z tohoto dotazníku pracujeme.

Naší původní představou bylo sečíst skóry za jednotlivé položky (za předpokladu převrácení těch položek, které byly formulované jako nepříznivé pracovní podmínky, např. Máte obavy ze svého zaměstnání?) a vytvořit tak celkový hrubý skór pro proměnnou Příznivé pracovní podmínky. Tento krok jsme učinili, avšak vzhledem k různorodosti položek a využití odlišného popisu škál u některých položek jsme se rozhodli spočítat vnitřní konzistenci a provést faktorovou analýzu. Cronbachovo alfa u verze pro podřízené vychází 0,654, pro nadřízené pak 0,236. Faktorová analýza neukázala jednotný faktor, případně více faktorů, jejichž položky by dávaly dohromady z teoretického hlediska smysluplný celek. Z těchto důvodů jsme se rozhodli pracovat s jednotlivými položkami zvlášť.

Vzniká nám tedy u verze pro podřízené 11 proměnných, u verze pro nadřízené 10 proměnných týkajících se příznivých pracovních podmínek. Všechny proměnné jsou nastaveny tak, že čím je hodnota vyšší, tím je daná pracovní podmínka příznivější (ohledně příznivosti viz teoretická část, kapitola 2.3 Pracovní podmínky). Znění jednotlivých proměnných je tedy následující: pracovní tempo, vliv na chod práce, sexuální obtěžování, šikana, rovnováha mezi úsilím a odměnou, spokojenost s vedením, podpora od nadřízeného, podpora od kolegů, nejistota práce, práce přes čas, typ pracovní smlouvy (poslední proměnná je pouze u verze pro podřízené).

Validizační výzkumná otázka č. 1: Jaké konkrétní vztahy existují mezi StaffCare (L) a příznivými pracovními podmínkami posuzovanými z pohledu lídra?

V rámci první validizační otázky nás zajímal vztah mezi hodnocením lídra úrovně StaffCare, neboli schopnosti vést lidi s ohledem na jejich zdraví, a pracovními podmínkami, tak jak je vnímá souhrnně u jím vedených osob. V rámci analýzy jsme byli nuceni vyřadit položku týkající se sexuálního obtěžování, a to z důvodu nulové variability této proměnné. StaffCare (L) tedy porovnáváme celkem s 9 pracovními podmínkami.

Podpora od kolegů statisticky významně koreluje se všemi komponentami a celkovým skóre StaffCare ($r=0,653$ až $r=0,792$). Nejistota práce statisticky významně koreluje s komponentou Vnímání ($r=0,561$). Poslední statisticky významný vztah vzešlý z naší analýzy je negativní korelace mezi Šikanou na pracovišti a komponentou Vnímání ($r=-0,489$) a Hodnota ($r=-0,487$). Další zkoumané vztahy se nepodařilo prokázat jako statisticky významné. Veškeré korelační koeficienty jsou uvedeny v tabulce č. 8.

Konstruktová validita metody StaffCare (L) byla prokázána jen částečně.

Validizační výzkumná otázka č. 2: Jaké konkrétní vztahy existují mezi StaffCare (F) a příznivými pracovními podmínkami posuzovanými z pohledu vedených osob?

Druhá validizační otázka předpokládá stejné vztahy jako validizační otázka č. 1 s tím rozdílem, že tento vztah sledujeme u vedených osob. Analyzovali jsme vztah mezi tím, jak vedená osoba hodnotí úroveň StaffCare svého nadřízeného (lídra) a tím, jak hodnotí své pracovní podmínky. Výsledky korelační analýzy ukazují, že jsou mezi jednotlivými pracovními podmínkami značné rozdíly.

Se všemi komponentami a celkovým skóre StaffCare statisticky významně pozitivně korelují následující proměnné: vliv na chod práce ($r=0,247$ až $r=0,282$), spokojenost s vedením ($r=0,577$ až $r=0,650$), podpora od nadřízeného ($r=0,527$ až $r=0,626$) a nejistota práce ($r=0,226$ až $0,309$). Šikana na pracovišti pak statisticky významně koreluje s komponentou Vnímání ($r=0,285$), Chování ($r=0,274$) a celkovým skóre ($r=0,282$). Podpora kolegů statisticky významně koreluje s komponentou Hodnota ($r=0,233$), Chování ($r=0,272$) a celkovým skóre ($r=0,264$). Poslední korelace, která se ukázala jako statisticky významná je mezi komponentou Chování a Rovnováhou mezi úsilím a odměnou ($r=0,229$). Ostatní vztahy nejsou statisticky významné. Přehled všech korelačních koeficientů je k dispozici v tabulce č. 9.

Konstruktová validita metody StaffCare (F) byla prokázána jen částečně.

ní koeficienty: StaffCare (L) a jednotlivé pracovní podmínky (L)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Pracovní tempo	–											
2. Vliv na chod práce	0,063	–										
3. Šikana	0,417	0,203	–									
4. Rovnováha mezi úsilím a odměnou	-0,265	-0,110	0,265	–								
5. Spokojenost s vedením	0,063	-0,328	0,063	0,265	–							
6. Podpora od nadřízeného	0,243	-0,182	0,000	0,000	0,000	–						
7. Podpora od kolegů	-0,284	0,121	0,368	-0,098	0,023	0,268	–					
8. Nejistota práce	-0,347	-0,098	0,432	-0,213	-0,098	0,229	0,528*	–				
9. Práce přes čas	0,000	0,548*	a	0,042	-0,086	0,236	0,136	-0,060	–			
10. StaffCare Vnímání	-0,192	0,167	-0,489*	-0,160	-0,052	0,200	0,664**	0,561*	0,365	–		
11. StaffCare Hodnota	-0,274	0,191	-0,487*	-0,154	0,227	0,000	0,653**	0,401	0,449	0,844**	–	
12. StaffCare Chování	0,149	0,276	-0,024	-0,151	0,266	0,199	0,742**	0,300	0,248	0,601*	0,618**	–
13. StaffCare Celkem	-0,024	0,258	-0,269	-0,173	0,183	0,189	0,792**	0,446	0,341	0,856**	0,840**	0,921**

Poznámka. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

^aNemůže být spočítáno, protože minimálně jedna z proměnných je konstantní.

účinní koeficienty: StaffCare (F) a jednotlivé pracovní podmínky (F)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Pracovní tempo	-													
2. Vliv na chod práce	0,108	-												
3. Sexuální obtěžování	0,200	-0,003	-											
4. Šikana	-0,114	0,191	0,363**	-										
5. Rovnováha mezi úsilím a odměnou	-0,028	0,203	0,060	0,016	-									
6. Spokojenost s vedením	0,078	0,240*	0,313**	0,188	0,364**	-								
7. Podpora od nadřízeného	0,102	0,326**	0,224	0,300**	0,333**	0,817**	-							
8. Podpora od kolegů	0,168	0,023	0,329**	0,368**	0,103	0,317**	0,425**	-						
9. Nejistota práce	0,130	0,147	0,104	0,229*	0,113	0,062	0,167	0,255*	-					
10. Práce přes čas	0,453**	-0,069	0,091	-0,178	0,024	0,047	0,045	0,011	0,194	-				
11. Typ pracovní smlouvy	-0,022	0,173	-0,112	-0,128	0,097	-0,077	-0,069	-0,270*	0,146	-0,009	-			
12. StaffCare Vnímání	-0,029	0,247*	0,147	0,285*	0,162	0,608**	0,583**	0,217	0,309**	0,022	-0,036	-		
13. StaffCare Hodnota	0,048	0,282*	0,090	0,220	0,206	0,577**	0,527**	0,233*	0,309**	0,013	0,040	0,778**	-	
14. StaffCare Chování	0,081	0,276*	0,210	0,274*	0,229*	0,638**	0,621**	0,272*	0,226*	0,077	-0,099	0,877**	0,803**	-
15. StaffCare Celkem	0,051	0,281*	0,186	0,282*	0,219	0,650**	0,626**	0,264*	0,270*	0,057	-0,068	0,936**	0,860**	0,985**

Poznámka. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Validizační výzkumná otázka č. 3: Jaké konkrétní vztahy existují mezi SelfCare (L+F) a životním stylem, kognitivní nezdolností a tendencí k chování typu A?

V poslední validizační otázce spadající pod ověření konstruktové validity jsme zjišťovali vztah mezi SelfCare, tedy jak pracovníci (skupina lídrů a vedených osob dohromady) dbají v práci o své zdraví, a Kognitivní nezdolností, Životním stylem a Chováním typu A.

Co se týče vztahu SelfCare a Kognitivní nezdolností, ukazuje se statisticky významně pozitivní vztah pouze s komponentou Chování ($r=0,217$), u ostatních proměnných nenacházíme významné korelace.

Životní styl pozitivně koreluje s komponentou Vnímání ($r=0,238$) a Chování ($r=0,399$) a celkovým výsledkem z testu SelfCare ($r=0,338$).

Poslední sledovaná proměnná, Chování typu A, negativně koreluje s komponentou Chování ($r=-0,251$), jinak žádné další vztahy statisticky významné nejsou.

Výsledky korelačních analýz pro tuto validizační otázku jsou představeny v tabulce č. 10.

