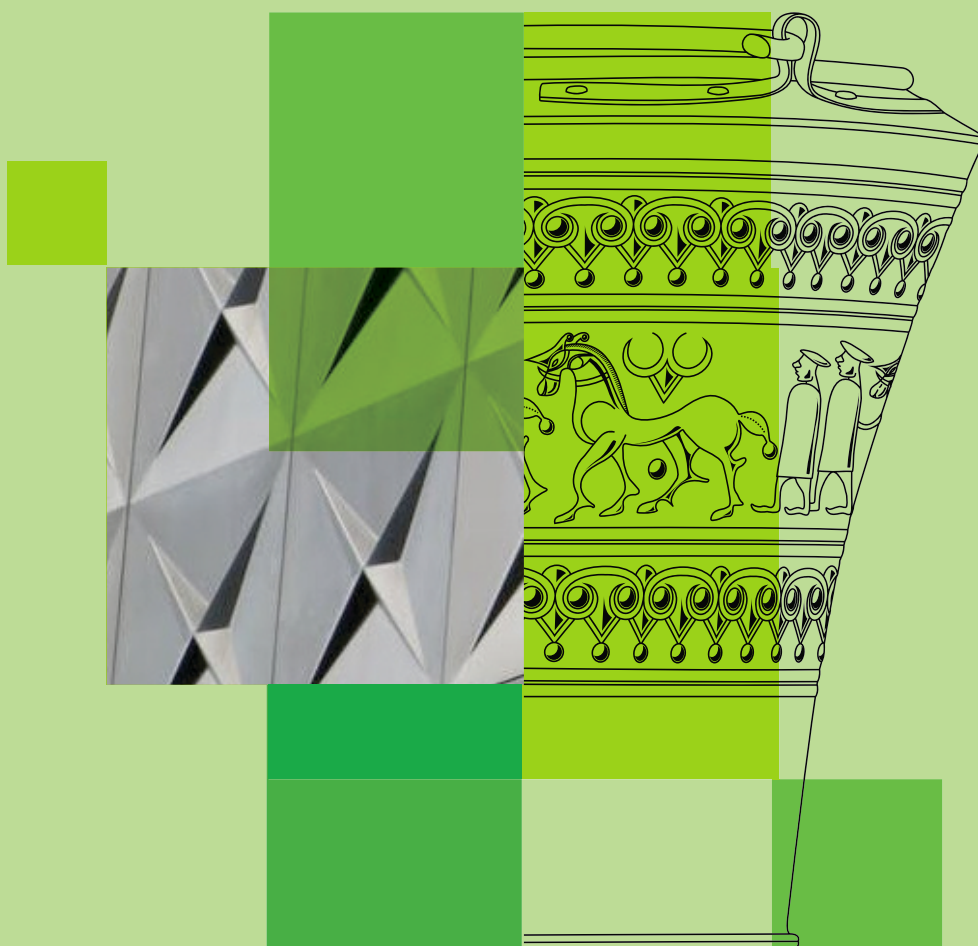




Univerza v Novem mestu
Fakulteta za *zdravstvene vede*

Pojav izgorelosti izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v socialnovarstvenih zavodih

Ljiljana Leskovic





Univerza v Novem mestu
Fakulteta za *zdravstvene vede*

Ljiljana Leskovic

Pojav izgorelosti izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v socialnovarstvenih zavodih

Znanstvena monografija

Novo mesto, 2020

Dr. Ljiljana Leskovic

ZNANSTVENA MONOGRAFIJA

**POJAV IZGORELOSTI IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V
SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH**

Izdala in založila

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede

Recenzirali

red. prof. dr. Jasmina Starc, prof. dr. (Republika Finska) Danica Železnik
in izr. prof. dr. Bojana Filej

Jezikovno pregledala

Melanija Frankovič

Tehnično uredila

Brigita Jugovič in Bojan Nose

Kataložni zapis o publikaciji (CIP)
pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
[COBISS.SI-ID= 304619008](#)
ISBN 978-961-94985-0-7 (pdf)

KAZALO VSEBINE

1 UVOD	1
1.1 Pomen in vloga izvajalcev zdravstvene nege.....	1
1.2 Zgodovinski pogled na izgorelost.....	3
1.3 Projekcije prebivalstva.....	5
1.4 Delo in delovne obremenitve kot izvor poklicne izgorelosti	7
2 SINDROM IZGOREVANJA	7
2.1 Definicije izgorelosti.....	7
2.2 Fazni modeli izgorevanja.....	9
2.3 Zadovoljstvo z delom.....	11
2.4 Vzroki, povezani z izgorevanjem na delovnem mestu	12
2.5 Situacijski dejavniki izgorevanja	14
2.6 Individualni dejavniki izgorevanja.....	15
2.7 Razkorak med pričakovanji posameznika in njegovim delom	16
2.8 Doživljanje simptomatike izgorelosti	20
2.9 Izgorelost in sorodne bolezni	30
2.9.1 Izgorelost in depresija	30
2.9.2 Izgorelost in deloholizem	31
2.9.3 Izgorelost in delovna izčrpanost.....	32
2.9.4 Izgorelost in kronična utrujenost	32
2.10 Posledice izgorelosti	32
2.10.1 Ekonomske posledice	33
2.10.2 Absentizem.....	33
2.11 Obvladovanje in zdravljenje izgorelosti	34
2.11.1 Priporočila za obvladovanje izgorevanja na nivoju inštitucije.....	34
2.11.2 Priporočila za obvladovanje izgorevanja na nivoju posameznika	36
2.11.3 Preprečevanje izgorelosti	38
2.11.4 Skupine za samopomoč.....	38
2.11.5 Zadovoljstvo pri delu	40
2.11.6 Humor na delovnem mestu medicinske sestre	40
2.11.7 Metode soočanja in pomoči pri pojavu izgorelosti	41
2.11.8 Kognitivno-vedenjska terapija.....	41
2.11.9 Supervizija.....	42
2.11.10 Čustvena inteligenca.....	45
2.11.11 Vedenjska kognitivna terapija ali vaja pozornosti	45
2.12 Medsebojni odnosi	45
2.12.1 Reševanje konfliktov.....	45
2.12.2 Zdravo prehranjevanje	47
2.12.3 Razvijanje komunikacijskih spretnosti	48
2.12.4 Ustvarjanje ugodne organizacijske klime	48
3 RAZISKAVA	52
3.1 Metodologija.....	52
3.2 Namen in cilji.....	53
3.3 Hipoteze	54
3.4 Metode in tehnika zbiranja podatkov	54
3.5 Opis instrumenta	54
3.6 Opis vzorca	55
3.7 Opis zbiranja in obdelave podatkov	55
4 REZULTATI RAZISKAVE IN INTERPRETACIJA	55

4.1	Doživljanje izčrpanosti	55
4.2	Zadovoljstvo z delom.....	56
4.3	Težavnost dela	58
4.4	Delovne naloge	59
4.5	Sociodemografske spremenljivke	60
4.6	Pojav psihosomatskih simptomov.....	63
4.7	Regresijska analiza.....	66
4.8	Preverjanje hipotez.....	68
5	PREDLOGI ZA PREPREČEVANJE IZGORELOSTI	71
6	ZAKLJUČKI	74
7	LITERATURA	75

KAZALO TABEL

<i>Tabela 1:</i> Oblike vedenja, ki vplivajo na učinkovitost komunikacije	48
<i>Tabela 2:</i> Spremenljivke izčrpanosti	54
<i>Tabela 3:</i> Vpliv dejavnikov težavnosti dela na pojav izčrpanosti	58
<i>Tabela 4:</i> Vpliv delovnih nalog na pojav izčrpanosti.....	59
<i>Tabela 5:</i> Vpliv sociodemografskih dejavnikov na izčrpanost	61
<i>Tabela 6:</i> Delež prisotnih psihosomatskih simptomov	63
<i>Tabela 7:</i> Povezava neodvisnih dejavnikov z doživljanjem izčrpanosti	66
<i>Tabela 8:</i> Test normalne porazdeljenosti spremenljivk.....	68
<i>Tabela 9:</i> Rangi izčrpanosti pri posameznih poklicih.	69
<i>Tabela 10:</i> Kruskall - Wallisov test za doživljanje izčrpanosti pri posameznih poklicih.	69
<i>Tabela 11:</i> Opisne statistike doživljanja izčrpanosti glede na zadovoljstvo pri delu.....	70
<i>Tabela 12:</i> Mann-Whitney U test razlik med skupinama glede na zadovoljstvo pri delu v komponentah <i>doživljanja izčrpanosti</i>	70
<i>Tabela 13:</i> <i>Opisne statistike komponent doživljanja izčrpanosti, glede na psihično napornost dela ...</i>	71
<i>Tabela 14:</i> Mann - Whitney U test psihične napornosti dela, glede na komponente <i>doživljanja izčrpanosti</i>	71

KAZALO GRAFA

<i>Graf 1:</i> Vpliv neodvisnih dejavnikov na doživljanje izčrpanosti	67
---	----

PREDGOVOR IN ZAHVALA

Pred vami je monografija o izgorevanju v zdravstveni negi, v katero smo, strokovni javnosti prilagojeno, združili večletno znanstveno raziskovalno delo. Monografija je izid odličnega sodelovanja z vodilnimi glavnimi medicinskimi sestrami domov za starejše občane v Sloveniji. Delo je prva monografija na temo izgorelosti med izvajalci zdravstvene nege in oskrbe v socialnovarstvenih zavodih, ki vključuje rezultate najnovejših enot literature in virov ter rezultate kvalitativne in kvantitativne raziskave izvedene v okviru doktorske naloge mag. Ljiljane Leskovic s priporočili za uvedbo v praksi, ki jih bralec lahko takoj uporabi pri vsakodnevnem soočanju s stresom, bodisi v delovnem ali socialnem okolju z namenom prepoznavanja in preprečevanja simptomov, ki vodijo v izgorevanje.

Cenjeni zdravstveni delavci in sodelavci, cenjeno vodstvo socialnovarstvenih zavodov Slovenije, vaše sodelovanje v raziskavi Vpliv delovnih in organizacijskih spremenljivk na doživljanje izgorevanja v Sloveniji, je omogočilo izdajo monografije v njeni posebni strukturi, kjer smo prav v vsakem poglavju k aktualnim raziskovalnim izsledkom dodali navodila za preprečevanje in prepoznavanje izgorelosti za slovensko prakso v socialnovarstvenih zavodih, kar občutno pripomore k dodani vrednosti monografije. Ob tem se želimo iskreno zahvaliti vsem, cenjenim glavnim medicinskim sestram in direktorjem, za vaše sodelovanje, vaš trud.

Iskrena zahvala po (abecednem redu): Domu starejših občanov Bežigrad, Domu starejših občanov Šiška, Domu ob Savinji Celje, Domu starejših občanov Tisje Litija, Domu Center, Domu Tabor–Poljane, Domu starejših občanov Kočevje, Domu starejših občanov Maribor, Domu starejših občanov Črnomelj, Obalnemu domu Koper in Domu starejših občanov Sežana.

