

Artigo Original

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS ANESTESIOLOGISTAS DA CIDADE DE JOÃO PESSOA

Maria de Fátima Oliveira Santos¹

Débora de Paiva Lucena²

Harison José de Oliveira³

João Bezerra Júnior⁴

RESUMO

Com o objetivo de conhecer a relação existente entre a qualidade de vida e as variáveis bio-demográficas dos médicos anestesiolegistas na cidade de João Pessoa-PB, estudo descritivo com abordagem quantitativa, com a participação de 83 médicos que responderam ao World Health Organization Quality of Life Instrument Bref, instrumento genérico para avaliar a qualidade de vida, proposto pela Organização Mundial da Saúde. Os dados foram analisados por estatísticas descritivas e testes de comparação de média. O nível de significância adotado para as análises foi de 5%. Os médicos do sexo masculino apresentaram índices médios de Qualidade de Vida Geral, Físico, Psicológico e do meio ambiente maiores que as médicas do sexo feminino. Observou-se também que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os domínios da escala de qualidade de vida e o número de horas de trabalho dos participantes. Por outro lado, a renda mensal exerce influência significativa sobre a QV ($p < 0,05$) apenas no domínio meio ambiente. Não obstante, observou-se uma diferença estatisticamente significativa quanto ao domínio meio ambiente e a renda mensal. Conclui-se que a ausência de lazer e o excesso de trabalho podem promover problemas físicos e psicológicos a esses profissionais.

Palavras-chave: Anestesiologista. Qualidade de vida. Ambiente de trabalho. Prática profissional.

INTRODUÇÃO

Respeito e prestígio social sempre estiveram presentes no tratamento dos pacientes para com os médicos, tanto devido à forma autônoma e individualizada de trabalho quanto pelo vínculo estabelecido entre eles.^{1,2} Não obstante, alguns fatores como excessivas jornadas de trabalho, acrescidas ao estresse pela instabilidade do emprego, salários insatisfatórios, além de deparar-se rotineiramente com morte, dor e sofrimento, começam a dar uma nova configuração a esta classe.⁴

Pesquisas recentes feitas com médicos brasileiros encontraram indícios de sensação de fadiga e ideação suicida neste grupo, sendo as taxas mais elevadas que àquelas correspondentes à população em geral.^{3,4} Características de estafa laboral, como fadiga e privação de sono, embora sejam processos diferentes, estão correlacionados, degradando a

¹ Anestesiologista, Doutoranda em Bioética pela Faculdade de Medicina do Porto - Portugal, Mestre em Perícias Forenses pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco- UPE, Professora de Bioética da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE, Conselheira do Conselho Regional de Medicina da Paraíba-PB-Brasil. Av. Umbuzeiro, 881, Manaíra. João Pessoa-PB. CEP: 58038-182 Tel.: (83) 9121-9252 E-mail: fatimadeosantos@hotmail.com.

² Graduanda em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba.

³ Médico Especialista em Anestesiologia do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

⁴ Médico Especialista em Anestesiologia, Professor de Anestesiologia da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE.

capacidade de trabalho, aprendizagem e raciocínio, além de alterar o humor, a memória e dificultar as relações interpessoais de profissionais,² como biomédicos, radiologistas, optometristas⁴ e, especificamente, anestesiológicos.⁵ O prejuízo cognitivo causa esgotamento físico e mental, deixando-os mais vulneráveis e susceptíveis, dentre outras coisas, ao uso/abuso de substâncias anestésicas, as quais possuem um acesso irrestrito.²

A pesquisa realizada apresentou especificamente a qualidade de vida dos anestesiológicos, visto que essa especialidade médica é muito dinâmica e de alto risco, estando inclusa no grupo propenso a desenvolver estresse e fadiga. Os anestesiológicos são considerados um grupo propenso a desenvolver elevados níveis de estresse,⁵ pois trabalham com riscos iminentes que, quando não diagnosticados rapidamente, podem desencadear acidentes e causar resultado adverso na anestesia.⁶

Esse profissional vive em estado constante de prontidão e vigilância que lhe permite reagir imediatamente em situações críticas, exigindo acesso rápido a grande volume de informações.⁶ Deste modo, o cotidiano laboral, demasiadamente árduo ao qual esses profissionais estão expostos, apresenta diversos estímulos estressantes que ocasionam prejuízo a sua saúde, podendo produzir transtornos psicológicos, somáticos ou ambos, minimizando seu bem-estar e sua qualidade de vida.⁷ Assim, muito tem se falado sobre as novas configurações que surgem no âmbito da saúde e como estas têm afetado a qualidade de vida dos profissionais.^{8,4} As pesquisas sobre a qualidade de vida dos médicos têm se realizado principalmente com cirurgiões^{9,10,11} Contudo, poucos estudos foram encontrados sobre a qualidade de vida dos médicos anestesistas.⁵ Desta forma, em virtude da escassez de pesquisas empíricas que analisem a qualidade de vida desses profissionais, é de grande importância um estudo que relacione estas variáveis com o cotidiano desta categoria.