Tabulka 10 Výsledné korelační koeficienty: SelfCare (L+F) a vybrané proměnné

	1	2	3	4	5	6
1. Kognitivní nezdolnost	–					
2. Chování typu A	-0,182	–				
3. Životní styl	0,351**	-0,265*	–			
4. SelfCare Vnímání	0,101	-0,102	0,238*	–		
5. SelfCare Hodnota	-0,052	-0,027	0,050	0,422**	–	
6. SelfCare Chování	0,217*	-0,251*	0,399**	0,641**	0,521**	–
7. SelfCare Celkem	0,158	-0,196	0,338**	0,823**	0,670**	0,943**

*Poznámka. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$*

Konstruktová validita metody SelfCare byla prokázána částečně.

4.5.3 Kriteriační validita

Validizační výzkumná otázka č. 4: Jaké konkrétní vztahy existují mezi StaffCare (F) a mírou prožívaného stresu, subjektivně hodnoceným zdravotním stavem a zdravotními komplikacemi?

Pro ověření kriteriační validity jsme sledovali vztah mezi StaffCare (F) a Mírou stresu, Subjektivně hodnoceným zdravotním stavem a mírou Zdravotních komplikací.

Míra stresu statisticky významně negativně koreluje s komponentou Chování ($r=-0,293$) a celkovým výsledkem z testu StaffCare (F) ($r=-0,246$). Ostatní vztahy se neprokázaly jako statisticky významné.

U Subjektivně posuzovaného zdravotního stavu a StaffCare (F) nenacházíme žádný statisticky významný vztah. Stejně tak tomu je i v případě Zdravotních komplikací, kde sice nacházíme alespoň očekávané negativní korelace, nicméně žádná z nich není statisticky významná.

V tabulce č. 11 jsou uvedeny všechny korelační koeficienty.

Tabulka 11 Přehled korelačních koeficientů: StaffCare (F) a vybrané proměnné

	1	2	3	4	5	6
1. Míra stresu	–					
2. SUBJ	-0,448**	–				
3. ZDR	0,515**	-0,603**	–			
4. StaffCare Vnímání	-0,184	0,112	-0,149	–		
5. StaffCare Hodnota	-0,195	0,029	-0,026	0,778**	–	
6. StaffCare Chování	-0,293*	0,069	-0,111	0,877**	0,803**	–
7. StaffCare Celkem	-0,264*	0,078	-0,115	0,936**	0,860**	0,985**

Poznámka. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

SUBJ = subjektivně hodnocený zdravotní stav

ZDR = zdravotní komplikace

Kriteriální validita metody SelfCare byla prokázána jen částečně.

4.5.4 Doplnující otázky

Doplnující výzkumná otázka č. 1: V jakém vztahu je StaffCare (L) a StaffCare (F)?

Pro výpočet této shody jsme byli nuceni se v první řadě vypořádat s nesterjně velkými týmy – porovnat pouhý průměr daného týmu, StaffCare (F), se sebehodnocením lídra, StaffCare (L), není z metodologického hlediska vhodné. Abychom redukovali tuto překážku, zmnožili jsme odpovědi lídrů podle počtu osob v jejich týmu (resp. počtu reálných osob, které z jeho týmu odpověděli). Následně jsme hypotézu ověřili korelační analýzou.

Výsledkem je, že se lídři shodují s hodnocením jejich podřízených kromě dvou vztahů: Vnímání (F) vs. Chování (L) a Hodnota (F) vs. Vnímání (L), kde se neprokázala statisticky významná korelace. Zbývající korelační koeficienty nabývají hodnot od $r=0,230$ ($\alpha=0,05$) do $r=0,388$ ($\alpha=0,01$). Dílčí korelační koeficienty jsou představeny v tabulce č. 12.

Tabulka 12 Výsledné korelační koeficienty: StaffCare (F) a StaffCare (L)

	1	2	3	4	5	6	7
1. StaffCare (F) Vnímání	–						
2. StaffCare (F) Hodnota	0,778**	–					
3. StaffCare (F) Chování	0,877**	0,803**	–				
4. StaffCare (F) Celkem	0,936**	0,860**	0,985**	–			
5. StaffCare (L) Vnímání	0,388**	0,207	0,293*	0,320**	–		
7. StaffCare (L) Hodnota	0,348**	0,252*	0,230*	0,275*	0,835**	–	
7. StaffCare (L) Chování	0,218	0,270*	0,249*	0,255*	0,711**	0,675**	–
8. StaffCare (L) Celkem	0,312**	0,272*	0,283*	0,302**	0,887**	0,838**	0,950**

Poznámka. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Doplňující výzkumná otázka č. 2: Jaké konkrétní vztahy existují mezi StaffCare (L) a situačním leadershipem, senioritou lídra, SelfCare (L), mírou stresu, kognitivní nezdolností, chováním typu A, životním stylem, subjektivně hodnoceným zdravotním stavem a zdravotními komplikacemi?

V rámci poslední výzkumné otázky jsme se zaměřili na vztahy mezi tím, jak se lídr hodnotí v oblasti leadershipu orientovaného na zdraví a dalšími proměnnými.

Ukazuje se, že existuje statisticky významný vztah mezi komponentou Vnímání a Mírou stresu ($r=0,525$, $p < 0,05$). Druhým statisticky významným vztahem je komponenta Hodnota a Zdravotní komplikace ($r=0,484$, $p < 0,05$). Poslední dva statisticky významné vztahy se pojí s komponentou SelfCare Hodnota. Ukazuje se, že existuje vztah mezi touto proměnnou a komponentou StaffCare Chování ($r=0,545$, $p < 0,05$) a celkovým výsledkem StaffCare ($r=0,507$, $p < 0,05$).

Žádné z dalších sledovaných vztahů se neprokázaly jako statisticky významné. Přehled všech korelačních koeficientů je uveden v tabulce č. 13.

dné korelační koeficienty: StaffCare (L) a vybrané proměnné

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. SelfCare Vnímání	—														
2. SelfCare Hodnota	0,280	—													
3. SelfCare Chování	0,797**	0,333	—												
4. SelfCare Celkem	0,892**	0,520*	0,953**	—											
5. Míra stresu	0,083	0,243	0,187	0,195	—										
6. Životní styl	0,213	0,416	0,311	0,168	-0,632**	—									
7. Chování typu A	-0,038	0,086	-0,129	-0,109	0,144	-0,318	—								
8. KZ	-0,050	0,584*	0,116	-0,078	-0,484*	0,601*	-0,195	—							
9. SUBJ	-0,265	0,226	-0,094	-0,201	-0,478	0,392	0,014	0,424	—						
10. ZDR	0,084	0,450	0,169	0,231	0,741**	-0,648**	0,314	-0,587*	-0,314	—					
11. SL	0,172	-0,129	0,354	0,243	-0,323	0,561*	0,046	0,377	0,061	-0,424	—				
12. Seniorita	-0,176	-0,232	-0,177	-0,219	-0,156	0,281	-0,091	0,299	-0,074	-0,350	0,164	—			
13. StaffCare Vnímání	0,068	0,334	0,141	0,182	0,525*	-0,356	-0,296	-0,088	-0,475	0,474	-0,374	-0,012	—		
14. StaffCare Hodnota	-0,086	0,352	0,071	0,090	0,445	-0,316	-0,357	-0,142	-0,451	0,484*	-0,388	0,279	0,844**	—	
15. StaffCare Chování	-0,204	0,545*	0,075	0,094	0,313	-0,366	-0,467	-0,055	-0,051	0,357	-0,208	-0,124	0,601*	0,618**	—
16. StaffCare Celkem	-0,115	0,507*	0,107	0,135	0,448	-0,399	-0,448	-0,088	-0,273	0,465	-0,323	-0,030	0,856**	0,840**	0,921**

Poznámka. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

KZ = kognitivní nezdolnost

SUBJ = subjektivně hodnocený zdravotní stav

ZDR = zdravotní komplikace

SL = situační leadership

4.5.5 Další vztahy

Skupina vedených osob

Vzhledem k tomu, že jsme poměrně značnou část teoretické části věnovali **pracovním podmínkám**, podíváme se nyní podrobněji, s čím dalším u vedených osob jednotlivé pracovní podmínky korelují.

Zůstaneme-li u konceptu Hol, konkrétně verze SelfCare, se kterou jsme v rámci validizace pracovní podmínky nekorelovali, docházíme k následujícím statisticky významným korelacím u těchto vztahů:

- Celkový výsledek SelfCare a proměnné Šikana ($r=0,284$), Spokojenost s vedením ($r=0,348$), Podpora od nadřízeného ($r=0,338$), Podpora od kolegů ($r=0,390$), Práce přes čas ($r=0,320$). U těchto proměnných nacházíme další statisticky významné vztahy i na úrovni dílčích komponent, viz tabulka č. 14.
- Sexuální obtěžování a komponenta Vnímání ($r=0,257$, $p<0,05$).
- Rovnováha mezi úsilím a odměnou a komponenta Chování ($r=0,260$, $p<0,05$).
- Nejistota práce a komponenta Chování ($r=0,253$, $p<0,05$).