V celotni monografiji se prepleta praktični in akademski vidik pregleda področja izgorevanja v domovih za starejše občane. Struktura dela je takšna, da daje veliko napotkov za takojšnjo uporabo v praksi – pri vašem delu, ki ga opravljate kot zdravstveni delavci in sodelavci pri starejši populaciji. Izvirnost dela je v njegovi vsebini. Ta vsebina združuje znanja na področju sindroma izgorevanja iz mednarodnega in slovenskega socialnovarstvenega okolja s posebnim poudarkom na naprednih pristopih pri prepoznavanju in preprečevanju izgorevanja.

Namen monografije je ponuditi znanje o delovnih in organizacijskih ključnih dejavnikih tveganja za pojav in nastanek psihosomatskih obolenj, obolenj na telesnem področju zaradi izpostavljenosti dolgotrajnemu stresu oz. stresorjem, z namenom prenosa pridobljenih znanj v prakso zaposlenim, managerjev in vodij v javnem in zasebnem sektorju za lažje razumevanje in ravnanje pri izgorelosti zaposlenih, vodij in managerjev.

Temeljni cilj monografije je predstaviti, kako pravočasno prepoznati simptome in dejavnike za nastanek izgorevanja z namenom takojšnje uporabe v praksi. Na ta način bomo ohranjali zdravje, izboljšali medosebne odnose in zadovoljstvo v delovnem okolju. Opozoriti želimo, da je beg v odsotnost z dela obrambni mehanizem zaposlenih pred preveliko obremenjenostjo. Analiza odgovorov zaposlenih iz različnih slovenskih domov za ostarele v praktičnem delu monografije služi kot vodilo, kako strokovno vpeljati vsebine preprečevanja in prepoznavanja zgodnjega stadija izgorelosti, zaradi doseganja zdravja delovne populacije, izvajanja bolj kakovostnih storitev in večje poslovne uspešnosti organizacije.

1 UVOD

Področje varnosti in zdravja pri delu obsega pravice in obveznosti delodajalcev in delavcev. Delavci pričakujejo, da jim bo zagotovljeno zdravju neškodljivo delovno okolje in socialna varnost za primer začasne ali trajne nezmožnosti za delo. Delodajalci si želijo imeti visoko produktivne in zdrave delavce ter čim manj direktnih in indirektnih stroškov zaradi zmanjšane delovne zmožnosti zaposlenih. V slovenskem pravnem redu so obveznosti delodajalca, pravice in dolžnosti delavca ter nadzor zagotavljanja varnosti pri delu zelo podrobno opredeljene, povzetek pa je dostopen na spletni strani Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (*Promocija zdravja na delovnem mestu, 2015*). Nacionalno gospodarstvo je odvisno od razpoložljive delovne sile in zdravja le-te. Zavedanje, da se družba kot celota lahko razvija in napreduje le, če je gospodarstvo učinkovito in produktivno, se kaže v številnih državnih dokumentih (npr. *Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu, 2011*).

Po Zakonu o socialnem varstvu (ZSV, 2007) socialnovarstveni zavodi izvajajo pomembne storitve. Konec leta 2018 je bilo v Sloveniji na voljo 21.063 mest v 59 javnih zavodih in 43 izvajalcih s koncesijo (Skupnost socialnih zavodov, 2020). ZSV določa več vrst socialnovarstvenih storitev (10. do 18. člen), ki morajo biti dostopne kot oblika pomoči posamezniku, družini ali skupini pri reševanju osebnih stisk, pri nujenju oskrbe, varstva, vzgoje in usposabljanja. Socialnovarstvene storitve preprečujejo in odpravljajo socialne stiske in težave. Za odpravljanje že obstoječih stisk in težav določa zakon (11. do 18. člen) več vrst storitev, kamor uvrščamo tudi institucionalno varstvo, ki obsega vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki. Namen takega varstva je, da se odrasli osebi ali otroku, ki potrebuje varstvo, nadomesti ali dopolni funkcija doma in lastne družine, predvsem z bivanjem, s prehrano, z varstvom in zdravstvenim varstvom. Institucionalno varstvo je organizirano v javnih in drugih socialnovarstvenih zavodih (*Kapacitete - domovi za starejše in posebni SVZ (2020)*).

Zaposleni v socialnovarstvenih zavodih se vsakodnevno ukvarjajo s socialnimi, psihološkimi in zdravstvenimi problemi stanovalcev, pa tudi z lastnimi. Člani negovalnega tima se veliko ukvarjajo s pojavi, ki so zelo obremenjujoči. Zdravstvena nega vključuje naloge, ki so neprijetne in lahko povzročajo strah. Pogosto se zdravstveno osebje sooča z bolečino, s trpljenjem in smrtjo. Čeprav daje zdravstvena nega tudi veliko zadovoljstva zaposlenim, je doživljanje izčrpanosti in čustvene prizadetosti pogosto. Posledice so že dolgo znane in se kažejo kot znaki stresa, želodčne razjede, zvišan krvni tlak in motnje spanja (Kaučič, 2002, str. 101). Ti problemi vzbujajo v zadnjih letih večji interes za poglobljene raziskave zaradi izostankov z dela in velikih izgub pri dohodku podjetij. Stres pri delu je smiselno obravnavati predvsem zaradi skrbi za človekovo zdravje in njegovo dobro počutje ter zaradi stroškov delodajalca in delojemalca.

1.1 Pomen in vloga izvajalcev zdravstvene nege

Sposobnost doživljanja in razumevanja človeka kot celote telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega bitja usklajuje diplomirana medicinska sestra s svojimi znanji, izkušnjami in sposobnostmi ob nenehnem spreminjanju svojega pozitivnega odnosa do sebe, do drugih in do okolice. Medicinske sestre so osnova za delovanje vsake zdravstvene enote (Kane, 2009, str. 28–32).

Osrednja vrednota medicinske sestre je skrb za človeka. Temeljna načela za njeno delo so humanost, moralnost, etičnost in strokovnost. Spoštovanje in razvijanje humanih vrednot poklica omogočata medicinski sestri osebno rast in zadovoljstvo pri delu.

Medicinsko sestro zavezuje Kodeks etike medicinske sestre, v katerem piše, da spoštovanje in razvijanje humanih vrednot poklica omogoča medicinski sestri osebno rast in zadovoljstvo pri delu (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014).

Od medicinskih sester se pričakuje kakovostna, rahločutna oskrba pacientov. Imeti morajo veliko potrpljenja in razumevanja za paciente in njihove svojce. Biti morajo na razpolago 24 ur na dan vsem, pacientom. Ves čas morajo biti dobre volje, nasmejane in ustrezljive ne glede na njihovo čustveno in zdravstveno stanje. Nihče jih ne vpraša, kako, kaj in zakaj. Od njih se pričakuje, da bodo zmanjšale stroške in povečale učinkovitost pri že tako hudem pomanjkanju kadrov. Medicinske sestre so resnično hrbtenica vsake zdravstvene enote (Zbornica zdravstvene in babiške nege, b. d.).

Ključne naloge medicinske sestre so tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov (Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, 2008).

Stališče, da je zdravje odraz telesnega, emocionalnega, intelektualnega, socialnega in spiritualnega (duhovnega) dobrega počutja posameznika, temelji na holistični filozofiji Herberta Otta (1975, b. d.), ki pravi, da je vsak posameznik edinstven v okviru omenjenih petih dimenzij in da so le-te v neprestani interakciji. Telesna dimenzija vključuje vse, kar vpliva na telo, emocionalna se nanaša na fiziološka in čustvena stanja, intelektualna dimenzija predvideva receptivno funkcijo, spomin, učenje in zaznavanje. Socialna dimenzija predstavlja socialne interakcije in odnose ter vidike kulture. Zadnja, duhovna dimenzija pa raziskuje človekovo iskanje življenjskega smisla, kar mu je v pomoč pri premagovanju različnih življenjskih težav. V primeru bolezni, ko je dobro počutje ogroženo, se ljudje v glavnem usrediščimo na telesno dobro počutje, emocionalni, intelektualni in socialni aspekt pa pogosto spregledamo. Najpogosteje v celoti ignoriramo ali podcenjujemo duhovno dobro počutje, morda zaradi eterične in intuitivne narave duhovnosti oziroma zato, ker duhovnosti drugače kot v odnosu z vernostjo sploh ne prepoznavamo in jo tabuiramo.« Skoberne (2002, str. 23) trdi, da »imajo duhovno zdrave osebe ljubeč odnos do drugih. Odpuščajo krivice, so vljudne in potrpežljive. V odnosih z drugimi so pravične in miroljubne. S svojo duhovno zavestjo o tem, kaj je pomembno v življenju in v svetu, na druge vplivajo pozitivno«.

O pomembnosti dobrega duhovnega počutja medicinskih sester govorita Fisher in Brumley (2016, str. 49–57), ki sta v svoji raziskavi ugotovila, da lastna prepričanja in pogled na svet vplivajo na izvajalce zdravstvene nege. Ugotovila sta, da tisti, ki imajo svoja duhovna prepričanja jasna, ki se duhovno dobro počutijo, ki se počutijo izpolnjeni v odnosu s seboj, drugimi, okoljem in Bogom, se kakovost njihove oskrbe poveča. V primerjavi z medicinskimi sestrami, ki delajo v bolnišnicah, imajo medicinske sestre, ki delajo z osebami z motnjami v duševnem zdravju in v negi na domu, izoblikovan pogled na duhovnost in duhovno oskrbo in zato tudi višjo raven usposobljenosti. Poleg tega se dojemajo kot bolj duhovne osebe (Leeuwen in Schep - Akkerman, 2015, str. 1348).

1.2 Zgodovinski pogled na izgorelost

Ideja o pojavu izgorelosti se je v literaturi prvič pojavila v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, čeprav je bil problem izgorelosti med ljudmi razširjen že veliko pred tem. Prvi, ki je natančneje opredelil izraz izgorelost, je bil psiholog in psihiater Freudenberg, in sicer leta 1974 (Hrovatič, 2008, str. 52). Freudenberg je bil zaposlen na brezplačni kliniki za odvisnike od drog v New Yorku, v kateri so večino vseh zaposlenih predstavljali mladi in motivirani prostovoljci. Freudenberg je pri njihovem opazovanju ugotovil, da se je pri večini prostovoljcev že po enem letu dela v kliniki pojavilo postopno zmanjševanje energije, izguba motivacije ter drugi psihični in fizični znaki. Za poimenovanje takšnega stanja si je Freudenberg izbral izraz izgorelost.

Kmalu za Freudengerjem je izgorelost začela proučevati Maslachova, ki je skupaj s Jacksonovo v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja razvila instrument za merjenje izgorelosti (Maslach Burnout Inventory v nadaljevanju MBI). Pri MBI gre za natančno merilo izgorevanja – je instrument, ki ga organizacije in raziskovalci uporabljajo za ocenitev tega, kako zaposleni doživljajo svoje delo. MBI meri tri dimenzije razsežnosti človekovega doživljanja dela, in sicer: izčrpanost – energijo, razosebljanje – predanost in neučinkovitost – doseganje ciljev, določa izgorevanje kot rezultat problemov, ki so vezani na delo in ne kot psihiatrični sindrom. Osredotoča se predvsem na osebne delovne izkušnje zaposlenih (Maslach in Leiter, 2002, str. 151–152). Največja slabost MBI je ta, da jo je bilo mogoče uporabiti le med tistimi poklici, kjer gre za delo z ljudmi. Maslachova je zato s sodelavci nadgradila MBI in razvila splošnejšo različico ter jo poimenovala MBI-General Survey (v nadaljevanju MBI-GS). Novi instrument za merjenje izgorelosti je ravno tako kot prejšnji vključeval vse tri dimenzije razsežnosti človekovega doživljanja dela, s tem da je bil uporaben pri vseh zaposlenih in ne le pri tistih, ki delajo z ljudmi (Borritz, 2006, str. 49–58).