A noção de qualidade de vida é algo eminentemente humano, abrangendo conhecimentos, valores e experiências de indivíduos e grupos. Estes significados são reflexos do contexto no qual o sujeito (ou grupo) está inserido.^{12,13} Embora não exista um conceito universalmente aceito de

qualidade de vida, a opinião predominante é a que a define como sendo a percepção do indivíduo sobre o seu estado físico, emocional e social.¹⁴

Segundo o Grupo WHOQOL da Organização Mundial de Saúde,¹⁵ qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, estando relacionados aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Neste estudo, objetiva-se avaliar os níveis de qualidade de vida dos médicos anestesiológicos da cidade de João Pessoa-PB, a partir dos seus indicadores objetivos (bio-demográficos) e subjetivos (WHOQOL-Bref). Buscou-se também verificar a influência das variáveis sexo, jornada de trabalho e renda mensal dos médicos sobre sua qualidade de vida.

MÉTODOS

Contou-se com a participação de 83 médicos anestesiológicos da cidade de João Pessoa-PB. Estes tinham idades entre 27 e 68 anos ($m=46$, $dp=10,41$), sendo a maioria do sexo masculino (64,0%), casados (81,0%), trabalhando em plantões de 24 a 36 horas (29,0%), não fumantes (97,5%) e com renda entre 21 e 30 salários mínimos (36,0%). Indagados quanto à frequência com que praticavam atividade física, 17,9% dos participantes disseram que nunca praticaram, 51,3% disseram praticar atividades às vezes e 30,8% afirmaram sempre praticar atividade física. A pesquisa compreende uma amostra de conveniência (não-probabilísticas), tendo participado os sujeitos que decidiram voluntariamente.

A medida *WHOQOL-bref* foi adaptada para o contexto brasileiro por Fleck *et al.*,¹⁶ sendo esta uma versão abreviada do *WHOQOL-100* desenvolvida por Fleck *et al.*¹⁷ Está composta por 26 itens, respondidas em uma escala *Likert* de cinco pontos, sendo dois itens de avaliação da qualidade de vida global e saúde e os demais distribuídos em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Todos os participantes responderam perguntas de natureza demográfica (por exemplo, sexo, idade) e questões que permitissem avaliar informações relacionadas

aos profissionais anestesiologistas (por exemplo, jornada de trabalho, renda mensal).

A realização da coleta de dados seguiu o procedimento padrão, compreendendo a distribuição de questionários autoaplicáveis distribuídos aos participantes em seus locais de trabalho, limitando-se a dar as instruções gerais do instrumento e colocando-se à disposição dos participantes para quaisquer esclarecimentos acerca do instrumento. Procurou-se indicar aos participantes o caráter voluntário da participação, não existindo respostas certas ou erradas e assegurando o anonimato de sua participação. Durante todo o processo foram obedecidos os princípios éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução 196/96.¹⁸ Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – UFPB, com o número do processo 0223, após os participantes terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados foram analisados pelo uso do *software* SPSS (Statistical Package of Social Sciences for Windows), na versão 15.0. Realizaram-se análises estatísticas descritivas (por exemplo, média e desvio-padrão), correlação de *Spearman*, teste *t-student* e ANOVA para amostras independentes. Estes cálculos foram realizados com o objetivo de comparar os participantes na medida de satisfação com a vida, com variáveis referentes ao sexo, a idade e a renda.

RESULTADOS

Inicialmente, procurou-se conhecer as correlações da medida de qualidade de vida com respeito às variáveis demográficas e de contexto laboral. Para tanto, procedeu-se uma correlação de *Spearman* entre as variáveis supracitadas.

No que diz respeito às variáveis demográficas, como sexo, idade, estado civil

e renda, não se observaram correlações significativas com a qualidade de vida. Não obstante, as variáveis laborais relacionadas ao total de horas de plantões semanais ($r = -0,41$, $p < 0,001$), horas trabalhadas ($r = -0,27$, $p < 0,05$), se o profissional consegue dormir no pós-plantão ($r = -0,36$, $p < 0,05$) e no intervalo dos plantões ($r = -0,26$, $p < 0,05$) e quanto à prática de atividade física ($r = 0,24$, $p < 0,05$) se correlacionaram significativamente com a qualidade de vida.