Tabulka 14 Výsledné korelační koeficienty: SelfCare (F) a vybrané pracovní podmínky

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. SelfCare Vnímání	–							
2. SelfCare Hodnota	0,444**	–						
3. SelfCare Chování	0,617**	0,541**	–					
4. SelfCare Celkem	0,814**	0,689**	0,940**	–				
5. Šikana	0,232*	0,272*	0,242*	0,284*	–			
6. Spokojenost s vedením	0,272*	0,178	0,353**	0,348**	0,188	–		
7. Podpora od nadřízeného	0,232*	0,133	0,373**	0,338**	0,300**	0,817**	–	
8. Podpora od kolegů	0,256*	0,231*	0,413**	0,390**	0,368**	0,317**	0,425**	–
9. Práce přes čas	0,203	0,265*	0,318**	0,320**	-0,178	0,047	0,045	0,011

Poznámka. * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Dále jsme zjistili statisticky významnou korelaci mezi Mírou stresu a Rovnováhou mezi úsilím a odměnou ($r=-0,226$, $p<0,05$), Spokojeností s vedením ($r=-0,228$, $p<0,05$) a Nejistotou zaměstnání ($r=-0,228$, $p<0,05$).

Ukazuje se, že Životní styl statisticky významně koreluje pouze s Prací přes čas ($r=0,277$, $p<0,01$).

Kognitivní nezdolnost statisticky významně koreluje s Vlivem na chod práce ($r=0,281$, $p<0,05$), Rovnováhou mezi úsilím a odměnou ($r=0,262$, $p<0,05$) a Nejistotou zaměstnání ($r=0,330$, $p<0,01$).

Chování typu A statisticky významně koreluje s Typem pracovní smlouvy ($r=0,254$, $p<0,05$), Sexuálním obtěžováním ($r=-0,238$, $p<0,05$) a Podporou od kolegů ($r=-0,321$, $p<0,01$).

Se subjektivně hodnoceným zdravotním stavem pak statisticky významně koreluje Vliv na chod práce ($r=0,299$, $p<0,01$) a Šikana ($r=0,240$, $p<0,05$).

U zdravotních komplikací nebyl nalezen žádný statisticky významný vztah ani s jednou z pracovních podmínek.

Dále jsme se podívali na vztah mezi **StaffCare (F)** a Životním stylem, Chováním typu A a Kognitivní nezdolností. V této skupině se jako statisticky významný ukazuje vztah pouze s Kognitivní nezdolností, a to se všemi komponentami (od $r=0,320$ až $r=0,386$, $p<0,01$) i celkovým výsledkem z testu ($r=0,369$, $p<0,01$).

Významné vztahy na úrovni celého vzorku

Ukazuje se, že na obecné úrovni, tedy pro obě dvě skupiny dohromady, platí, že Subjektivně hodnocený zdravotní stav statisticky významně koreluje se Zdravotními komplikacemi ($r=-0,549$, $p<0,01$), Životní styl s Kognitivní nezdolností ($r=0,351$, $p<0,01$) a Chováním typu A ($r=-0,265$, $p<0,05$).

Dále se ukazuje, že **subjektivně hodnocený zdravotní stav** statisticky významně koreluje s Mírou stresu ($r=-0,543$, $p<0,01$), Životním stylem ($r=0,430$, $p<0,01$) a Kognitivní nezdolností ($r=0,326$, $p<0,01$).

Zdravotní komplikace statisticky významně korelují rovněž s Mírou stresu ($r=0,553$, $p<0,01$), Životním stylem ($r=-0,510$, $p<0,01$) a Kognitivní nezdolností ($r=-0,386$, $p<0,01$).

Míra stresu dále statisticky významně koreluje s komponentou SelfCare Chování ($r=-0,247$, $p<0,05$), celkovým výsledkem SelfCare ($r=-0,221$, $p<0,05$), Životním stylem ($r=-0,565$, $p<0,01$) a Kognitivní nezdolností ($r=-0,384$, $p<0,01$).

4.6 Diskuze

V rámci výzkumné části jsme se primárně věnovali ověření psychometrických údajů včetně validizačních studií metody HoL, konkrétně jejích tří verzí – SelfCare, StaffCare verze pro lídry a StaffCare verze pro vedené osoby. Jedná se o nástroj pro měření schopnosti lídra orientovat se na zdraví vedených osob (obě verze StaffCare) a současně i péči, s jakou se stará zaměstnanec o své vlastní zdraví (SelfCare). Představuje tedy možnost, jak důkladněji a přesněji pracovat s touto problematikou. Teorie, o kterou se tato metoda opírá, i metoda samotná, je podrobně popsána v teoretické části této práce. Všechny verze této metody sestávají ze tří komponent – Vnímání, Hodnota a Chování, přičemž každá z nich nese odlišnou informaci o přístupu ke zdraví. Při analýze dat a interpretaci jsme pracovali na úrovni každé komponenty zvlášť a pak se souhrnným výsledkem z dané verze metody HoL.

V prvním kroku jsme se zabývali položkovou analýzou a reliabilitou jednotlivých verzí a dílčích komponent. Výsledky z obou dvou analýz nám poskytují dostatečné informace k tomu, abychom tuto metodu HoL, resp. SelfCare, StaffCare verze pro lídry a StaffCare verze pro vedené osoby, označili za reliabilní a po položkové stránce za kvalitní psychodiagnostický nástroj.

V rámci posuzování validity jednotlivých verzí jsme k takto jednoznačným výsledkům nedospěli. S ohledem na komplexnost výzkumu, dva vzorky a odlišnosti v měřících nástrojích, strukturujeme diskuzi podle jednotlivých validizačních okruhů a doplňujících otázek, v rámci kterých se rovnou vyjádříme i k limitům a navrhovaným řešení.

Pro všechny tři verze jsme ověřovali **konstruktovou validitu**. *StaffCare verzi pro lídra* jsme porovnávali s příznivými pracovními podmínkami. Ze všech sledovaných pracovních podmínek, které jsme po ověření reliability a faktorové analýze nemohli z metodologického hlediska sloučit do jedné proměnné, souvisí s leadershipem orientovaným na zdraví pouze to, jak moc se kolegové mezi sebou podporují. Jinými slovy, čím více lídr vnímá sám sebe jako orientovaného na zdraví při vedení lidí, tím pozitivněji hodnotí vztahy mezi kolegy ve svém týmu. Zajímavým zjištěním je, že čím více lídr vnímá zdraví svých lidí jako hodnotu a čím je všímavější vůči jejich zdravotnímu stavu, tím více šikany na pracovišti vnímá. Dá se tedy předpokládat zvýšená citlivost u lídra orientovaného na zdraví vůči neadekvátnímu jednání na pracovišti. Dále jsme zjistili, že čím více je lídr všímavější vůči zdraví vedených osob, tím menší nejistotu práce zaměstnanci vnímají. Nejsme schopni na základě korelační analýzy usuzovat na kauzalitě, výše zmíněné interpretace jsou tedy utvořeny na základě našich předpokladů.

Je důležité zmínit, že v obou případech se jedná o sebehodnocení lídra v daných oblastech, což se může do jisté míry odlišovat od reálné situace (shodě mezi sebehodnocením lídra a hodnocením od vedených osob se budeme věnovat níže). Sice se Franke, Felfe a Pundt (2014) nevěnovali ve výzkumné studii přímo verzi StaffCare pro lídry, nicméně se domníváme, že i přes aspekt sebehodnocení by spolu měly výsledky ze StaffCare a hodnocení jednotlivých pracovních podmínek více korelovat. Důvody, proč tomu tak není, mohou být následující. V první řadě jsme pracovali s velmi malým vzorkem lídrů (N=17) – o velikosti tohoto vzorku pojednáme dále v textu. Dále je nutné poukázat na ten fakt, že lídr v hodnocení pracovních podmínek bral v úvahu všechny členy svého týmu dohromady. Tedy pokud vnímá u svých lidí rozdílnost na úrovni jednotlivých pracovních podmínek, mohlo pro něj být náročné stanovit jednu hodnotu a tím pádem je tato hodnota zavádějící. Naším doporučením pro realizaci výzkumu podobného charakteru je jednak navýšit počet lídrů a současně k mapování pracovních podmínek využít jiný nástroj, např. COPSOQII (NRCWE, 2017), který jsme se rozhodli pro jeho délku (resp. počet položek) s ohledem na již tak rozsáhlou testovou baterii nevyužít.

U verze *StaffCare pro vedené osoby* jsme konstruktovou validitu ověřovali rovněž pomocí porovnání hodnot StaffCare a míry příznivosti jednotlivých podmínek. Ani zde nám psychometrické náležitosti námi sestavených položek neumožnily sloučit dílčí hodnoty do souhrnného hrubého skóru, proto jsme pracovali v rámci analýzy dat s každou pracovní podmínkou zvlášť. Ukazuje se, že to, jak moc pozitivně hodnotí zaměstnanci svého lídra v oblasti leadershipu orientovaného na zdraví, souvisí s tím, zdali mají vliv na chod své práce, vnímají od něj podporu a jsou obecně spokojeni s jeho vedením, vnímají podporu od kolegů, na pracovišti se nevyskytuje šikana, je nastavena rovnováha mezi vynaloženým úsilím a získanou odměnou a zdali nemají strach ze ztráty aktuální pracovní pozice. Samozřejmě nelze na základě korelační analýzy usuzovat na kauzalitě. Nicméně vztahy mezi těmito proměnnými jsou významné.