Z MBI in MBI-GS je Maslachova postavila temelje za raziskovanje poklicne izgorelosti. Velika večina raziskovalcev, ki je pričela z raziskovanjem poklicne izgorelosti od sedemdesetih let dalje, je uporabila omenjena instrumenta kot temeljno podlago za svoje raziskave.

Po predstavitvi koncepta izgorevanja s strani Freudengerja in Maslachove se je zanimanje za poklicno izgorevanje zelo povečalo in postalo zelo popularno. Prvi, ki so pisali o tej temi, so bili časopisi in strokovne revije za učitelje, socialne delavce, medicinske sestre, zdravnike in menedžerje, pa tudi za zobozdravnike, gasilce in knjižničarje. Izgorelost je sprva najbolj zanimala ameriške raziskovalce, kasneje še raziskovalce izven ZDA. Sprva se je razširilo na angleško govorečih območjih, kot sta Velika Britanija in Kanada, kasneje še v državah Srednje Evrope in Azije (Schaufeli, Buunk in Bram, 2011, str. 311).

V osemdesetih letih prejšnjega stoletja se je raziskovanje izgorevanja razmahnilo tudi na empirična področja. Z nastankom prvih vprašalnikov in premikom na kvantitativni pristop se je povečala tudi možnost preučevanja večjega dela populacije. Leta 1981 sta Maslach in Jackson oblikovali Maslach Burnout Inventory (MBI) oziroma vprašalnik za merjenje izgorelosti Maslach, ki je bil sprva namenjen predvsem zaposlenim v poklicih pomoči, kasneje so izšle še druge verzije.

Omenjeni prehod na empirizem je bil med drugim posledica teoretičnih in metodoloških prispevkov psihologije. Na izgorevanje se je namreč tisti čas gledalo kot na obliko stresa na delovnem mestu in se ga je zato največ povezovalo z zadovoljstvom pri delu, pripadnostjo

delovnim organizacijam ter odpovedjo delovnega razmerja, ki so jih industrijski psihologi raziskovali že prej (Maslach, Schaufeli in Leiter, 2001, str. 397).

V devetdesetih se je spremenil pogled na izgorelost – fenomen ni značilen le za poklice pomoči (Maslach idr., 2001, str. 421). Raziskovanje se je razmahnilo tudi na ostale poklice, povezane z duhovno oskrbo, računalniško tehnologijo, vojsko in vodenjem. Poleg tega sta se izboljšala metodologija in statistična obdelava, kar je pripeljalo do boljšega razumevanja odnosov med različnimi dejavniki in izgorevanjem ter do oblikovanja strukturnih modelov izgorevanja. Hkrati so nekatere longitudinalne študije začele opozarjati, da so posameznikove značilnosti med najpomembnejšimi dejavniki izgorevanja.

Najpogosteje uporabljena definicija izgorelosti je od Christine Maslach, ki opredeljuje izgorelost kot psihološki sindrom, ki se izraža kot čustvena izčrpanost, depersonalizacija in zmanjšana učinkovitost, in je posledica kroničnih interpersonalnih stresorjev pri delu (Pšeničny, 2006, str. 19–36). Maslachova je določila tri faktorje izgorelosti (Bilban in Pšeničny, 2007, str. 24):

- čustvena izčrpanost – nanaša se na občutek popolne čustvene izčrpanosti, kadar se posameznik ni več sposoben predajati drugim; povzročajo jo pretirane čustvene zahteve, s katerimi se posameznik srečuje pri svojem delu;
- depersonalizacija – stanje, kadar posameznik namesto simpatije, spoštovanja in čustev razvije cinično in dehumanizirano zaznavo svojih strank. Odnos do strank je negativen, z njimi ravna neosebno. Ljudi vidi kot objekte ali predmete, od njih se oddalji;
- znižana osebna izpolnitev – nastopi takrat, kadar oseba izgubi občutek kompetence za uspešno delo z ljudmi. Kaže se v občutkih neučinkovitosti in neuspešnosti. Posameznik izgublja občutek osebne izpolnitve in uspešnosti pri delu, izgubi samospoštovanje, nastopi depresija.

Podobno definicijo izgorevanja kot Maslachova sta postavila Pines in Aronson, ki opredeljujeta izgorelost kot stanje fizične, čustvene in mentalne izčrpanosti, ki nastane kot posledica dolgotrajne vpletenosti v čustveno zahtevnih situacijah. Fizična izčrpanost se kaže v pomanjkanju energije, kronični utrujenosti, oslabiljenosti ter s težavami psihosomatskega izvora. Čustvena izčrpanost vključuje občutek nemoči, brezvoljnosti in ujetosti. Pri mentalni izčrpanosti posamezniki razvijejo negativen odnos do sebe, svojega dela in življenja samega (Schaufeli, Buunk in Bram, 2011, str. 330–346).

Bilban in Pšeničny (2007, str. 23) se strinjata, da je izgorelost povezana s čustvi, saj pravita, da je izgorelost hkrati čustvena in nevrološka kriza ter kriza vrednot, v kateri nam močna čustva razkrijejo, kaj nam je resnično pomembno in vredno in kaj bomo morali spremeniti.

Megla (2019) povzema, da je Svetovna zdravstvena organizacija izgorevanje na delovnem mestu opredelila kot poklicni pojav, ki temelji na treh dejavnikih, in sicer občutku izčrpanosti, občutku negativizma ali cinizma v zvezi z delom in zmanjšani strokovni učinkovitosti.

Stresna situacija je podlaga za nastanek prvih znakov izgorevanja. Pri intenzivnem doživljanju negativnega stresa pride v telesu do biokemičnih reakcij, ki porušijo ravnovesje v telesu. Pojavijo se bolezenski znaki, na primer nemir, nespečnost, utrujenost in motnje v delovanju srca in prebavil. Če se proces nadaljuje, se pojavijo še drugi znaki izgorelosti in na koncu depresija in anksiozne motnje (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006, str. 1). Pri negativnem stresu so zahteve večje od naših sposobnosti. Temu se pridruži še bojazen, da bomo naleteli na ovire, ki jih ne bomo mogli obvladati. Tak stres pogosto spremeni ustaljen način življenja in

vpliva na človekovo vedenje. Negativen stres bi lahko imenovali tudi izgorelost, ki je razkroj vrednot, dostojanstva, duha in volje (Ivanko in Stare, 2007, str. 226). Izgorevanje ni prisotno zgolj na osebni ravni, ampak ga določa vse tisto, kar se dogaja s posameznikom na medosebni ravni, v odnosih in na organizacijski ravni (Rakovec Felser, 2006, str. 8).

Če se okoliščine ne spremenijo, se proces nadaljuje v drugo stopnjo izgorevanja, kjer se v mislih osebe pojavi teza, da ničesar ne more niti kontrolirati niti spremeniti – nima moči, vse je brez smisla. Človek občuti osebno razvrednotenost, čustveno izčrpanost, nemoč. Ima težave s spanjem, upade njegova delovna učinkovitost, zateka se v osamo. Pogosto telesno zboli in je nastopi kronična utrujenost (Leskovic in Leskovar, 2012, str. 243).

Gold in Roth (2013, str. 69) opišeta stres kot neuravnoteženo intelektualno, čustveno in fizično stanje, ki vodi v občutek ogroženosti in se odraža v fizičnih in čustvenih reakcijah. Izgorevanje pa je sindrom nenehnega razočaranja, ki izhaja iz neuresničenih potreb in pričakovanj posameznika. Tako posameznik ne vidi več rešitve, počuti se prazno in brez motivacije.

1.3 Projekcije prebivalstva

Analize demografskih gibanj za zadnjih petdeset let so pokazale, da je bilo leta 2003 v Sloveniji doseženo t. i. »demografsko dno«. Po tem letu, zlasti v letu 2007, pa so bila demografska gibanja takšna, da so slovenski javnosti vlila novo upanje na boljši demografski razvoj slovenskega prebivalstva. Vendar pa demografske analize daljših časovnih obdobjev kažejo, da se bo Slovenija zaradi »krčenja« generacij po letu 1980 kljub dejanskemu in predvidenemu pozitivnemu selitvenemu prirastku soočila z resno demografsko krizo. Tako analiza demografskih gibanj za zadnjih petdeset let kot tudi analiza osnovne variante projekcij za obdobje 2009–2061, ki jih je za Slovenijo v letu 2008 za izračune projekcij javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva v Evropski uniji, izdelal Eurostat, pokaže, da ni razlogov za pretiran optimizem (Vogt, 2008, b. s.).

Po tej projekciji prebivalstvo Slovenije naj ne bi le upadlo, temveč naj bi se tudi izrazilo postaralo. Če je bilo konec leta 2007 16,0 % prebivalcev starih 65 let ali več, naj bi jih bilo po projekcijah konec leta 2060 že 33,4 %, kar je dobra tretjina vsega prebivalstva Slovenije. Pri tem Slovenija v okviru EU ni izjema, saj naj bi staranje prebivalstva zajelo vse države članice EU (po osnovni varianti projekcij naj bi bilo leta 2060 v državah članicah EU kar 30 % prebivalstva starega 65 let ali več). Vzroke gre iskati v izrazito nizki rodnosti v nekaterih državah članicah in nizki rodnosti v večini držav članic ter v večjem številu preživelih v višji starosti. Tako naj bi bilo po teh projekcijah konec leta 2060 v EU trikrat več prebivalcev starih 80 let ali več kakor v letu 2008 (Vogt, 2008, b. s.).

Staranje prebivalstva med drugim prinaša večjo obremenjenost delovno sposobnega prebivalstva (v starostni skupini prebivalstva od 15 do 64 let). To obremenjenost delovno sposobnega prebivalstva po navadi merimo s koeficientom starostne odvisnosti dva. Slovenija je imela v preteklih treh desetletjih, zlasti pa v zadnjih dvajsetih letih, z vidika obremenjenosti delovno sposobnega prebivalstva (starega 15–64 let) dobro prebivalstveno strukturo in koeficient starostne odvisnosti je bil v upadu. Večji del je k skupnemu koeficientu starostne odvisnosti v preteklosti prispeval koeficient starostne odvisnosti mladih. Vendar pa se je upadanje koeficienta starostne odvisnosti v letu 2003 ustavilo in od takrat je v porastu. V istem letu se je spremenila tudi struktura koeficienta – in sicer od leta 2003 k skupnemu koeficientu starostne odvisnosti prispeva več koeficient starostne odvisnosti starih kot mladih. Koeficient starostne odvisnosti od sredine leta 2008 (računano iz osnovnih podatkov) bo do začetka leta

2061 (računano iz podatkov projekcij) porasel še za dvakrat, in sicer s 43,3 % na 85,6 %, pri čemer naj bi delež starostno odvisnega starega prebivalstva k skupnemu koeficientu prispeval že skoraj 3/4 skupne vrednosti koeficienta starostne odvisnosti.