Procurou-se averiguar se havia diferença entre homens e mulheres com relação aos índices médios da qualidade de vida geral (QV) e seus domínios (físico, psicológico, social e meio-ambiente) através do teste *t* de student. Não obstante, apesar dos homens apresentarem médias maiores em QV geral ($m = 59,50$; $dp = 14,39$), físico ($m = 69,02$; $dp = 12,70$), psicológico ($m = 67,87$; $dp = 12,73$) e meio ambiente ($m = 63,46$; $dp = 10,49$) em comparação com as mulheres [QV geral ($m = 59,17$; $dp = 16,72$), físico ($m = 64,64$; $dp = 15,59$), psicológico ($m = 62,14$; $dp = 13,80$) e meio ambiente ($m = 60,83$; $dp = 12,65$)], no que se refere ao domínio social, as mulheres ($m = 65,14$; $dp = 14,70$) apresentaram médias superiores às dos homens ($m = 62,66$; $dp = 13,52$). Contudo, tais diferenças não foram estatisticamente significativas.

No que diz respeito à influência da jornada de trabalho na qualidade de vida dos anestesiologistas, comparou-se os escores dos participantes segundo o número de horas trabalhadas. Foram considerados dois grupos, um com tempo médio abaixo de 3 horas (Grupo 1) e outro acima de 3 horas (Grupo 2). Verificou-se existir diferença estatisticamente significativa entre os domínios da escala de qualidade de vida e o número de horas de trabalho dos participantes.

A fim de verificar a influência da renda mensal dos participantes sobre sua qualidade de vida e seus componentes, comparou-se os índices dos respondentes com renda mensal até 20 salários mínimos (Grupo 1), os com renda de 21 a 30 salários mínimos

Tabela 1 - Correlação entre variáveis laborais e WHOQOL-bref.

Variáveis laborais	Qualidade de Vida
Total de horas de plantões semanais	-0,41**
Total de horas trabalhadas	-0,27*
Consegue dormir no pós-plantão	-0,36*
Consegue dormir no intervalo do plantão	-0,26*
Pratica atividade física	0,24*

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Tabela 2 - Comparação entre às médias dos participantes nas variáveis “horas de trabalho” e “qualidade de vida”.

Domínio	Horas de Trabalho				Contraste	
	Grupo 1		Grupo 2		t (59)	p
	m	dp	m	dp		
QV Geral	63,08	14,65	48,81	14,20	3,65	0,05
Físico	70,03	13,53	58,84	14,92	2,96	0,05
Psicológico	67,36	12,97	58,13	14,28	2,54	0,05
Social	67,08	13,83	57,14	12,72	2,74	0,05
Meio-ambiente	65,50	11,84	55,04	10,04	3,15	0,05

Tabela 3 - Escores médios da Qualidade de Vida (QV) e seus domínios em função da renda mensal.

	Média (DP)			ANOVA
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo3	
QV Geral	58,99 (17,88)	56,25 (14,63)	62,73 (12,87)	F (2,75)= 1,122; p>0,05
Físico	62,70 (16,35)	68,75 (12,32)	70,34 (12,63)	F (2,75)= 2,167; p>0,05
Psicológico	63,17 (15,34)	66,67 (12,58)	66,85 (13,08)	F (2,75)= 0,597; p>0,05
Social	65,12 (10,54)	60,31 (16,70)	65,22 (14,58)	F (2,75)= 0,664; p>0,05
Meio Ambiente	57,87 (12,51)	65,46 (9,34)	64,40 (11,10)	F (2,75)= 3,728; p<0,05

(Grupo 2) e os com renda acima de 31 salários mínimos (Grupo 3). Estas análises foram realizadas através do teste estatístico ANOVA, conforme mostrado na Tabela 3.

Verificou-se que a renda mensal não exerce influência significativa sobre a QV geral nem sobre os domínios físico, psicológico e social. Contudo foi verificada variação estatisticamente válida ($p<0,05$) no domínio meio ambiente, tendo o Grupo 2 ($m= 65,46$; $dp= 9,34$) obtidos índices maiores que o grupo 3 ($m= 64,40$; $dp= 11,10$), o qual obteve índices maiores que o Grupo 1 ($m= 57,87$; $dp= 12,51$). Para verificar se esta diferença persiste em todos os níveis desta variável, foi realizada uma comparação múltipla através do *Scheffe*. Através desta análise, percebeu-se que a diferença significativa apresenta-se apenas quando comparados os participantes que se enquadram no Grupo 2 com os do grupo 1, ou seja, apenas os anestesistas que declararam renda entre 21 e 30 salários mínimos apresentaram índices médios, no domínio meio ambiente, estatisticamente maiores do que os que declararam renda menor que 20 salários mínimos.

DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde têm feito

muito mais do que as condições de trabalho permitem, o que tem resultado em prejuízo na sua dinâmica laboral.^{3,19} Fatores como carga exaustiva de plantões, vida familiar e social limitada, perda da autonomia profissional e ambiente insalubre têm acarretado em prejuízos físicos e mentais para os profissionais, prejudicando-os consideravelmente em diversos âmbitos de suas vidas.⁸

Os dados aqui produzidos demonstraram que a qualidade de vida correlacionou-se negativamente com total de horas de plantões semanais, o que indica que quanto mais horas de trabalho, menor é a qualidade de vida dos profissionais de saúde.⁴ Além disso, observou-se que quanto menos os profissionais conseguem dormir no pós-plantão ou no intervalo do plantão, menor é a qualidade de vida. Isto parece estar em consonância com o que a literatura apresenta, mostrando que o estresse laboral e a estafa física e mental atrapalham o sono.² Observou-se ainda que a variável “prática atividade física” correlacionou-se positivamente com qualidade de vida, o que indica que quanto mais o profissional dedica parte de seu tempo à prática de exercícios, maior sua qualidade de vida.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres com

relação à pontuação total de qualidade de vida, bem como aos fatores físico, psicológico, social e meio ambiente. Observou-se a existência de diferença estatisticamente significativa entre a variável "horas de trabalho" e o fator geral de qualidade de vida, assim como com os domínios dessa. O que indica que, quanto maior é a carga horária do profissional mais este se sente prejudicado, tanto de forma geral, quanto nos âmbitos físico, social, psicológico e ambiental. Assim, a percepção que o indivíduo tem sobre si e sobre sua posição na vida (contexto, cultura, sistema de valores, expectativas, objetivos e preocupações)^{13,15} encontra-se prejudicada. Sabe-se que aqueles com uma carga horária maior possuem menos tempo para descansar física e psiquicamente, bem como para desfrutar do lazer e conviver com os outros, afetando assim, sua qualidade de vida.²⁰

A influência da renda mensal também foi avaliada e observou-se que apenas o fator meio ambiente apresentou uma diferença estatisticamente significativa. Neste, o Grupo 2 (21 a 30 salários mínimos) apresentou os índices maiores que os do Grupo 1 (até 20 salários mínimos) e do Grupo 3 (acima de 31 salários mínimos). Possivelmente, apesar do Grupo 3 ter uma renda maior que possibilitaria recorrer mais a alguns aspectos da variável meio ambiente como condições de lazer, segurança e saúde, que os Grupos 1 e 2, este não disponibilizaria de tempo suficiente para tal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, cada vez mais os médicos estão sendo atingidos por um estado de estafa física e mental, implicando alterações,

problemas e disfunções psicofisiológicas que os prejudicam consideravelmente, afetando, consequentemente, sua qualidade de vida.⁸ Deste modo, o presente estudo teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida dos médicos anesthesiologistas na cidade de João Pessoa (PB). Confia-se que este objetivo tenha sido alcançado. Contudo, há de serem ressaltadas as limitações inerentes à pesquisa, em especial no que concerne à amostra que, além de ser de conveniência (não-probabilística), não é representativa da população de anesthesiologistas pessoenses. No entanto, este fato não invalida em hipótese alguma a presente pesquisa que, além de avaliar um aspecto muito importante, como a qualidade de vida dos médicos anesthesiologistas, possibilitou traçar contribuições para a temática da qualidade de vida e dos prejuízos causados pelo estresse no trabalho.