Kde se nám naopak nepodařilo najít souvislost je míra sexuálního obtěžování, typ pracovní smlouvy, tempo práce a práce přes čas. Pracovní podmínka týkající se sexuálního obtěžování je specifická tím, že variabilita této položky je celkem nízká a značí na nízký výskyt tohoto jevu u zkoumaných týmů. Tato skutečnost odpovídá i výsledkům výzkumů na evropské úrovni (Eurofound, 2010). Nízká variabilita položky nám tedy neumožňuje provést kvalitní korelační analýzu. Problematika typu pracovní smlouvy do velké míry souvisí s tím, zdali jedinec vnímá dočasnou práci jako negativní (viz například výzkum autorů Nätti, Kinnunen, Mäkikangas

a Mauno, 2009), současně pouze 25 % z námi zkoumaných osob pracuje na dobu určitou (žádná z testovaných osob nepracuje na dohodu), takže zde pracujeme s relativně malým vzorkem osob, které spadají do „rizikové“ kategorie. Krom navýšení sledovaného vzorku se nám jeví jako schůdná i varianta nahradit sledování čistě jen typu smlouvy sledováním spokojenosti s typem pracovní smlouvy. K posledním dvěma pracovním podmínkám se vyjádříme současně – vysoké tempo práce totiž významně koreluje s prací přes čas. Domníváme se, že tempo práce nemusí být vždy odvislé od stylu vedení, respektive závislé na lídrovi, neboť v mnoha firmách určuje zaměstnancům množství práce přímo zákazník (interní či externí). Z důvodu, že byla do výzkumu zahrnuta taková oddělení jako je péče o zákazníky či řešení technických problémů ve firmě, je možné, že tato skutečnost měla vliv na sebraná data. Obecně však můžeme říci, že převážně nacházíme souvislosti mezi pracovními podmínkami a leadershipem orientovaným na zdraví. Verzi StaffCare pro vedené osoby lze tedy považovat z tohoto hlediska za validní.

Poslední verze *SelfCare*, neboli péče o vlastní zdraví v kontextu práce, byla rovněž posuzována z hlediska konstruktové validity. Na základě korelačních analýz lze hovořit o souvislosti mezi tím, jak moc pečujeme o své vlastní zdraví v kontextu pracovního prostředí (*SelfCare*) a jednak kvalitou našeho životního stylu (tzn. jak často sportujeme, jak kvalitně spíme, jíme, zdali kouříme apod.), dále s mírou kognitivní nezdolnosti (tzn. určitou odolností vůči nepříznivým životním situacím) a tendencí k chování typu A (tzn. sklony k netrpělivosti, vzteku apod.). Opět nelze usuzovat na kauzalitu, tedy zdali kvalitní životní styl, vysoká míra kognitivní nezdolnosti a nízká tendence k chování typu A má za následek vysoké hodnoty v *SelfCare*, či naopak. Nicméně určité vztahy se na úrovni jednotlivých komponent ukazují být významné. Na základě těchto výsledků označujeme tuto metodu za validní.

U ověřování **kriteriální validity** jsme se zaměřili pouze na verzi StaffCare pro vedené osoby, a to z důvodu, že pouze u této verze považujeme za důležité vymezit ji vůči určitým vnějším kritériím. V rámci analýzy jsme potvrdili souvislost mezi leadershipem orientovaným na zdraví a nižším výskytem prožívaného stresu u vedených osob (měřili jsme obecnou míru stresu, napříč pracovní či rodinnou rovinou, životním prostředím atd.). Co se nám nepodařilo potvrdit na zkoumaném vzorku je souvislost mezi leadershipem orientovaným na zdraví a subjektivně hodnoceným zdravotním stavem vedených osob a mírou jejich zdravotních komplikací. Současně je zde nutno uvést, že pokud vedené osoby hodnotí pozitivně svůj zdravotní stav, vyskytuje se u nich současně méně zdravotních komplikací. A dále pokud vykazují vyšší míru stresu, hodnotí méně pozitivně svůj zdravotní stav a potýkají se s více zdravotními komplikacemi. Mezi těmito proměnnými tedy významné vztahy existují. Je tedy otázkou, zdali

úroveň stresu určitým způsobem neupravuje vztah mezi leadershipem orientovaným na zdraví a zdravotním stavem. Ke zjištění této skutečnosti by byla zapotřebí další statistická analýza.

V kontextu tohoto jevu je důležité zmínit, že ani subjektivně hodnocený zdravotní stav či míra zdravotních komplikací na základě námi provedených analýz dle předpokladů významně nesouvisí se sledovanými pracovními podmínkami. Je tedy ke zvážení vhodnost zvolených metod pro měření těchto proměnných. Naším původním záměrem bylo využít zkrácenou verzi dotazníku COPSOQII (NRCWE, 2017), přestože se jedná o zkrácenu verzi, i tak obsahuje kolem 70 položek. Z důvodu využití relativně vysokého počtu metod jsme se rozhodli pro nejkratší možnou verzi, tedy jedna pracovní podmínka je sycena jednou položkou. Je tedy možné, že bychom při použití důkladnější a detailnější analýzy pracovních podmínek dospěli k odlišným závěrům. Stejně tak tomu bylo při posuzování zdravotního stavu – konkrétně toho objektivně měřitelného. Nebylo zcela možné žádat po probandech jejich zdravotní anamnézu, či je sledovat v delším časovém horizontu, jak tomu bylo u mnoha studií, které jsou uvedené v teoretické části (převážně se jedná o studie realizované v rámci tzv. IPD-Work konsorcia, viz Kivimäki, Singh-Manoux, Virtanen, Ferrie, Batty, & Rugulies, 2015). Byli jsme tedy omezeni sběrem dat v jeden moment, což nám znemožnilo posoudit zdravotní stav v jeho plné šíři. Kriteriaální validitu metody StaffCare můžeme potvrdit tedy jen částečně.

Kromě ověřování psychometrických údajů jsme se zaměřili na další dvě oblasti, které jsme shledali v kontextu naší práce jako přínosné. Vzhledem k tomu, že jsme sbírali data ohledně leadershipu orientovaného na zdraví jak z pohledu samotného lídra (tedy sebehodnocení), tak ze strany vedených osob, bylo možné následně provést analýzu, skrz kterou jsme porovnali, zdali se v hodnocení tyto dvě skupiny shodují. Z metodologického hlediska jsme nevyváženost obou dvou vzorků a nestejnou velikost týmů vyřešili tím, že jsme zmnožili počet odpovědí lídra podle počtu jím vedených osob, které se výzkumu účastnili. Výsledky korelačních analýz nám pak dávají informaci o tom, že se lídr ve svých odpovědích, tedy v tom, jak se vnímá v oblasti leadershipu orientovaného na zdraví, shoduje s posouzením od vedených osob. Lídři se s vedenými osobami shodují na úrovni jednotlivých komponent i celkového výsledku testu. Toto je podstatná informace pro následné využití testu. Zřejmě by bylo časově neefektivní využívat vždy obou dvou pohledů. Na základě této analýzy bychom mohli dospět k závěru, že lze použít vždy buď jen verzi StaffCare pro lídra nebo StaffCare pro vedenou osobu za účelem zjištění míry leadershipu orientovaného na zdraví u daného lídra. Je však důležité zmínit, že jak lídr, tak vedené osoby v rámci tohoto výzkumu věděli o sobě, že vyplňují podobný test. Domníváme se, že by tato skutečnost mohla mít vliv na hodnocení, minimálně na

sebehodnocení u lídra. Očekáváme totiž, že v případě situace, kdy se výzkumu účastní jen lídři, by mohli dosahovat vyšších hodnot. Vzhledem k tomu, že test není vybaven lži skórem či ošetřen jiným způsobem proti profilování se, mohlo by dojít ke zkreslení reálné situace.

Posledním tématem, kterým jsme se v rámci analýz zabývali, bylo, jaké vztahy s dalšími jevy se vyskytují u lídrů v kontextu jejich schopnosti vést druhé lidi s ohledem na jejich zdraví. Zjistili jsme, že v případě prožívání vyšší míry stresu se současně lídr hodnotí vysoko v rámci komponenty Vnímání. Bylo by možné se tedy domnívat, že samotné prožívání stresu určitým způsobem zcitlivuje lídra na péči o zdraví jím vedených osob. Opět nedokážeme s jistotou hovořit o kauzalitě. Je tedy i možné, že čím více dbá lídr o zdraví svých podřízených, tím více je ve stresu. Tento jev by byl hoděn dalšího zkoumání, neboť se jedná o zajímavý vztah. Dalším zajímavým výsledkem je souvislost vyšších hodnot u komponenty Hodnota a vyšší míry zdravotních komplikací. Pokud budeme hovořit ve stejné logice jako v předchozím případě, zdravotní komplikace lídra by mohly mít pozitivní vliv na to, jak moc vnímá zdraví svých lidí jako hodnotné. Tedy pokud se u něj vyskytují zdravotní komplikace, tím spíše považuje za důležité tomu věnovat pozornost u druhých lidí. Korelace, které vyšly z analýzy dat, jsou relativně vysoké na tak malý vzorek, i proto tomu přikládáme takovou váhu a doporučujeme k dalšímu zkoumání.