Staranje populacije ima za posledico spremembo družbenih, socialnih in ekonomskih razmerij. Zvečanje števila starejše populacije vpliva na izzive in zahteve, ki jih doslej nismo poznali. Potrebe starejše populacije so praviloma drugačne, kot to velja za mlajše generacije. S staranjem se zvišajo zlasti potrebe po zdravstvenih storitvah. Večina starejših ima eno ali več kroničnih bolezni, poleg tega se pri starostniku srečujemo s poslabšanjem funkcionalnega stanja, kar otežuje uspešno zdravljenje in rehabilitacijo akutnih bolezni (Poredoš, 2004). Oskrbovanci potrebujejo zaradi socialno-zdravstvene ogroženosti ustrezno pomoč posebej za takšno delo usposobljenih delavcev. Zaposleni v socialnovarstvenih zavodih, med katere sodi tudi dom starejših občanov, skrbijo za telesno in duševno prizadete, težko bolne, čustveno in osebnostno motene ter socialno ogrožene ljudi. Pričakovanja uporabnikov in njihovih skrbnikov so običajno večja, kot jih lahko delavci izpolnijo. Plačniki uslug se sklicujejo na poravnane račune, delavci pa na dejstvo, da z denarjem ni moč plačati vsega, kar od njih zahtevajo, zato pada ugled ustanov socialne mreže in hkrati narašča nezaupanje do strokovnih delavcev v teh strokah (Leskovic in Leskovar, 2012, str. 241).

Delo z ljudmi, ki so potrebni pomoči, zahteva tudi velik emocionalni napor. Tako delo zahteva zdrave ljudi z veliko potrpežljivosti, vzdržljivosti, empatije in trdne volje. V delo z ljudmi, ki potrebujejo pomoč, je pogosto treba vložiti veliko energije, da ohranimo potrpežljivost in sočutnost tudi v kriznih trenutkih. Po drugi strani pa so zaposleni pri tem delu lahko deležni psihološke nagrade, ki jo prinaša osebna izpolnitev, osebno zadovoljstvo in povezovanje z ljudmi (Leskovic, 2011, str. 145).

Stiki med ponudnikom in prejemnikom pomoči se dogajajo v okviru neke formalne institucije, kot je na primer dom za starejše. Delovni položaj določa, kakšno storitev bodo uporabniki dobili. Formalna institucija določa sredstva, omejitve in postavlja cilje, pred katere je zaposleni postavljen. Obstajajo tako imenovana umazana dela, ki so neprijetna in še bolj stresna kot druga. Zaposleni na takih delovnih mestih so pogosto stigmatizirani, hkrati pa ne dobivajo potrebne podpore in priznanja za delo, ki ga opravljajo. Močna osebna in čustvena vpletenost se pojavi, ko se zaposleni identificira s klientom in sočustvuje z njim ter ko v odnosu zaposleni zadovoljuje lastne potrebe po pozornosti, priznanju in spoštovanju. Težave se lahko pojavijo, ko se klientov problem razreši in se odnos konča. Klient odide, zaposleni pa se počuti praznega, saj je vanj vložil velik del sebe (Maslach, 2003, b. s.).

V poklicih, usmerjenih k ljudem, problem uporabnika postane središče pozornosti. Dobro in močne strani uporabnikov pogosto spregledamo, po drugi strani pa tudi uporabniki sami včasih zamolčijo pozitivne informacije ali okoliščine, ki bi lahko pomagale rešiti težave, saj se bojijo, da bi jim zato namenili manj časa in pozornosti. Dolgoročno soočenje le s težavami privede do ciničnega pogleda na človeško naravo (Leskovic, 2011, str. 148).

V prihodnje lahko utemeljeno pričakujemo naraščanje zahtevnosti zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih zaradi podaljševanja življenjske dobe. Prav tako je vse bolj prisotna težnja po temeljitejši ureditvi vse pogosteje izjemno zahtevne zdravstvene nege (Leskovic, 2011, str. 1712).

1.4 Delo in delovne obremenitve kot izvor poklicne izgorelosti

Pravica do dela se je sprva utemeljila na pravni regulaciji zaščite delavčevega življenja. Ta naj ne bi postal žrtev pogodbe, s katero bi zastavil življenje in zdravje v zameno za plačilo, ki bi pokrilo zgolj njegovo delo. Vendar se delo spreminja hitreje kot pravni instrumenti, ki so jih uvedli zato, da bi ljudi zaščitili pred slabimi posledicami dela, kot so stres, preobremenjenost in nenazadnje tudi poklicna izgorelost (Findeisen, 2005, str. 39).

Delo predstavlja zelo pomemben del življenja vsakega človeka, saj nudi številne možnosti socialnih interakcij in osebnostnega napredka (rasti). Močno vpliva na posameznikovo samopodobo in občutek lastne vrednosti ter lahko služi kot izziv za samo-izpopolnjevanje (Selič, 1999, str. 120). Po drugi strani pa delo od človeka zahteva napor, zaradi česar prihaja pri zaposlenih do preobremenjenosti, ki se kaže v dveh smereh. S kvantitativno preobremenjenostjo se posameznik srečuje takrat, ko ima preveč dela, s kvalitativno pa takrat, ko je delo prezahtevno in zaposleni ne obvlada več svojih nalog in zadolžitev (Černigoj Sadar, 2002, str. 93). Delovne obremenitve so pomemben dejavnik, ki vpliva na nastanek poklicne izgorelosti.

Doživljanje preobremenjenosti je posledica organizacijskih razmer, nezmožnosti vplivanja na svoje delo, na organizacijo in razporejanje svojega delovnega časa in na ritem dela. Zaradi pritiskov ob spreminjajočih se vedno novih zahtevah ali zahtevah po povečevanju obsega dela se pojavlja doživljanje preobremenjenosti, ki je posledica psihičnih preobremenitev. V nekaterih okoljih je posledica vplivov zunanjih delovnih pogojev, tehnologije, ergonomske ureditve delovnega okolja ter organizacijskih razmer, pogosto kot posledica spremenjenih potreb po zdravstveni negi uporabnika. Delovnih obremenitev, ki so posledica težkega fizičnega dela, je v delovnem okolju vse manj, s povečevanjem deleža zaposlenih v storitvenih dejavnostih pa je vse več psihičnih obremenitev (Molan in Molan, 2008, str. 38).

Zaradi vplivov, ki jih ima delo na človekovo življenje, je pomembno, da ga vključimo v posameznikovo življenje tako, da mu bo le-to prinašalo zadovoljstvo. Če delovno okolje deluje obremenilno, posameznik ne zmore s polno energijo slediti vsem družinskim obveznostim. Takšen konflikt med plačanim delom in družino nastane zaradi omejene količine resursov, kot sta na primer čas in energija (Cergol Lipnik, 2012, str.78). Ljudje zato iščejo takšno zaposlitev, ki jim bo omogočala uspešno usklajevanje dela in prostega časa (Leskovic, 2014, str. 98). Za uspešno usklajevanje službenih in zasebnih obveznosti pa je ključnega pomena sodelovanje delodajalcev in zaposlenih, res pa je, da je v veliko primerih možnost dogovora o delovnem času pogojena z drugimi dejavniki, kot sta recimo odpiralni čas in razpoložljivost človeških virov.

2 SINDROM IZGOREVANJA

2.1 Definicije izgorelosti

Definicije izgorevanja so si med avtorji zelo podobne. Pomen izgorevanja je pri večini avtorjev isti, vendar vsak avtor problem izgorevanja umešča v svoj prostor in čas.

Izgorelost je uničenje duha, ponosa, vrednot, dostojanstva, skratka lahko bi rekli tudi, da uniči posameznikovo dušo. Ta bolezen, ki jo imenujemo izgorelost napada človeka počasi in se konstantno širi in žene človeka v pogubo (Maslach in Leiter, 2002, str. 16).

Maslach in Leiter (2002, str. 16.), sta na podlagi mnogih raziskav ugotovila, da je izgorelost predvsem problem organizacije. Predstavila sta šest področij dela (preobremenjenost z delom, pomanjkanje nadzora, nezadostno nagrajevanje, razpad skupnosti, pomanjkanje poštenosti, nasprotujoče si vrednote), kjer prihaja do največjih neskladij med posameznikovimi pričakovanji in njegovim delom.

Kovač (2013, b. s.) opredeljuje izgorelost kot dolgotrajno izpostavljenost čustveno zahtevnim situacijam in se pojavi predvsem pri osebah, ki delajo z ljudmi. Do takšnega zaključka je prišla večina raziskovalcev in avtorjev, ki se ukvarjajo s preučevanjem poklicne izgorelosti. Ugotavljajo namreč, da je izgorelost najbolj prisotna v poklicih pomoči oz. na tistih področjih dela, kjer zaposleni nudijo pomoč ljudem. Med takšna področja spada predvsem zdravstvo, socialno varstvo ter vzgoja in izobraževanje.

Pšeničny (2006), Bilban in Pšeničny (2007), Čuk in Klemen (2010) in Leskovic (2014) izčrpanost definirajo kot občutek, da osebe ne bi mogle ponuditi nič več od sebe na čustveni ravni; pojavlja se cinizem kot daljni odnos do dela, pri čemer so to ljudje, ki jih oskrbujejo. V primerjavi s sodelavci ugotavljajo, da so neučinkoviti, pojavlja se občutek, da neustrezno opravljajo delovne naloge in da so nesposobni pri delu. Na splošno je izgorelost odziv telesa na neuspeh soočanja strategij, ki bi jih posamezniki lahko koristno uporabili za obvladovanje stresa na delovnem mestu.

Izgorevanje je opredeljeno kot upad energije in moči, kot izčrpanost zaradi stalnih naporov, trošenja razpoložljive energije in moči. Pojav izgorevanja pomeni psihofizično in čustveno izčrpanost, pojavi se pri osebah, ki delajo v stresnih razmerah. Izgorevanje se pojavi, kadar nastane neskladje med naravo dela in človekom, ki ga opravlja (Čuk in Klemen, 2010, str. 180).

Izgorelost lahko na kratko opišemo kot stanje kronične psihofizične in čustvene oslabeledosti. Glavni znaki izgorelosti so depersonalizacija, manjša produktivnost in čustvena oslabeledost (Kralj, Sedmak, Kotnik idr., 2011, str. 12).

Podobno definicijo izgorevanja kot Maslach, sta postavila Pines in Aronson, saj pravita, da je izgorelost stanje fizične, čustvene in mentalne izčrpanosti, ki je posledica dolgotrajne vpletenosti v čustveno zahtevne situacije. Fizična izčrpanost se kaže kot pomanjkanje energije, kronična utrujenost, oslabeledjenost in težave psihosomatskega izvora. Čustvena izčrpanost vključuje občutek nemoči, brezvoljnosti in ujetosti. Pri mentalni izčrpanosti posamezniki razvijajo negativen odnos do sebe, svojega dela in življenja samega (Schaufeli, Buunk in Bram 2011, str. 332).

Meško (2011, str. 29) navaja izgorelost po Youngsu, ki trdi, da se izčrpanost pojavi takrat, ko je telo podvrženo stanju močnega stresa od šest do osem tednov. Kot rezultat tako dolgo trajajočega stresa se telo utruje ter izgubi svojo prožnost in odbojnost, potrebno za obvladovanje stresnih situacij. Ta biokemična izpitost se pogosto imenuje tudi izgorelost.