Diante do exposto, vale ressaltar a necessidade de estudos adicionais que possam acrescentar informações sobre a área aqui trabalhada. Para estudos futuros, podem-se levar em conta outros aspectos que envolvem a saúde de profissionais, tais como: Escala de Afetos Positivos e Negativos,²¹ Escala de Vitalidade Subjetiva,²³ Questionário de Saúde Geral (QSG-12),²² Escala de Avaliação da Fadiga,²⁴ Inventário de Burnout de Maslach²⁵ e Escala de Satisfação com a Vida.²⁶

AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos aos anesthesiologistas da Coopanest-PB e da Sociedade Paraibana de Anesthesiologia da Cidade de João Pessoa.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF ANESTHESIOLOGISTS IN THE CITY OF JOAO PESSOA

ABSTRACT

In order to know the relationship between the quality of life and bio-demographic variables of anesthesiologists in the city of Joao Pessoa, descriptive study with quantitative approach, with the participation of 83 physicians who responded to the World Health Organization Quality of life instrument Bref, generic tool for assessing the quality of life proposed by the World Health Organization data were analyzed by descriptive statistics and mean comparison tests. The level of significance for analysis was 5%. The male doctors showed an average level of overall quality of life, physical, psychological and environmental medical larger than females. It was also observed that there is a statistically significant difference between the domains of quality of life scale and the number of hours worked by participants. On the other hand, the monthly income has a significant influence on the QOL ($p < 0.05$) only in the field environment. Nevertheless, there was a statistically significant difference in the environment domain and the monthly income, it is concluded that the lack of leisure and overwork can promote physical and psychological problems for these professionals.

Keywords: Anesthesiologist. Quality of life. Working environment. Professional practice.

REFERÊNCIAS

1. Nics LF. Managed care. Médicos HC/FAMUSP. 1998;1:97-105.
2. Oliveira GF. Trabalho e bem-estar subjetivo: compreendendo a situação laboral dos médicos [tese de Doutorado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2008.
3. Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB & Gouveia VV - A Saúde dos médicos no Brasil. 2007. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
4. Oliveira GF, Barbosa GA, Souza LEC, Costa CLP, Araújo RCR, Gouveia VV. Satisfação com a vida entre profissionais da saúde: correlatos demográficos e laborais. Rev Bioética. 2009; 17 (2): 319-34.
5. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC, Filho OD, Tales AJF. Avaliação da qualidade de vida dos anestesiológicos da cidade do Recife. Rev Bras Anesthesiol. 2010; 60 (1): 42-51.
6. Mathias LAST, Coelho CMF, Vilela EP, Vieira JE, Pagnocca ML. O plantão noturno em anestesia reduz a latência de sono. Rev Bras Anesthesiol. 2004; 54 (5): 694 -9.
7. Oliveira FGR. Aquisição de conhecimentos, estratégias de aprendizado, satisfação com o ambiente de ensino e qualidade de vida de médicos residentes de anestesiologia: estudo longitudinal multicêntrico [tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
8. Gouveia RSV, Lins ZMB, Souza e Lima TJ, Freires LA, Gomes AIASB. Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde. Rev Bioética. 2009; 17 (2): 267-80.
9. Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. Rev. Latino-Am Enferm. 2005;13 (2): 139-44.
10. Rocha SSL, Felli VEA. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. Rev. Latino-Am Enferm. 2004; 12 (1): 28-35.
11. Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. Rev Latino-Am Enferm. 2006; 14 (1): 54-60.
12. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. Rev Latino-am Enferm. 2003; 11 (4): 532-8.
13. Moreno AB, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS, Chor D. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública. 2006; 22 (12): 2585-97.
14. Skevington SM, Lotfy M, Oconnell K, WHOQOL Group. *The World Health Organization's WHOQOL-Bref quality of life assessment: psychometric properties and the results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. Qual Life Res.* 2004; 13 (2): 299-310.
15. WHOQOL Group. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Special Issue on Health-Related Quality of Life: what is it and how should we measure it? Soc Sci Med.* 1995; 41 (10): 1403-9.
16. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000; 34 (2), 178-83.
17. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) 1999. Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1): 19-28.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, 1996. Disponível em <http://www.saude.gov.br>
19. Pimentel D. O sonho do jaleco branco. Aracaju, SE: Editora da UFS; 2005.
20. Silva JVP, Nunez PRM. Qualidade de vida, perfil demográfico e profissional de professores de educação física. Pensar a Prática. 2009; 12 (2).
21. Diener E, Emmons RA. The independence of positive and negative affect. J Pers Social Psychol. 1984; 47 (5): 1105-17.
22. Pasquali L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos ALM. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. Psicol Teor Pesqu. 1994; 10 (3): 421-37.
23. Ryan RM, Frederick CM. On energy, personality and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. J Pers. 1997; 65 (3): 529-65.
24. Michielsen HJ, De Vries J, Heck GLV, van Vijver FJR, Sijtsma K. Examination of the dimensionality of fatigue. The construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). Eur J Psychol Assess. 2004; 20 (1): 39-48.
25. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
26. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with Life Scale. J Pers Assess. 1985; 49 (1): 71-5.