Na základě provedených analýz jsme si současně povšimli dalších významných a zajímavých vztahů. Pracovní podmínky nekorelují pouze s verzí StaffCare pro vedené osoby, jak jsme si uvedli v rámci konstruktové validity. Ukazuje se, že korelují i se SelfCare vedených osob. Současně verze StaffCare pro vedené osoby koreluje se SelfCare. Znamená to tedy, že když vedené osoby pozitivně hodnotí svého lídra jako orientovaného na jejich zdraví, hodnotí současně i sami sebe jako pečující o své zdraví. I zde by byl prostor pro důkladnější analýzu, která by poodkryla, v jakém vztahu jsou mezi sebou pracovní podmínky a obě dvě verze, a co má větší vliv na posouzení leadershipu orientovaného na zdraví. Další možností je do této analýzy přidat ještě míru prožívaného stresu, neboť ta koreluje jak s oběma verzemi HoLu, tak s některými pracovními podmínkami. Lze tedy očekávat, že bude určitým způsobem upravovat hodnocení leadershipu orientovaného na zdraví.

Porovnáme-li výsledky s validizační studií Franke, Felfe a Pundta (2014), kterým jsme se věnovali v teoretické části, nedocházíme k tak jednoznačným výsledkům jako tito autoři. Na porovnání s touto validizační studií si nyní představíme hlavní přínosy a limity naší studie.

Prvním aspektem může být samotný výběr probandů. S ohledem na předesílanou délku vyplňování celé testové baterie (cca 1,5 hodiny u lídrů a 1 hodina u vedených osob) se domníváme, že námi oslovení HR pracovníci vybrali v první řadě takové manažery, kteří jsou ochotní věnovat se důkladně tématu týkajícího se zdraví a pracovního prostředí. Předpokládáme, že tato skupina bude obecně dosahovat lepších výsledků. Někteří manažeři v případě většího týmu pak neoslovili ani všechny členy, ale vybrali jen některé. Opět tento výběr může do jisté míry zkreslovat naše výsledky (například shodu v hodnocení mezi lídrem a vedenými osobami).

Druhým limitem této studie je velikost vzorku. Oproti původní validizační studii, do které bylo zahrnuto v rámci první studie 535 a v rámci druhé 383 pracovníků, jsme pracovali s celkovým vzorkem 93 osob (17 lídrů a 76 vedených osob). Je současně důležité zmínit, že i navzdory menšímu počtu probandů se některé korelace ukázaly jako velmi statisticky významné, což výsledky umocňuje. Chtěli jsme se v rámci tohoto výzkumu zaměřit na celé týmy a mít tak možnost porovnat hodnocení mezi lídrem a vedenými osobami. Je tedy možné, že by se do výzkumu zapojilo více manažerů (lídrů), kdybychom pracovali pouze s manažerskou populací bez nutnosti zapojit do výzkumu celý tým.

Z hlediska širší využitelnosti nástroje by bylo vhodné zaměřit se i na další oblasti ve službách, případně rozšířit výzkum například do výrobních podniků, kde je i vyšší pravděpodobnost úrazovosti a leadership orientovaný na zdraví se tak dostává do dalších rozměrů. V rámci této práce jsme se zaměřili na užší okruh služeb (telekomunikace, pojišťovnictví, bankovníctví, energetické služby, pronájem vozidel, kosmetika). Výsledky, ke kterým jsme dospěli jsou tedy použitelné pro podobně velké firmy z podobných odvětví.

Jak jsme již uvedli výše, domníváme se, že námi zvolené a vytvořené nástroje pro měření pracovních podmínek a zdravotních komplikací mohly rovněž do určité míry ovlivnit výsledky našich analýz. Autoři Franke, Felfe a Pundt (2014) obecně použili k mapování některých proměnných odlišné metody, některé z nich nejsou veřejně přístupné, tudíž jsme z nich ani nemohli minimálně vycházet, či je použít v plném rozsahu. Současně i s ohledem na rozsah výzkumu jsme se rozhodli pro námi vytvořené metody, neboť nám umožnily během krátké doby zjistit důležité informace.

Hlavní přínos tohoto výzkumu shledáváme jednak v ověření, že lze metodu HoL využívat i v českém pracovním prostředí. Současně výsledky podávají základní pohled na problematiku leadershipu orientovaného na zdraví. Vzhledem k tomu, že existuje v tuto chvíli kvalitní nástroj

pro mapování leadershipu orientovaného na zdraví, je naším doporučením pro další výzkumy podívat se detailněji na následující vztahy.

U skupiny vedených osob by bylo zajímavé zjistit, jaké konkrétní souvislosti existují mezi tím, jak dané osoby vnímají míru leadershipu orientovaného na zdraví u svých nadřízených, vlastním prožíváním stresu a zdravotním stavem. Toto zjištění by pomohlo lépe porozumět tomu, nakolik je leadership orientovaný na zdraví skutečně klíčový pro výsledný zdravotní stav jedinců.

V rámci skupiny lídrů doporučujeme zaměřit se na konsekvence plynoucí z vyšší míry stresu – v jakém smyslu má tato proměnná vliv na lídrovu orientaci na zdraví jím vedených osob. Závěry z této analýzy by napomohly zjištění, do jaké míry je lídr ovlivněn vlastním prožíváním při vedení druhých osob. Případně lze analýzu doplnit o osobnostní dotazník a podívat se, zdali existují i z tohoto hlediska odlišnosti.

Jako poslední navrhuje detailněji se věnovat provázanosti míry stresu, pracovních podmínek, péče o vlastní zdraví a hodnocení nadřízeného z hlediska leadershipu orientovaného na zdraví. Tento příspěvek by mohl podhalit, zdali se hodnocení pracovních podmínek a prožívání stresu odvíjí více od postoje samotného člověka, či má lídr nějakou možnost do tohoto procesu skrze své chování vstoupit.

Závěr

Tato práce přiblížila stěžejní myšlenky a výsledky výzkumů napříč problematikou leadershipu a lidského zdraví. Ukazuje se, že ať už se jedná o změny na celospolečenské úrovni (hodnoty, vývoj technologií), na úrovni jednotlivých firem (např. zplošťování hierarchie), či změny na úrovni jednotlivců (vyšší míra vzdělanosti, změny v očekávání zaměstnanců od svého manažera / lídra), je to právě lídr, který pociťuje promítání těchto změn do své vlastní role. Je důležité si uvědomit, že lídr se musí nejen vyrovnat se všemi změnami, ale zároveň musí umět vést lidi při změnových procesech, kterými firmy v posledních letech procházejí čím dál tím častěji – a to, zdali se jim daří změny implementovat, je vysoce závislé na schopnostech lídrů (Kotter & Heskett, 1992, podle Kim & McLean, 2015). Navíc se do popředí dostává tematika pracovního prostředí jakožto klíčové determinanty lidského zdraví. Odborná veřejnost se tedy začala zabývat otázkou, jakou roli v této problematice hraje samotný lídr, konkrétně do jaké míry a jakým způsobem lze skrze leadership ovlivňovat zdraví zaměstnanců.

Lídr je v oblasti zdraví pro své následovníky důležitým vzorem, proto je podstatné, aby ke zdraví svých podřízených zaujímal kladný postoj a obecně měl hodnotu zdraví umístěnu spíše na vrchních příčkách hodnotového žebříčku. Neméně důležitá je i určitá schopnost lídra vnímat, kdy se jeho lidé dostávají pod tlak, a následně skrze své chování umět tento tlak mírnit. V neposlední řadě by měl lídr umět těmto situacím předcházet a upravovat pracovní podmínky tak, aby co nejvíce snížil jejich negativní dopad na zdraví pracovníků. Je současně vhodné, aby lídr měl v těchto ohledech podporu od dané firmy. Pracovní podmínky totiž skutečně představují riziko pro lidské zdraví, a rovněž styl vedení je do velké míry spojován minimálně s psychickou pohodou zaměstnanců. Co se týče pracovních podmínek, zde se za nejvíce rizikové po prostudování dostupné literatury jeví pracovní zátěž (spojení nízké volnosti v rozhodování a vysokých požadavků), práce přes čas, obavy ze ztráty zaměstnání a nerovnováha mezi vynaloženým úsilím a získanou odměnou.

Díky metodě HoL, kterou jsme podrobně představili v teoretické části a následně použili pro realizaci výzkumu v empirické části, jsme však zjistili, že příznivost pracovních podmínek nesouvisí jen s leadershipem orientovaným na zdraví, ale i s tím, jak moc pečuje o své zdraví v kontextu pracovního prostředí samotný pracovník. Metoda HoL totiž obsahuje tři verze – StaffCare mapuje leadership orientovaný na zdraví jednak z pohledu lídra, ale i z pohledu vedených osob a SelfCare se zaměřuje na péči o vlastní zdraví v rámci pracovního prostředí. Mimo jiné se nám podařilo prokázat, že jsou tyto verze po položkové stránce kvalitní a také reliabilní. Co se týče validity, verze StaffCare pro lídry a StaffCare pro vedené osoby jsme

z hlediska konstruktové validity porovnávali s jednotlivými pracovními podmínkami – s některými obě verze korelují, s některými nikoliv. Verzi SelfCare jsme porovnávali s životním stylem, kognitivní nezdolností a tendencí k chování typu A, souhrnně lze říci, že po této stránce je SelfCare validní. Poslední ověřovanou validitou byla kriteriální validita verze StaffCare pro vedené osoby – zde jsme se dospěli k závěru, že verze koreluje s mírou stresu, se zdravotním stavem však nikoliv. Více jsou výsledky komentovány v kapitole 4.6 Diskuze.