Definicija izgorelosti se razlikuje glede na vedo proučevanja. Psihologi obravnavajo izgorelost kot nezmožnost posameznika za obvladovanje stresa in zato vidijo rešitev v zdravljenju, kjer se posameznik nauči obvladovati stres z različnimi tehnikami, kot so joga, vaje za sproščanje in počitek. Drugačen pogled imajo sociologi, ki gledajo na izgorelost kot na problem treh dimenzij: nemoči, izolacije in odtujenosti. S psihologi se strinjajo v tem, da je stres še vedno lahko dejavnik izgorelosti, vendar menijo, da je težava v organizaciji in so zato za učinkovito zdravljenje potrebne strukturne spremembe (Saha in Dworkin, 2009, str. 70). Pogled

zdravstvenih strokovnjakov za stres je, da človek občuti izčrpanost po šestih do osmih tednih stanja intenzivnega stresa, njegova posledica pa sta telesna utrujenost in izguba prožnosti za obvladovanje situacij, kar predstavlja izgorelost (Youngs, 2001, str. 16). Hrovatičeva (2008, str. 52) opozarja, da izgorelost ni le dolgotrajen stres, ampak gre za bolezen, kjer so posledice mnogo hujše. Pri izgorelosti se zlomi energetski sistem v telesu, spremeni se biokemično delovanje, posledično še čustvovanje, mišljenje in vedenje. Nekoč najbolj zagnani delavci postanejo nezainteresirani, najbolj prijazne osebe postanejo neobčutljive, površne in osorne. Razvijejo hladen, ciničen odnos do pacientov.

2.2 Fazni modeli izgorevanja

Golembiewski, Boudreau, Sun, in Luo (1998, str. 60) so modificirali tridimenzionalni model izgorelosti Maslachove v fazni model izgorelosti ter ga empirično potrdili. Model so usmerili na posameznikovo doživljanje delovnega stresa glede na njegovo možnost spoprijemanja z njim, pri tem pa so upoštevali razliko med posamezniki v doživljanju stresa, različne točke v času, ko je posameznik bolj občutljiv na izgorelost, ter predpostavko, da določeni stresorji nekatere posameznike motivirajo, druge pa ohromijo. Fazni model izgorelosti (Golembiewski, Boudreau, Munzenrider in Luo, 1996). Glede na kombinacijo treh aspektov izgorevanja (čustvena izgorelost, depersonalizacija in osebna izpolnitev), kjer je za vsak aspekt določen visok in nizek rezultat, sta definirala različne faze izgorelosti. Ugotovili so, da visoka čustvena izčrpanost prispeva več k izgorelosti kot nizka osebna izpolnitev, obe dimenziji pa sta izrazitejši kot depersonalizacija. Na podlagi pilotske študije so izbrali mediano kot tisto vrednost, ki loči visoki rezultat od nizkega, in tako določili stopnje izgorelosti:

- stopnja čustvene izčrpanosti je nizka, če posameznik na tej dimenziji doseže 23 točk ali manj, in visoka, če doseže 24 točk ali več;
- stopnja depersonalizacije je nizka, če posameznik doseže rezultat 18 točk ali manj, in visoka, če doseže 19 točk in več;
- stopnja osebne izpolnitve je nizka, če posameznik doseže 27 točk ali več, in visoka, če doseže 26 točk ali manj. Pri tej dimenziji je rezultat glede na ostali dve dimenziji obraten, saj nižja osebna izpolnitev prispeva k višji izgorelosti.

Faze izgorelosti so avtorji nato določili glede na visoke ali nizke rezultate pri posamezni dimenziji. Določila sta osem faz izgorelosti. Tako je bil na primer posameznik, ki je dosegel nizek rezultat v vseh treh dimenzijah, uvrščen v prvo fazo. Zanj je torej značilno, da je do svojih strank pozoren in čuteč, da svoje delo vrednoti kot dobro in družbeno koristno in ima še dovolj energije za spoprijemanje s stresorji. Posameznik, uvrščen v osmo fazo, bo ravno nasprotno občutil tako obremenjenost, ki presega zmožnosti zadostnega obvladovanja situacije, do strank bo čutil odtujenost, imel bo občutek, da ga delo ne izpolnjuje itd.

Trdijo, da je prehod med fazami lahko kroničen (I-II-IV-VIII) ali akuten (npr. I-V; III-VII). Kroničen prehod pomeni, da je posameznik najprej občutil depersonalizacijo, katere posledice so ga čez čas začele ovirati pri izvajanju nalog. To pa je vodilo do napetosti, ki ovirajo posameznikove zmožnosti spoprijemanja in sprožijo čustveno izčrpanost (Penko, 1994, str. 323).

Burisch (2008, b. s.) zagovarja šestfazni model izgorelosti. *Znaki in faze izgorelosti*,

1. faza: navdušenje/idealizem – posameznik začne z nestrpnim startom v poklicnem življenju, zavzetostjo za izobraževanje, raziskovanje in študij;
2. faza: realizem/pragmatizem – posameznik je zdrav in obvladuje vsakdanje delo;
3. faza: stagnacija/utrujenost – nastopijo prvi znaki izgorelosti in tveganje za izgorelost;
4. faza: frustracija/depresija – delovna zavzetost in motivacija se zmanjšata na minimum;

5. faza: apatija/obup – izguba volje na vseh področji življenja;
6. faza: življenjska kriza.

Burisch in Eckhart sta nadgradila model v osemfazni model izgorelosti (Wolpin, Burke in Greenglass, 1990, str. 451–457). Priporočila sta tudi, da pri majhnem številu udeležencev lahko le-te razvrstimo v tri skupine glede na to, v katero fazo je bil udeleženec uvrščen po osemfaznem modelu. Če smo posameznika uvrstili v fazo I, II ali III, mu pripišemo nizko stopnjo izgorelosti, če smo ga uvrstili v fazo IV ali V, mu pripišemo srednjo stopnjo izgorelosti, posameznikom iz faze VI, VII in VIII pa visoko stopnjo izgorelosti.

Psihologa Herbert Freudenberger in Gail Severne verjameta, da se izgorelost razvija v različnih fazah. Prepričana sta, da ljudje nimajo vseh faz in tudi ne gredo skozi faze izgorelosti v enakem zaporedju (Pšenyčni, 2006, str. 18):

1. faza – občutek prisile, proces izgorelosti se začne z notranjo motivacijo, ko se posameznik želi izkazati pri svojem delu ali na poklicni poti;
2. faza – zanemarjanje lastnih potreb na fizičnem, čustvenem in duhovnem področju;
3. faza – se kaže kot doživljanje svojih notranjih konfliktov in pojav prvih telesnih simptomov, kot so glavobol, sprememba teka, utrujenost, nespečnost, bolečine v mišicah, nezmožnost otresti se prehlada ali bronhialnih težav, prebavne motnje, kratka sapa in kožne spremembe;
4. faza – revizija prepričanja – pojavi se občutek izgubljene identitete ali osebne vizije. Ljudje ne najdejo časa, da bi se povezali s samim seboj, s prijatelji, nimajo časa za hobije ali igro. Zanima jih le, kar je v zvezi z delom in tako postanejo čustveno otopeli;
5. faza – zanikanje nastajajočih težav – samozavesten posameznik se spremeni v kritično, cinično in agresivno osebo. Krivdo iščejo v delu in drugih in ne prepoznajo lastnega spremenjenega vedenja in posledic;
6. faza – posameznik se umika, ne želi si družbe;
7. faza – čustveno je otopel in doživlja osamljenost in nezadovoljstvo;
8. faza – pride do pojava čustvenih simptomov, kot so tesnoba, frustracije, draženje, obup, slabo razpoloženje, jokavost, žalost, in neupravičenega sumu ter paranoje;
9. faza – posameznik se začne obnašati drugače in ljudje začnejo govoriti o njem, da je spremenjen;
10. faza – posameznik doživlja notranjo praznino, demotivacija in destruktivno vedenje pa se kaže v prenehanju, odvisnosti od alkohola ali mamil ali v kompulzivnem gledanju pornografije. V tem začaranem krogu ne znajo odpuščati ostalim in/ali sebi;
11. faza – nastopi izgorelost in depresija, občutek brezupnosti, videnje prihodnosti brez smisla;
12. faza življenja, pojav tipičnih simptomov za depresijo.

Čustvena izčrpanost je najhitreje razpoznavna dimenzija. Kaže se v občutkih preobremenjenosti in izčrpanosti, ki so odziv na pogosta stanja visoke vzbujenosti. Čustvena izčrpanost je nujen element izgorelosti, vendar reflektira le stresno dimenzijo izgorelosti in ne zajema odnosa, ki ga ima posameznik do svojega dela. V poklicih pomoči se ta dimenzija manifestira v odnosu do klientov, in sicer v smeri manjše zavzetosti za njihove probleme in manjše odzivnosti nanje (Pšenyčni, 2006, str. 19).

Depersonalizacija se v poklicih pomoči manifestira kot poskus distanciranja delavca od svojih uporabnikov tako, da aktivno ignorira edinstvene značilnosti uporabnika in jih obravnava kot neosebne objekte. Vidi se v uporabi objektivnih označb, namesto uporabe stanovalčevih imen (npr. ledvica v sobi 6). Depersonalizacija posamezniku omogoči, da se lažje spoprijema z zahtevami dela, saj z njo zmanjša možnost intenzitete čustvenega doživljanja.

Depersonalizacija je takojšnji odgovor na čustveno izčrpanost, zato sta ti dve dimenziji močno povezani (Pšenyčni, 2006, str. 20).

Znižana osebna izpolnitev se kaže v občutkih neuspešnosti in neučinkovitosti, pa tudi v občutkih nesamospoštovanja ter nezadostnem opravljanju delovnih nalog. Prekomerne zahteve dela, ki se odražajo v čustveni izčrpanosti in depersonalizaciji, lahko načnejo tudi posameznikov občutek za delovno učinkovitost. Težko je namreč ohraniti občutek lastne kompetentnosti, kadar se počutimo izčrpane, in težko pomagamo ljudem, če smo do njih indiferentni (Pšenyčni, 2006, str. 22).

Psihično izčrpanost definirajo Kaschka, Korczak in Broich (2011, str. 7) kot stanje izčrpanosti duha, brezvoljnost in odsotnost zanimanja za stvari, ki so bile pomembne, s prvinami depresivnosti. Večinoma izčrpanost povezujejo s poklicem obolelega in s psihičnimi obolenji. Fizični ali psihični napor je tisto, kar nas pripelje v stanje brezvoljnosti, vsak dan obremenjujoče delo brez konca, nam sledi domov in celo v sanje. Izčrpanost lahko delimo na notranjo ali povezano z osebnostjo in zunanjo ali okolijsko. Za osebnostno izčrpanost so značilna visoka merila in pričakovanja do samega sebe, perfekcionizem, potreba po potrditvi, ustrežljivost, pri čemer gre za zanemarjanje lastnih potreb; taka oseba se čuti nenadomestljivo in ne potrebuje ali noče poslušati nasvetov drugih. V to skupino so uvrščene osebe, ki so delu predane, ki pa svoje zmožnosti precenjujejo in zato pride do preobremenjenosti. V ogroženo skupino spadajo tudi osebe, ki delo jemljejo kot edino vredno stvar v življenju in ga celo zamenjujejo za socialno življenje.