Mimo péči o zdraví ze strany lídra zastávají mnohdy tuto funkci přímo firmy, potažmo nadnárodní organizace. Ty vznikly v posledních desetiletích a mají za úkol mapovat a podporovat zdraví jedinců na pracovišti (např. Evropská nadace pro zlepšování životních a pracovních podmínek či Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci). Pomocí různých kampaní či soutěží motivují jednotlivé firmy, aby se více zabývaly tematikou zdravotního stavu svých zaměstnanců.

Přestože jsou lídr a styl jeho leadershipu důležitým faktorem ovlivňujícím zdravotní stav zaměstnanců, nebylo zatím přesně zmapováno, o jak velký vliv se vlastně jedná. Dalším podnětným krokem v oblasti studia leadershipu a zdraví by proto mohla být realizace výzkumu, který by se v první řadě zaměřil na větší a různorodější vzorek pracovníků, a který by umožnil určit, zdali se z největší části podílí na zdravotním stavu jedince přístup lídra, podpora od firmy nebo vlastní postoj. Takovýto rozsáhlejší a podrobnější výzkum by vnesl do této problematiky další úhel pohledu a pomohl by zodpovědět na otázku, jak zásadním koncept leadershipu orientovaného na zdraví vlastně je.

Seznam použité literatury

- Aboa-Éboulé, C., Brisson, C., Maunsell, E., Bourbonnais, R., Vézina, M., Milot, A., & Dagenais, G. R. (2011). Effort-reward imbalance at work and recurrent coronary heart disease events: A 4-year prospective study of post-myocardial infarction patients. *Psychosomatic Medicine*, 73(6), 436-447.
- Angrave, D., Charlwood, A., & Wooden, M. (2014). Working time and cigarette smoking: Evidence from Australia and the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 112, 72-79.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2002). Work environment and health in different types of temporary jobs. *European Journal Of Work And Organizational Psychology*, 11(2), 151-175.
- Avolio, B. J., & Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 315-338.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- Benach, J., Amable, M., Muntaner, C., & Benavides, F. G. (2002). The consequences of flexible work for health: Are we looking at the right place?. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 56(6), 405-406.
- Benach, J., Benavides, F.G., Platt, S., Diez-Roux, A., & Muntaner, C. (2000). The healthdamaging potential of new types of flexible employment: a challenge for public health researchers. *American Journal of Public Health*, 90 (8), 1316-1317.
- Blake, R. R., & Mouton, J. S. (1968). *Corporate excellence through grid organization development*. Houston, TX: Gulf Publishing Company.
- Blaxter, M. (2010). *Health*. Cambridge: Polity.
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review Of Public Health*, 32(1), 381-398.
- Břicháček, V. (1999). Zdraví jako biosociální jev. In J. Dunovský (Ed.), *Sociální pediatrie* (pp. 27-32). Praha: Grada.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.

- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1994). Charismatic leadership in organizations: Perceived behavioral attributes and their measurement. *Journal Of Organizational Behavior*, 15(5), 439-452.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up, Part 2*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Získáno 10.2.2017 z http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf.
- Dinh, J. E., Lord, R. G., Gardner, W. L., Meuser, J. D., Liden, R. C., & Hu, J. (2014). Leadership theory and research in the new millennium: Current theoretical trends and changing perspectives. *The Leadership Quarterly*, 25(1), 36-62.
- Emslie, C., Hunt, K., Macintyre, S., Rogers, W. H., Pieper, C. F., & Duncan, G. (1999). Problematizing gender, work and health: The relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science*, 48(1), 33-48.
- ENWHP. (2007). *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion*. Získáno 20.2.2017 z http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf.
- Eriksson, A., Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2011). Health promoting leadership – Different views of the concept. *Work: Journal Of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 40(1), 75-84.
- EU-OSHA. (2014). *ESENER-2*. Získáno 20.2.2017 z <https://osha.europa.eu/en/surveys-and-statistics-osh/esener/2014>.
- EU-OSHA. (2017a). *Zdravé pracoviště pro všechny bez rozdílu věku 2016-17*. Získáno 20.2.2017 z <https://healthy-workplaces.eu/cs>.
- EU-OSHA. (2017b). *Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci*. Získáno 20.2.2017 z <https://osha.europa.eu/cs>.
- EU-OSHA. (2017c). *Evropský průzkum podniků na téma nových a vznikajících rizik (ESENER)*. Získáno 20.2.2017 z <https://osha.europa.eu/cs/surveys-and-statistics-osh/esener>.

EU-OSHA. (2017d). *Evropské průzkumy veřejného mínění o BOZP*. Získáno 20.2.2017 z <https://osha.europa.eu/cs/surveys-and-statistics-osh/european-opinion-polls-safety-and-health-work>.

EU-OSHA. (2017e). *Directive 89/391/EEC - OSH "Framework Directive"*. Získáno 20.2.2017 z <https://osha.europa.eu/cs/legislation/directives/the-osh-framework-directive/1>.

Eurofound. (2010). *European Working Conditions Survey 2010*. Získáno 20.2.2017 z <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/data-visualisation/european-working-conditions-survey-2010>.

Eurofound. (2012a). *Health and well-being at work: A report based on the fifth European Working Conditions Survey*. Dublin. Získáno 10.2.2017 z http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1302en.pdf.

Eurofound. (2012b). *European Quality of Life Survey 2012*. Získáno 20.2.2017 z <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/data-visualisation/european-quality-of-life-survey-2012>.

Eurofound. (2015a). *Evropské průzkumy společností (ESC)*. Získáno 20.2.2017 z <https://www.eurofound.europa.eu/cs/surveys/european-company-surveys>.

Eurofound. (2015b). *Průzkumy kvality života v Evropě (EQLS)*. Získáno 20.2.2017 z <https://www.eurofound.europa.eu/cs/surveys/european-quality-of-life-surveys>.

Eurofound. (2015c). *Průzkumy pracovních podmínek v Evropě (EWCS)*. Získáno 20.2.2017 z <https://www.eurofound.europa.eu/cs/surveys/european-working-conditions-surveys>.

Eurofound. (2015d). *Sixth European Working Conditions Survey 2015*. Získáno 20.2.2017 z <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/data-visualisation/sixth-european-working-conditions-survey-2015>.

Eurofound. (2015e). *First findings: Sixth European Working Conditions Survey*. Získáno 20.2.2017 z http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1568en.pdf.

- Eurofound. (2017). *Evropská nadace pro zlepšování životních a pracovních podmínek*. Získáno 20.2.2017 z <https://www.eurofound.europa.eu/cs>.
- Fiedler, F. E. (1964). A contingency model of leadership effectiveness. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 149-190). New York: Academic Press.
- Fiedler, F. E. (1971). Validation and extension of the contingency model of leadership effectiveness: A review of empirical findings. *Psychological Bulletin*, 76(2), 128-148.
- Fiedler, F. E., & Garcia, J. E. (1987). *New approaches to leadership: Cognitive resources and organizational resource*. New York: John Wiley & Sons.
- Fleishman, E. A., & Harris, E. F. (1962). Patterns of leadership behavior related to employee grievances and turnover. *Personnel Psychology*, 15(1), 43-56.
- Flintrop, J. (2013). *The importance of good leadership in occupational safety and health*. Získáno 20.2.2017 z https://oshwiki.eu/wiki/The_importance_of_good_leadership_in_occupational_safety_and_health.
- Franke, F., Felfe, J., & Pundt, A. (2014). The impact of health-oriented leadership on follower health: Development and test of a new instrument measuring health-promoting leadership. *Zeitschrift Für Personalforschung*, 28(1-2), 139-161.
- Fransson, E. I., Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Zins, M., Westerlund, H., Westerholm, P., et al. (2012b). Job strain as a risk factor for leisure-time physical inactivity: An individual-participant meta-analysis of up to 170,000 men and women. *American Journal Of Epidemiology*, 176(12), 1078-1089.
- Fransson, E. I., Nyberg, S. T., Heikkilä, K., Alfredsson, L., Bacquer, D. D., Batty, G. D., et al. (2012a). Comparison of alternative versions of the job demand-control scales in 17 European cohort studies: the IPD-Work consortium. *BMC Public Health*, 12(1), 62-70.
- Fransson, E. I., Nyberg, S. T., Heikkilä, K., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., Borritz, M., et al. (2015). Job strain and the risk of stroke: A meta-analysis. *Stroke*, 46, 557-559.
- French, J. R., & Raven, B. (1962). The bases of social power. In D. Cartwright (Ed.), *Group Dynamics: Research and Theory* (pp. 259-269). New York: Harper and Row.