2.3 Zadovoljstvo z delom

Dejavnike, ki vplivajo na posameznikovo zadovoljstvo z delom, je mnogo avtorjev poskušalo klasificirati na različne načine. Nekateri so jih delili na dejavnike, ki so vezani na okolje, in tiste, ki so vezani na posameznika, mnogo pa jih je govorilo tudi o interakciji med njimi.

Herzberg, Mausner, Peterson in Capwell (1957, v Guzina, 1986, b. s.) omenjajo deset najpogosteje preučevanih dejavnikov, ki izvirajo iz delovnega okolja, in sicer: notranje vidike dela, nadzor, varnost zaposlitve, podjetje in upravo, delovne razmere, plačo, možnost napredovanja, socialne vidike dela, komunikacijo, ugodnosti in podporo.

Locke (1976, str. 1297) omenja naslednje dejavnike, ki pomembno vplivajo na zadovoljstvo z delom:

1. Nekatero lastnosti dela, ki jim je skupen element mentalni izziv, imajo pomemben vpliv na zadovoljstvo. To so možnost uporabe spretnosti in sposobnosti, možnost učenja, kreativnost, raznovrstnost, težavnost, količina dela, odgovornost, pritisk, kontrola nad delovnimi metodami in tempom, obogatitev dela in kompleksnost. Delovni izziv mora biti dovolj velik, a hkrati tudi zmeren, da ga delavec sprejme ter se vplete v delo, delo pa bo delavcu nudilo užitek in zadovoljstvo.
2. Posameznik je s svojo plačo nezadovoljen, če je prepričan, da je nepravilna. Nezadovoljstvo lahko povzroči tudi prevelika razlika med dobljeno in želeno plačo.
3. Želja po napredovanju izvira iz želje po osebnostnem razvoju, pravičnosti, višjih dohodkih in želje po socialnem statusu. Zadovoljstvo z napredovanjem je odvisno od percepcije privlačnosti organizacijskega sistema napredovanja, dejanskih možnosti napredovanja in osebnih ambicij.
4. Priznanje med najpogostejšimi vzroki za zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo z delom, še posebej pri delavcih na nižjih ravneh organizacije. To so ugotovile tudi raziskave, ki so uporabljale Herzbergovo metodologijo, saj se je pogostokrat priznanje izkazalo za enega glavnih motivatorjev.

5. Mnoge fizične karakteristike okolja vplivajo na posameznikovo fizično neugodje in s tem tudi na njegovo storilnost. Najpomembnejše so temperatura, vlažnost, ventilacija, hrup in osvetljenost, posamezniki pa cenijo tudi novejša in urejena delovna okolja, bližino delovnega mesta ter ustrezno delovno opremo.

V zadnjem času so se razmahnile raziskave, ki preučujejo vpliv osebnosti na zadovoljstvo z delom. Večina jih je potrdila, da so ljudje z visokim notranjim lokusom kontrole, visokim samospoštovanjem, visokim smislom kompetence in z nizkim čustvenim odzivanjem bolj zadovoljni z delom. Pozitivna povezanost se je pokazala tudi med željo po dosežku in zadovoljstvom z delom. Negativne povezanosti so bile ugotovljene z osebnostim tipom A, psihotičizmom in nevrotičizmom (Dipboye, 1994, b. s.).

Posamezniki imajo raje vodje, ki so obzirni in usmerjeni na delavca, torej so prijazni, pohvalijo dobro opravljeno delo, poslušajo mnenja podrejenih in skrbijo za njihovo dobrobit. Zaposleni imajo tudi raje nadrejene in sodelavce, za katere ocenijo, da jim pomagajo pri doseganju pomembnih vrednot, povezanih z delom (Brečko, 2001, b. s.).

Podjetje določa naravo in količino delovnih nalog posameznika, njegovo stopnjo odgovornosti, možnosti za napredovanje, višino plače in fizične pogoje dela ter tako posredno vpliva na mnoge dejavnike zadovoljstva z delom (Brečko, 2001, b. s.).

2.4 Vzroki, povezani z izgorevanjem na delovnem mestu

K nastanku sindroma izgorevanja prispevajo številni dejavniki, ki jih moramo poznati, če želimo preprečiti njegovo nastajanje. Mnogi avtorji jih še danes empirično preverjajo, do sedaj pa so največkrat preučevali dejavnike, ki izvirajo iz delovne situacije. Vendar ljudje ne reagiramo le na službene situacije, temveč tudi na druge – zunanje okoliščine kot so socialno stanje, osebni problemi ter posameznikove lastne želje in pričakovanja (Maslach, 1982, b. s.). Maslach in drugi (2001, str. 410) so dejavnike izgorevanja v grobem razdelili na situacijske in individualne, torej na dejavnike, ki izvirajo iz človekovega okolja, in dejavnike, ki izvirajo iz človeka samega.

Šprah in Dolenc, (2014, str. 74) navajata tri skupine vzrokov, ki medsebojno vplivajo na nastanek izgorelosti, in sicer družbene okoliščine, psihološke okoliščine življenja in dela ter osebne značilnosti.

Ko so v nekem intervjuju vprašali psihoterapevko Urško Batellino (*Izgorevamo zaradi slabih odnosov, ne zaradi preobilice dela, 2017*) ali so za izgorelost krivi odnosi ali delo, je odgovorila: »V resnici vse izgorelosti, ki jih srečujem, izhajajo iz odnosov. Iz občutka, da nikoli nismo dovolj dobri, da je vedno treba narediti več in bolje. Tako pridejo ljudje v položaj, ko ne znajo več preceniti, kdaj je dovolj in kdaj se je treba ustaviti. Termostat se pokvari. Tu je pozitivna psihologija ljudem naredila precej škode. Po njej namreč velja, da smo sami odgovorni za svoje življenje. To so korporacije z veseljem pobrale. Če torej ne zmoreš dela, če se slabo počutiš, je to tvoj problem. Dogaja se, da tudi sposobni ljudje na izpostavljenih položajih, ki pri svojem delu imajo kaj pokazati, pridejo v stanje popolne izgorelosti. To v praksi pomeni najmanj tri mesece bolniškega staleža, posledice se vidijo na telesnem zdravju, v odnosih doma. Dokler ljudje ne ozavestijo dinamike nezdravih odnosov, ki ji sledijo na nezavedni ravni, se ne morejo sestaviti.«

Nato doda še nekaj zanimivih trditev: »Slovinci smo po raziskavah med najbolj nezadovoljnimi v službah. To že v osnovi ni dobro izhodišče. Zelo pogosto imamo občutek, da nismo dovolj

dobri, da nismo dovolj pridni. Pridnost je v našem vrednostnem sistemu namreč zelo visoko postavljena vrednota. Potem imamo še osebne okoliščine – mladi ljudje imajo kredite za stanovanja, otroke v vrtcih in v šoli, skrbi in obveznosti, ki jim ne morejo obrniti hrbta. Ko nekdo nad nami zavoha strah, je to dobro izhodišče za nasilje. In prav zaradi tega strahu se razreševanje izvornih težav še odlaga. Dokler ne uvidimo, kaj se dogaja, to pač »hvaležno« sprejemamo in izgorevamo. Strah poganja cel sistem. Če bi ljudje ozavestili, da tisti spodaj s svojim strahom krmijo tiste nad sabo, bi se morda kaj spremenilo. Tako pa posamezniki izgorevajo in eden po eden padajo. Če je tega veliko, lahko že od daleč vidimo, kako nezdrava je klima v nekem podjetju.« (*Izgorevamo zaradi slabih odnosov, ne zaradi preobilice dela, 2017*).

Dejavniki, ki vplivajo na pojav poklicne izgorelosti, so zmanjšane socialne podpirne strategije soočanja s stresom, osebnost, poklicna samopodoba in čustvena inteligenca (Wang, Liu in Wang, 2013, str. 78–86).

Vzrok za izgorevanje in izgorelost je pomanjkanje ravnotežja med naložbo energije (telesna, čustvena, kognitivna) in izpolnjevanjem potreb (obnavljanje energije) in na način, na katerega se ljudje odzivajo na »nonreciprocal« situacije (osebne lastnosti) v življenjskih in delovnih pogojih (Pšeničny, 2006, str. 25). Prepričani smo, da se labilna ali negativna samozavest lahko oblikuje s pomočjo objektivnih odnosov, ki ne podpirajo individualizacije in ločitev (vzgoje s pogojno ljubeznijo) (Pšeničny, 2006, str. 25).

Zaposleni v zdravstveni negi se srečujejo s socialnimi, psihološkimi in zdravstvenimi problemi. To pomeni, da se člani negovalnega tima veliko ukvarjajo s fenomeni, ki so zelo obremenjujoči. Področje zdravstvena nega vključuje naloge, ki so neprijetne in povzročajo strah. Pogosto se zdravstveno osebje sooča z bolečino, s trpljenjem in smrtjo. Čeprav daje zdravstvena nega tudi veliko zadovoljstva, je doživljanje izčrpanosti in čustvene prizadetosti pogosto. Rezultat so znaki stresa in fizični simptomi, kot so želodčna razjeda, zvišan krvni tlak in motnje spanja (Kaučič, 2002, str. 101). Ti problemi vzbujajo v zadnjih letih večji interes za poglobljene raziskave zaradi izostankov z dela in velikih izgub pri dohodku podjetij. Stres pri delu je smiselno obravnavati predvsem zaradi posledičnih stroškov in širše skrbi za človekovo zdravje in njegovo dobro počutje (Leskovic, 2011, str. 149).

Edward in Hercelinskyj (2007, str. 240–242) sta naštelja še nekaj vzrokov za nastanek izgorelosti na delovnem mestu medicinske sestre: negotovost zaposlovanja, menjava delovne sile, težave z upravljanjem, težave z naravo dela, neustreznimi sredstvi in storitve, težave z drugim osebjem, agresivni bolniki, podcenjevanje bolnikov in medicinskih sester, manj temeljnih nagrad, čustvene omejitve, odnosi in horizontalno nasilje.

Izgorevaje sprožijo dolgotrajne psihološke okoliščine dela ali življenja, ki so za posameznika čustveno podobne določenim okoliščinam iz otroštva. Te doživlja kot posebno stresne, čeprav se podobnosti običajno sploh ne zaveda, ker aktivirajo njegove notranje prisile (Leskovic, Leskovar in Miglič, 2014, str. 148).

Pšeničny (2006, str. 25) navaja notranje prisile kot miselno in čustveno vsebino labilne samopodobe, ki je odvisna od storilnostno pogojenega samovrednotenja in je pravzaprav prisilna notranja motivacija. Vsebine notranjih prisil, ki vodijo v deloholizem ali notranji samogovori: moji rezultati morajo biti vedno popolni in izjemni; drugi morajo biti zadovoljni z mano; delo mi omogoča, da obstajam; opraviti moram vse delo.

Glavni vzrok delovne izgorelosti pa ni samo v stresnem delovnem mestu, ampak v tem, da posameznik v delovnem uspehu išče izpolnitev večine svojih delovnih, varnostnih, socialnih, čustvenih in drugih potreb (Hafner in Ihan, 2014, b. s.).