- Gebel, M., & Voßemer, J. (2014). The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach. *Social Science & Medicine*, 108, 128-136.
- Glavas, A., & Mish, J. (2015). Resources and capabilities of triple bottom line firms: Going over old or breaking new ground?. *Journal Of Business Ethics*, 127(3), 623-642.
- Graen, G. B., & Uhl-Bien, M. (1991). The transformation of work group professionals into self-managing and partially self-designing contributors: Toward a theory of leadership-making. *Journal of Management Systems*, 3(3), 25-39.
- Gurt, J., Schwennen, C., & Elke, G. (2011). Health-specific leadership: Is there an association between leader consideration for the health of employees and their strain and well-being?. *Work & Stress*, 25(2), 108-127.
- Heikkilä, K., Madsen, I. E. H., Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Ahola, K., Alfredsson, L., et al. (2014a). Job strain and COPD exacerbations: An individual-participant metaanalysis. *Eur Respir J.*, 44, 247-251.
- Heikkilä, K., Madsen, I. E. H., Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Ahola, K., Alfredsson, L., et al. (2014c). Job strain and the risk of inflammatory bowel diseases: Individual-participant meta-analysis of 95 000 men and women. *PLoS ONE*, 9(2), 1-7 (e88711).
- Heikkilä, K., Madsen, I. E. H., Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Westerlund, H., Westerholm, P. J. M., et al. (2014b). Job strain and the risk of severe asthma exacerbations: A meta-analysis of individual-participant data from 100 000 european men and women. *Allergy*, 69(6), 775-783.
- Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., De Bacquer, D., Bjorner, J. B., et al. (2012a). Job strain and tobacco smoking: An individual-participant data meta-analysis of 166 130 adults in 15 european studies. *PLoS One*, 7(7), 1-7 (e35463).
- Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., De Bacquer, D., Bjorner, J. B., et al. (2012b). Job strain and alcohol intake: A collaborative meta-analysis of individual-participant data from 140 000 men and women. *PLoS ONE*, 7(7), 1-7 (e40101).
- Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Madsen, I. E. H., de Vroome, E., Alfredsson, L., Bjorner, J. J., et al. (2016). Long working hours and cancer risk: A multi-cohort study. *British Journal of Cancer*, 114(7), 813–818.

- Hentrich, S., Zimmer, A., Garbade, S. F., Gregersen, S., Nienhaus, A., & Petermann, F. (2016). Relationships between transformational leadership and health: The mediating role of perceived job demands and occupational self-efficacy. *International Journal Of Stress Management*, 24(1), 34-61.
- Hersey, P., Blanchard, K. H., & Johnson, D. E. (2008). *Management of organizational behavior: Leading human resources*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Higgs, M. (2003). How can we make sense of leadership in the 21st century?. *Leadership & Organization Development Journal*, 24(5), 273-284.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing Conservation of Resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50(3), 337-370.
- House, R. J. (1971). A Path Goal Theory of leader effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 16(3), 321-339.
- Houtman, I. (2007). Work-related stress. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Získáno 20.2.2017 z http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/ewco/reports/TN0502TR01/TN0502TR01.pdf.
- Hu, S., & Zhong, H. (2015). Relationship between job insecurity and job well-being: Moderating effect of perceived employability. *Chinese Journal Of Clinical Psychology*, 23(2), 321-325.
- Chu, C., Breucker, G., Harris, N., Stitzel, A., Gan, X., Gu, X., & Dwyer, S. (2000). Health-promoting workplaces – international settings development. *Health Promotion International*, 15(2), 155-67.
- Ibrahim, S., Smith, P., & Muntaner, C. (2009). A multi-group cross-lagged analyses of work stressors and health using Canadian National sample. *Social Science & Medicine*, 68(1), 49-59.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health & Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Janošová, K., Kožená, L., & Lipšová, V. (2015). *Deset let soutěže Podnik podporující zdraví*. Praha: Státní zdravotní ústav.

- Judge, T. A., Bono, J. E., Ilies, R., & Gerhardt, M. W. (2002). Personality and leadership: A qualitative and quantitative review. *Journal Of Applied Psychology*, 87(4), 765-780.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Keim, A. C., Landis, R. S., Pierce, C. A., & Earnest, D. R. (2014). Why do employees worry about their jobs? A meta-analytic review of predictors of job insecurity. *Journal Of Occupational Health Psychology*, 19(3), 269-290.
- Kelly, L., & Finkelman, J. M. (2011). The psychologist manager: Uniquely qualified to address 21st-century leadership challenges?. *The Psychologist-Manager Journal*, 14(3), 196-210.
- Kerr, S., & Jermier, J. M. (1978). Substitutes for leadership: Their meaning and measurement. *Organizational Behavior and Human Performance*, 22, 375–403.
- Kim, J., & McLean, G. N. (2015). An integrative framework for global leadership competency: Levels and dimensions. *Human Resource Development International*, 18(3), 235-258.
- Kivimäki, M., Batty, G. D., Ferrie, J. E., & Kawachi, I. (2014). Cumulative Meta-analysis of Job Strain and CHD. *Epidemiology*, 25(3), 464–465.
- Kivimäki, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., Singh-Manoux, A., Fransson, E. I., Alfredsson, L., et al. (2015b). Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: A systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet*, 386, 1739-1746.
- Kivimäki, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., et al. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*, 380, 1491–1497.
- Kivimäki, M., Singh-Manoux, A., Nyberg, S., Jokela, M., & Virtanen, M. (2015). Job strain and risk of obesity: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Obesity*, 39(11), 1597–1600.
- Kivimäki, M., Singh-Manoux, A., Virtanen, M., Ferrie, J. E., Batty, G. D., & Rugulies, R. (2015). IPD-Work consortium: Pre-defined meta-analyses of individual-participant data

strengthen evidence base for a link between psychosocial factors and health. *Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health*, 41(3), 312-321.

Kivimäki, M., Virtanen, M., Kawachi, I., Nyberg, S. T., Alfredsson, L., Batty, G. D., et al. (2015a) Long working hours, socioeconomic status and the risk of incident type 2 diabetes: A meta-analysis of published and unpublished data from 222 120 individuals. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 3, 27–34.

Kranabetter, C., & Niessen, C. (2016). Managers as role models for health: Moderators of the relationship of transformational leadership with employee exhaustion and cynicism. *Journal Of Occupational Health Psychology*, 1, 1-11.

Kreitner, R., & Kinicki, A. (1989). *Organizational behavior*. Homewood: Richard D. Irwin, Inc.

Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

László, K. D., Pikhart, H., Kopp, M. S., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., et al. (2010). Job insecurity and health: A study of 16 European countries. *Social Science & Medicine*, 70(6), 867-874.

Lipšová, V., Šamánek, J., & Vavřinová, J. (2005). *Kriteria kvality podpory zdraví na pracovišti*. Praha: Státní zdravotní ústav. Získáno dne 20.2.2017 z http://www.szu.cz/uploads/documents/cpl/podpora_zdravi/2016/kriteria_kvality_podpory_zdravi_na_pracovisti_manual.doc.

Loerbroks, A., Bosch, J. A., Douwes, J., Angerer, P., & Li, J. (2014). Job insecurity is associated with adult asthma in Germany during Europe's recent economic crisis: A prospective cohort study. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 68(12), 1196-1199.

Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lira, S., Shibuya, K., Aboyans, V., et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2095-2128.

Mann, R. D. (1959). A review of the relationships between personality and performance in small groups. *Psychological Bulletin*, 56(4), 241-270.

Marques, J. (2015). The changed leadership landscape: What matters today. *The Journal of Management Development*, 34(10), 1310-1322.

- Mastroianni, K., & Storberg-Walker, J. (2014). Do work relationships matter? Characteristics of workplace interactions that enhance or detract from employee perceptions of well-being and health behaviors. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 798–819.
- McDonald, P. (2012). Workplace sexual harassment 30 years on: A review of the literature. *International Journal Of Management Reviews*, 14(1), 1-17.
- McGregor, D. (1960) *The human side of enterprise*. New York: McGraw Hill.
- Mehra, A., Smith, B. R., Dixon, A. L., & Robertson, B. (2006). Distributed leadership in teams: The network of leadership perceptions and team performance. *The Leadership Quarterly*, 17(3), 232-245.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *The Academy Of Management Review*, 21(4), 986-1010.
- Morrison, A. J. (2000). Developing a Global Leadership Model. *Human Resource Management*, 39(2–3), 117–131.
- Muhrová, B. (2013). *Styly vedení: teoretické přístupy a identifikace stylů* (Bakalářská práce). Praha: Univerzita Karlova.
- Nätti, J., Kinnunen, U., Mäkikangas, A., & Mauno, S. (2009). Type of employment relationship and mortality: Prospective study among Finnish employees in 1984–2000. *European Journal Of Public Health*, 19(2), 150-156.
- Netemeyer R. G., Boles J. S., & McMurrian R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, 81, 400-410.
- Niedhammer, I., Tek, M., Starke, D., & Siegrist, J. (2004). Effort-reward imbalance model and self-reported health: Cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1531-1541.
- Northouse, P. (2012). *Leadership: Theory and Practice*. Los Angeles: Sage.
- Novela č. 107. (2013). *Novela č. 107/2013 Sb. vyhlášky č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli*. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.