2.5 Situacijski dejavniki izgorevanja

Kot smo že omenili, je bilo na področju situacijskih dejavnikov narejenih zelo veliko raziskav. Izkazalo se je namreč, da je delovno okolje skupaj z delovnimi situacijami glavni vzrok sindroma izgorevanja. Med najpomembnejše situacijske dejavnike spadajo naslednji: lastnosti dela, lastnosti poklica in lastnosti organizacije (Maslach idr., 2001, str. 420).

Raziskovanje kvantitativnih lastnosti dela, kot so na primer prevelike delovne zahteve v omejenem času, pri čemer se je izgorelost razumela kot odgovor na ta pritisk. Nesporno sta delovna preobremenjenost in časovni pritisk močno povezana s sindromom izgorevanja, predvsem z dimenzijo čustvene izčrpanosti. To so pokazale tako raziskave, ki so temeljile na poročanju oseb o lastnih občutkih, kot tudi tiste, ki so temeljile na bolj objektivnih meritvah (na primer na številu klientov). Lee in Ashfort (1990, str. 743), ki sta proučevala vpliv organizacijske strukture in procesov na izgorelost pri supervizorjih in menedžerjih s področja socialnega skrbstva, sta ugotovila, da se delovna obremenjenost pozitivno povezuje s čustveno izčrpanostjo in z osebno izpolnitvijo.

Kvalitativna študija Analiza stanja psihosocialnih tveganj na delovnih mestih v mikro, malih in srednje velikih podjetjih (Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča, 2011, b. s.) in raziskava Recipročni model izgorelosti (Pšeničny, 2006, str. 36) so temeljile predvsem na proučevanju konfliktnosti in nejasnosti vlog, ki se prav tako zmerno povezujeta z izgorevanjem. Konfliktnost vlog se pojavi, kadar pride do nasprotujočih si delovnih zahtev, nejasnost pa takrat, ko posamezniku primanjkuje ustreznih informacij za delo. Proučevanje je potekalo tudi v smeri raziskovanja delovnih virov – socialne podpore, predvsem v obliki supervizije, saj je slednja celo pomembnejša od podpore sodelavcev. Obstajajo celo predvidevanja, da ima lahko socialna podpora moč uravnavanja povezanosti med stresorji na delu in izgorelostjo. Pod z izgorevanjem povezane delovne vire spadajo tudi povratna informacija, sodelovanje pri odločanju ter avtonomnost; lastnosti poklica. Sprva je bila večina raziskav o izgorelosti osredotočena na poklice pomoči in izobraževanja, kasneje pa se je preselila na druga področja poklicev, npr. menedžerje, računalniške programerje. Ugotovljeni so bili različni profili izgorelosti po posameznih dimenzijah za različne poklice, kar kaže na to, da imajo različni poklici določene pomembne lastnosti, ki vplivajo na doživljanje izgorelosti. Tako je potrjena teorija o vplivu emocionalnih stresorjev (npr. zahteve, da je delavec empatičen, da pokaže ali zatre čustva na delovnem mestu, ki se pojavljajo ob stikih s strankami), na pojav izgorelosti.

Metaanaliza izgorelosti kaže, da je zadovoljstvo z delovnim mestom negativno povezano z vsemi tremi dimenzijami izgorelosti (Alarcon, 2011, str. 550). Najnovejša raziskava o delovnih razmerah v Evropi, ki jo vsako leto opravi Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer iz Dublina, je ugotovila, da je Slovenija med vsemi članicami Evropske unije na samem vrhu glede nezadovoljstva z delovnimi razmerami. To pomeni, da je z razmerami na delovnem mestu nezadovoljna skoraj tretjina zaposlenih (Bizjak, 2008, b. s.). V primeru, da želimo zajeti vse vzroke za proučevanje izgorevanja, moramo obravnavati tudi organizacijsko okolje, v katerem se delo odvija. Širša organizacija vključuje hierarhije, pravila dela, porazdelitev prostora itd., kar vse lahko prispeva k doživljanju izgorelosti, še posebej takrat, kadar se kršijo osnovna pričakovanja o pravičnosti in enakosti. Raziskave, ki so proučevale

delovni kontekst v smislu celotne organizacije, so poudarjale pomen vrednot (implicitiranih v delovno okolje) pri oblikovanju čustvenega in kognitivnega odnosa, ki ju posamezniki razvijajo pri svojem delu. Organizacijski kontekst oblikujejo tudi socialne, kulturne in ekonomične sile. Pri tem so najbolj vidne psihološke pogodbe prepričanja o tem, za kaj je delavec dolžan skrbeti. Zadnje čase se od delavca pričakuje, da bo vlagal v delo več svojega časa, truda, sposobnosti in prilagodljivosti, pri čemer bo za to dobil manj priložnosti za napredovanje in manj varnosti, da ne bo izgubil službe.

2.6 Individualni dejavniki izgorevanja

Veliko je osebnostnih lastnosti, ki vplivajo na doživljanje izgorevanja, vendar njihov vpliv ni tako močan kot vpliv situacijskih dejavnikov. Z individualnimi dejavniki lahko pojasnimo, zakaj v neki organizaciji izgorelosti ne doživljajo vsi zaposleni, ki se soočajo z istimi delovnimi zahtevami in delo opravljajo pod enakimi pogoji. Individualne dejavnike lahko združimo v naslednje skupine: spol, starost, zakonski stan, in število otrok.

Demografske značilnosti

Med vsemi proučevanimi demografskimi značilnostmi je bila povezanost izgorelosti s starostjo daleč najbolj konsistentna. Mlajši zaposleni namreč poročajo o višji izgorelosti v primerjavi s tistimi, ki so starejši od 30 ali 40 let. Starost je namreč povezana z izkušnjami, zato je več verjetnosti, da se bo izgorelost pojavila v zgodnji karieri posameznika. Takšne zaključke je potrebno jemati z zadržkom, saj moramo upoštevati, da tisti, ki v zgodnji karieri doživljajo izgorelost, ponavadi slej kot prej zamenjajo delovno mesto, v organizaciji pa ostanejo tisti, ki izgorelost doživljajo manj intenzivno. Bloom, Burkhe in Scott (1991, v Penko, 1994, str. 323) so poročali, da starejši rehabilitacijski delavci doživljajo manj čustvene izčrpanosti, Lee in Ashfort (1990, str. 745) pa so ugotovili upad izgorelosti s starostjo pri supervizorjih in menedžerjih.

Spol se kljub mnogim predvidevanjem, da naj bi izgorelost intenzivneje doživljale ženske, v večini raziskav ni izkazal kot pomemben prediktor izgorelosti. Edina, sicer majhna, vendar konsistentna, razlika med spoloma se kaže na lestvici depersonalizacije, kjer moški dosegajo višje rezultate. Opazna je tudi tendenca, da ženske doživljajo rahlo višje rezultate na lestvici čustvene izčrpanosti. Obe razliki sta lahko posledica stereotipov ali pa sta povezani s prevladujočim spolom v nekaterih poklicih. Razlike v izgorelosti glede na zakonski stan se nagibajo v smeri, da so neporočeni bolj nagnjeni k izgorelosti od poročenih. Samski posamezniki navadno doživljajo izgorelost močneje od ločenih. Maslach in Jackson (1981, b. s.) sta ugotovili, da posamezniki, ki imajo otroke, doživljajo manj izgorelosti kot tisti, ki jih nimajo. Raziskava priporočila za obvladovanje in znižanje stresa, izgorevanja, absentizma, prezentizma, fluktuacije in usklajevanja poklicnega ter družinskega življenja za velika, srednja in mala podjetja (Zveza svobodnih sindikatov Slovenije, Inštitut za razvoj in inovacije, 2012), je zajela kateri osebnostni tip ima večje potencialne za doživljanje izgorevanja. Trditve so, da posamezniki z nižjo osebnostno čvrstostjo doživljajo višje stopnje izgorevanja, še posebno je pri njih izražena čustvena izčrpanost. Višja izgorelost je značilna tudi za posameznike z zunanjim lokusom kontrole, v primerjavi s tistimi, ki imajo notranji lokus kontrole. Posamezniki z višjim izgorevanjem se od tistih z nižjim razlikujejo tudi v strategijah soočenja s stresom. Tisti z višjim izgorevanjem, se s stresom soočajo na pasiven in obramben način, namesto na bolj aktiven in asertiven način. Nizka izgorelost je povezana tudi z nižjim samospoštovanjem. Primerjave z vprašalnikom osebnosti (Big Five Questionnaire – B5Q), ki temelji na upoštevanju petih faktorjev osebnosti in njihovih pod dimenzij, energija,

sprejemljivost, vestnost, čustvena stabilnost, odprtost in so pokazale, da se izgorelost povezuje z nevroticizmom, dimenzija čustvena izčrpanost pa naj bi bila povezana z osebnostnim tipom človeka. Ljudje se razlikujemo glede pričakovanj, ki jih prinesemo s sabo na delo. Če so ta pričakovanja (npr. o naravi dela ali dosežkih) previsoka, so lahko potencialni dejavnik za nastanek izgorevanja. Omenjena visoka pričakovanja ljudi ženejo, da delajo trdo in preveč, kar vodi do izčrpanosti in cinizma, kadar visoki napori ne dosežejo rezultatov (*Stres ter z njim povezani pojavi*, 2012).

2.7 Razkorak med pričakovanji posameznika in njegovim delom

Maslach idr. (2001, str. 421) so razvili model, ki naj bi integriral individualne in situacijske dejavnike izgorevanja. Osredotočili so se predvsem na stopnjo ujemanja oziroma neujemanja med posameznikom in šestimi področji delovnega okolja. Večje kot so vrzeli med posameznikom in službo, večja je po vsej verjetnosti izgorelost ter večja kot je povezanost med njima, večja je predanost delu. Neujemanje posameznika s šestimi področji se kaže kot: preobremenjenost z delom, pomanjkanje nadzora, nezadostno nagrajevanje. Preobremenjenost z delom se največkrat pokaže v preprosti formuli, kjer prevelike zahteve na delovnem mestu izčrpajo posameznikovo energijo do te mere, da postane okrevanje nemogoče. Največkrat gre za to, da organizacija naloži posamezniku preveč dela, ki je vedno bolj intenzivno in zapleteno ter zahteva več časa za izvedbo. Preobremenjenost z delom je lahko tudi posledica napačne poklicne izbire, nevšečnosti dela, primanjkljaja spretnosti ali sposobnosti. V glavnem je preobremenjenost najbolj povezana z dimenzijo čustvene izčrpanosti in z ustvarjalno ter telesno izčrpanostjo.