- Novelli, L. J., & Taylor, S. (1993). The context for leadership in 21st-century organizations: A role for critical thinking. *The American Behavioral Scientist*, 37(1), 139-147.
- Nowack, K. M. (2006). *Stress profile*. Praha: Testcentrum.
- NRCWE. (2017). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSQ II*. Získáno 20.2.2017 z <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/publikationer/spoergeskemaer/psykisk-arbejdsmiljoe>.
- Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Ahola, K., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., et al. (2014). Job strain as a risk factor for type 2 diabetes: A pooled analysis of 124,808 men and women. *Diabetes Care*, 37(8), 2268-2275.
- Parks, J. M., Kidder, D. L., & Gallagher, D. G. (1998). Fitting square pegs into round holes: Mapping the domain of contingent work arrangements onto the psychological contract. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 697-730.
- Pirani, E., & Salvini, S. (2015). Is temporary employment damaging to health? A longitudinal study on Italian workers. *Social Science & Medicine*, 124, 121-131.
- Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Polivka, A. E., & Nardone, T. (1989). On the definition of "contingent work". *Monthly Labor Review*, 112(12), 9-16.
- Preckel, D., Meinel, M., Kudielka, B. M., Haug, H., & Fischer, J. E. (2007). Effort-reward-imbalance, overcommitment and self-reported health: Is it the interaction that matters?. *Journal Of Occupational And Organizational Psychology*, 80(1), 91-107.
- Rozehnalová, E. (2012). Vývoj a psychometrické vlastnosti LJI. In V. Havlůj (Ed.), *Leadership Judgement Indicator - LJI (test stylů vedení)* (pp. 48-55). Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Rozehnalová, E., & Havlůj, V. (2012). Dotazník Leadership Judgement Indicator jako trenažér situačního leadershipu. In R. Bahbouh, E. Rozehnalová, & V. Sailerová (Eds.), *Nové pohledy psychodiagnostiky* (pp. 38-50). Praha: Qed Group, a.s.
- Rydstedt, L. W., Head, J., Stansfeld, S. A., & Woodley-Jones, D. (2012). Quality of workplace social relationships and perceived health. *Psychological Reports*, 110(3), 781-790.

- Sanne, B., Torp, S., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ): Factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 33(3), 166-174.
- Shain, M., & Kramer, D. M. (2004). Health promotion in the workplace: Framing the concept; reviewing the evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(7), 643-8.
- Schmidt, B., Loerbroks, A., Herr, R. M., Wilson, M. G., Jarczok, M. N., Litaker, D., et al. (2014). Associations between supportive leadership and employees self-rated health in an occupational sample. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 21(5), 750-756.
- Siegrist, J. (2010). Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases. *International Journal Of Occupational Medicine And Environmental Health*, 23(3), 279-285.
- Silla, I., De Cuyper, N., Gracia, F. J., Peiró, J. M., & De Witte, H. (2009). Job insecurity and well-being: Moderation by employability. *Journal Of Happiness Studies*, 10(6), 739-751.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, 24(2), 107-139.
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada.
- Stock, S. R., & Tissot, F. (2012). Are there health effects of harassment in the workplace? A gender-sensitive study of the relationships between work and neck pain. *Ergonomics*, 55(2), 147-159.
- Stogdill, R. M. (1948). Personal factors associated with leadership; a survey of the literature. *Journal Of Psychology: Interdisciplinary And Applied*, 25, 35-71.
- Stogdill, R. M. (1974). *Handbook of leadership: A survey of the literature*. New York: Free Press.
- Strazdins, L., D'Souza, R. M., L.-Y. Lim, L., Broom, D. H., & Rodgers, B. (2004). Job strain, job insecurity, and health: Rethinking the relationship. *Journal Of Occupational Health Psychology*, 9(4), 296-305.

- Sverke, M., & Hellgren, J. (2002). The nature of job insecurity: Understanding employment uncertainty on the brink of a new millennium. *Applied Psychology: An International Review*, 51(1), 23-42.
- Sverke, M., Hellgren, J., & Näswall, K. (2002). No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal Of Occupational Health Psychology*, 7(3), 242-264.
- Treiber, L. A., & Davis, S. N. (2012). The role of 'workplace family' support on worker health, exhaustion and pain. *Community, Work & Family*, 15(1), 1-27.
- Triana, M. del C., Jayasinghe, M., & Pieper, J. R. (2015). Perceived workplace racial discrimination and its correlates: A meta-analysis. *Journal Of Organizational Behavior*, 36(4), 491-513.
- UCL Institute of Health Equity. (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Ziskáno 10.2.2017 z http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf.
- van Dierendonck, D. (2011). Servant Leadership: A Review and Synthesis. *Journal Of Management*, 37(4), 1228-1261.
- van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60(5), 1117-1131.
- Van Wart, M. (2013). Lessons from leadership theory and the contemporary challenges of leaders. *Public Administration Review*, 73(4), 553-565.
- Vander Elst, T., De Cuyper, N., Baillien, E., Niesen, W., & De Witte, H. (2016). Perceived control and psychological contract breach as explanations of the relationships between job insecurity, job strain and coping reactions: Towards a theoretical integration. *Stress And Health: Journal Of The International Society For The Investigation Of Stress*, 32(2), 100-116.
- Virtanen, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., Madsen, I. E. H., Lallukka, T., Ahola, K., et al. (2015). Long working hours and alcohol use: Systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *BMJ: British Medical Journal*, 350(7991), g7772.

- Virtanen, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Jokela, M., Heikkilä, K., Fransson, E. I., et al. (2013). Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 347, 9.
- Vroom, V. H., Yetton, P. W. (1973). *Leadership and decision making*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Wegge, J., Shemla, M., & Haslam, S. A. (2014). Leader behavior as a determinant of health at work: Specification and evidence of five key pathways. *Zeitschrift Für Personalforschung*, 28(1-2), 6-23.
- WHO. (1981). *Global strategy for health for all by the year 2000*. Švýcarsko. Získáno 10.2.2017 z <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38893/1/9241800038.pdf>.
- WHO. (2013). *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. Získáno 20.2.2017 z http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.
- WHO. (2017a). *Constitution of WHO: principles*. Získáno 10.2.2017 z <http://www.who.int/about/mission/en/>.
- WHO. (2017b). *The determinants of health*. Získáno 10.2.2017 z <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>.
- Zwingmann, I., Wegge, J., Wolf, S., Rudolf, M., Schmidt, M., & Richter, P. (2014). Is transformational leadership healthy for employees? A multilevel analysis in 16 nations. *Zeitschrift Für Personalforschung*, 28(1-2), 24-51.

Přílohy

Příloha A: Vzorové položky metody HoL

StaffCare verze pro lídry

Komponenta Vnímání: *Je-li něco v nepořádku se zdravím svých podřízených, okamžitě si toho všimnu.*

Komponenta Hodnota: *Nejsem ochoten/ochotna kvůli práci riskovat zdraví svých podřízených.*

Komponenta Chování: *Snažím se snižovat nároky kladené na mé podřízené hledáním rovnováhy mezi prací a osobním životem (tj. pravidelné pauzy, vyhýbání se přesčasům a propadnutí dovolené, žádná práce o víkendu).*

StaffCare verze pro vedené osoby

Komponenta Vnímání: *Můj nadřízený ví, které situace mě obzvláště stresují.*

Komponenta Hodnota: *Mé zdraví je pro mého nadřízeného důležité.*

Komponenta Chování: *Po delším stresovém období se můj nadřízený snaží zvolnit tempo.*

SelfCare

Komponenta Vnímání: *Včas zpozoruji, že si potřebuji odpočinout.*

Komponenta Hodnota: *Když činím závažná rozhodnutí, předem zvažuji jejich dopad na mé zdraví.*

Komponenta Chování: *Optimalizací vlastního pracovního postupu (tj. stanovením priorit, snahou o ničím nerušenou práci, každodenním plánování), se snažím snižovat na mě kladené nároky.*

Příloha B: Položky dotazníku příznivosti pracovních podmínek

Následující otázky slouží ke zmapování Vašich pracovních podmínek. Pro posouzení použijte prosím uvedené škály.

Jak často pracujete v rychlém pracovním tempu?

Jak často máte vliv na chod Vaší práce? (tzn. volnost v rozhodování, možnost volby pracovních úkolů, tempa, pořadí zpracování úkolů).

Jak často jste vystavován/a nežádoucí sexuální pozornosti na Vašem pracovišti?

Jak často jste vystavován/a šikaně na Vašem pracovišti?

1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas, 4 – většinu času; 5 – vždy (stále)

Jak jste spokojen/a s výší platu s ohledem na Vámi vynaložené pracovní úsilí?

Jste spokojen/a s tím, jak Vás Váš nadřízený vede?

Jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytuje Váš nadřízený?

Jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují Vaši kolegové?

1 – zcela nespokojen/a; 2 – nespokojen/a; 3 – něco mezi; 4 – spokojen/a; 5 – naprosto spokojen/a

Máte obavy ze ztráty svého zaměstnání?

Býváte v práci přesčas?

1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas, 4 – často; 5 – vždy (stále)

Na jakou pracovní smlouvu pracujete?

1 – na dohodu; 2 – na dobu určitou; 3 – na dobu neurčitou

Příloha C: Položky týkající se zdravotního stavu

Následující otázky se týkají Vašeho zdravotního stavu.

Řekl/a byste, že obecně je Vaše zdraví:

5 - Výborné, 4 - Velmi dobré, 3 - Dobré, 2 - Špatné, 1 - Velmi špatné.

Jak často jste se v posledních 3 MĚSÍCÍCH potýkal/a s následujícími obtížemi?

- Bolesti hlavy
- Bolesti zad
- Nespavost
- Střevní potíže
- Únava
- Rýma
- Bolesti v krku
- Kašel
- Jiné (popište obtíž a uveďte adekvátní míru – viz škála):

1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas, 4 – často; 5 – vždy (stále)