Pomanjkanje nadzora se največkrat kaže v nezadostni kontroli posameznika nad viri, ki jih potrebuje za opravljanje dela, ali pa v nesamostojnosti, ki delavcu onemogoča, da izpelje nalogo v zanj najučinkovitejši smeri. Posameznikom odsotnost nadzora nad pomembnimi smernicami njihovega dela preprečuje, da bi se uspešno spopadli s problemi, ki jih zaznajo. Tako lahko v nedogled zapravljajo čas za stvari, ki ne pripomorejo k opravljenemu delu, prav tako pa ob pomanjkanju nadzora posamezniki ne morejo uravnati svojih interesov z interesi organizacije, s tem pa tudi izgubijo voljo. Opozoriti je potrebno, da je nadzor relativen in da si nihče ne želi popolnega nadzora nad svojim delom, vendar pa mora obstajati meja za tisto malo nadzora, ki ga ljudje še lahko imajo, da ohranijo produktiven odnos do svojega dela. Nezadostno nagrajevanje ima velik vpliv kot stresor, glede na pričakovanja ljudi, da nam bo delo, ki ga opravljamo, prineslo materialne nagrade, ugled in varnost, po drugi strani pa tudi veselje ob izpopolnjevanju znanja in opravljanju dela. Svetovni trend je namreč tak, da so plače vedno manjše v primerjavi s stroški in z davki, ki jih mora plačevati posameznik, vedno manj je možnosti za napredovanje (sekundarna nagrada in ugled), zmanjšujejo pa se tudi obveznosti organizacij do stalno zaposlenih, kar vpliva na občutek varnosti posameznika. Neugodno na posameznika vpliva tudi občutek, da svojega dela ne opravlja dovolj učinkovito, ki se hitro razvije, če posameznik ne dobi nobenega socialnega priznanja. Vse našteje situacije lahko pri delavcu povzročijo občutke neučinkovitosti (Resnik, 2015).

Razpad skupnosti kot dejavnik tveganja za nastanek izgorelosti je zelo prisoten. Zaradi izgube varnosti zaposlitve in večjega posvečanja kratkoročnim dobičkom se na delovnih mestih začno trgati pristne socialne vezi, ki so temeljna sestavina skupnosti v organizaciji. Kadar v skupini manjka občutek skupnosti, se zmanjša smisel za medsebojno pomoč, onemogočeno je skupinsko delo, posamezniki se ne identificirajo s skupino, temveč postanejo bolj izolirani in tekmovalni med sabo. Vse to ne le zmanjša njihovo delovno učinkovitost, temveč tudi povzroči, da se posamezniki na delovnem mestu ne počutijo sprejete in varne. Hkrati se poveča možnost

stalnih konfliktov, ki so glavni vir frustracije in zmanjšujejo verjetnost socialne podpore. Pomanjkanje poštenosti vodi zaposlene tudi v nezadovoljstvo. Zaposleni pričakuje in ocenjuje, delovno mesto kot pošteno, če so prisotni trije ključni elementi: zaupanje, odkritost in spoštovanje. V sodobnih organizacijah je vse težje ohraniti skupnosti, v katerih so prisotni omenjeni trije elementi. Dogaja se namreč, da delavci ne zaupajo vodstvu, da so njihove odločitve v prid delavcev ter ne verjamejo vodstvu, da je do njih odkrito, saj so odločitve navadno zelo pozno razkrite. Občutek nespoštovanja se razvije, ko delavec opazi nepoštenost v smislu neenakosti plačevanja in obremenjenosti, goljufij, neutemeljenih napredovanj in krivičnih evalvacij delavca. Pomanjkanje občutka poštenosti na izgorelost vpliva s povzročeni občutki čustvene razburjenosti in izčrpanosti, pa tudi z globokimi občutki cinizma do delovnega mesta. Nasprotujoče si vrednote lahko usodno vplivajo na delavčev odnos do dela. Razkroj med delavčevimi vrednotami in vrednotami organizacije se pojavi, kadar delavec zaznava svoje delo kot neetično ter kadar njegovo delo ni v skladu z njegovimi vrednotami. Neskladje lahko nastane tudi med osebnimi kariernimi aspiracijami in vrednotami organizacije. Nenazadnje se lahko pojavi tudi konflikt med samimi vrednotami, ki si jih organizacija zastavi, oziroma med njimi in dejanskim stanjem. Kasnejše raziskave omenjenih šestih področij (Maslach idr., 2001, str. 420) so pokazale povezanost med njimi pa tudi povezanost s tremi dimenzijami izgorelosti. Pokazalo se je tudi, da ima področje vrednot centralno vlogo kot mediator med drugimi področji ter možnost, da obstajajo razlike v razmerju pomembnosti šestih področij med posamezniki. Ljudje lahko namreč tolerirajo večje neujemanje na določenem področju, če so neujemanja na ostalih toliko manjša. Neujemanje na šestih področjih torej ni le preprost povzetek ugotovitev raziskav izgorelosti. Prej teh šest področij predstavlja konceptualni okvir kriznih situacij, ki ogrožajo odnos, ki ga delavec razvija s svojim delom. Ta pristop poudarja pomembnost gledanja posameznika v kontekstu, v smislu ali posameznik lahko sprejme pogoje delovnega okolja ali ne.

Na področju situacijskih dejavnikov je bilo narejenih zelo veliko raziskav. Izkazalo se je, da je delovno okolje skupaj z delovnimi situacijami v močni korelaciji s sindromom izgorevanja. Maslach in Pines (2005, str. 79) je izpostavila problematiko, ki je nastala s preučevanjem izgorelosti, ko se je osredotočenost od vplivov socialnih odnosov preusmerila na vplive dela, predvsem v teoretičnih okvirih industrijsko-organizacijske psihologije. Max Weber je podobno kot Fayol zagovarjal stališče, da mora biti v dobri organizaciji vse znano in predpisano vnaprej. Tako kot njegovi predhodniki (in tudi nasledniki) je postavil principe, ki naj bi jih uspešen management brezpogojno upošteval (Max Weber, 1978, str. 16–17):

- delitev dela (določitev organizacijskih enot ali nalog posameznikov);
- hierarhija avtoritete (določitev razmerja nadrejenosti ali podrejenosti);
- formalizacija organizacije (določitev vseh pravil, ki zagotavljajo, da bo organizacija učinkovita ne glede na to, kdo zaseda določeno delovno mesto);
- dokumentiranje organizacije (vsa pravila, ki so pomembna za delovanje organizacije, morajo biti zapisana);
- izbor ter napredovanje delavcev glede na njihovo sposobnost (objektivnost pri napredovanju po hierarhični lestvici in preprečevanje samovolje vodilnih delavcev).

Seveda so raziskave, ki temeljijo na industrijsko-organizacijskih teorijah, spremenljivkah delovnega okolja in organizacije ter metodologiji, nepojmljivo koristne in so obogatile razumevanje sindroma izgorelosti. Vendar so odvrnile pozornost od pomena interpersonalnih in medosebnih odnosov in s tem povzročile, da se na izgorelost gleda kot na še en delovni pojav.

Organizacijska kultura je sistem pravil, vrednot, norm, prepričanj, stališč, načinov izvajanja procesov in postopkov, vedenja in načinov delovanja vseh zaposlenih. Vsaka organizacija ima

ne glede na velikost in starost svojo kulturo, ki jo oblikujejo posamezne osebe s svojimi vrednotami in medsebojnimi odnosi. Kultura je socialno pogojena in socialno vzdrževana, saj ji vsaka skupina ljudi daje določeno tradicijo. Kultura predstavlja sredstvo, s katerim ohranjamo in razvijamo človekove vrednote ter ga tako dvignemo nad nivo osebnih potreb in želja (Primožič, 2005, str. 32).

Organizacijska kultura in klima sta organizacijska dejavnika, ki sta neposredno povezana z vsemi ostalimi elementi organizacije, njenim okoljem in vsemi posamezniki v sistemu. Vse aktivnosti, spremembe ali vedenje se odražajo na organizacijski kulturi in klimi. Prav tako vsaka sprememba kulture in klime povzroči spremembe na vseh ostalih področjih v organizaciji. Z načrtnim upravljanjem organizacijske kulture in klime lahko naredimo veliko tako za celotno organizacijo kot tudi za vse zaposlene. Organizacijska kultura se krepi, razvija in ohranja. Stališča, pravila, norme, vrednote, načini dela, skupni cilji, vedenje zaposlenih, skupne lastnosti in prepričanja opredeljujejo tako imenovani kolektivni fenomen organizacije. Organizacijska klima se izraža preko percepcije sistema s strani zaposlenih. Vsebuje mehke dimenzije osebnosti poslovnega sistema in posameznikov. Organizacijska klima predstavlja način, kako zaposleni razumejo sistem. Njeni temeljni elementi so zadovoljstvo, lojalnost, počutje pri delu, sodelovanje, solidarnost, zavest ljudi, avtonomnost in interakcije med ljudmi. Organizacijska kultura je slabo vidna in pogosto prikrita, klima pa je zelo jasno prepoznavna (Mihalič, 2008, str. 32).

Pšeničny (2006, b. d.) meni, da je vzrok za izgorevanje in izgorelost v neravnotežju (nerecipročnost) med vlaganjem (črpanjem) energije (telesne, čustvene, kognitivne) in zadovoljevanjem potreb (obnavljanjem energije) ter načini odzivanja oseb na nerecipročne situacije (osebnostne lastnosti) v življenjskih in delovnih okoliščinah

Opazimo lahko, da se večina definicij izgorelosti ujema v tem, da je to reakcija na podaljšano izpostavljenost stresnemu delovnemu okolju. Od stresa na delovnem mestu se izgorelost razlikuje predvsem v tem, da gre pri izgorelosti za posledico dolgotrajne izpostavljenosti stresu, medtem ko je stres stanje posameznika pod psihičnim ali fizičnim pritiskom. Poleg tega večina definicij omenja kot glavne komponente izgorelosti čustveno izčrpanost oziroma pomanjkanje energije, zmanjšano aktivnost na delovnem mestu in depersonalizacijo (Primožič, 2005, str. 23).

Maslach in Leiter (2002, b. s.) sta ugotovila, da je izgorelost predvsem problem organizacije. Predstavila sta šest področij dela (preobremenjenost z delom, pomanjkanje nadzora, nezadostno nagrajevanje, razpad skupnosti, pomanjkanje poštenosti, nasprotujoče si vrednote), kjer prihaja do največjih neskladij med pričakovanji posameznika in njegovim dejanskim delom.

Rezultati raziskav avtorjev Skinner, Madison in Harris Humphries, (2010, b. s.); Taylor in Barling, (2004, str. 118) so pokazali, da so glavni vir problemov negovalnega osebja na delovnem mestu, ki vodijo do izgorelosti: nezanesljivost zaposlitve, organizacijske in sistemske težave, težave, povezane z naravo dela, neprimerni pripomočki, težave z zdravniki, nasilnost pacientov, podcenjevanje s strani nadrejenih, psihični in fizični pritiski ter nerazumevanje med samim negovalnim osebjem. Greenglass in Burke (2002, str. 90) sta potrdila manjšo izgorelost bolničark, ki imajo višje občutke podpore s strani bolnišnice in sindikata. Na vzorcu 1363 zaposlenih članov negovalnega osebja sta ugotovili pozitivno povezanost med preobremenjenostjo z delom in izgorevanjem.

Rezultati raziskave Chaoping, Kan in Zhengxue, (2003a, str. 807) so pokazali, da je stopnja doživljanja konflikta med službo in družino eden od pomembnejših dejavnikov pri doživljanju izgorelosti. Omenjeni konflikt se je izkazal za pomembnejšega od drugih merjenih demografskih dejavnikov. Chaoping, Kan in Zhengxue, (2003b, str. 170) hkrati so ugotovili, da so ženske dosegale višje rezultate pri čustveni izčrpanosti v primerjavi z moškimi. Podobno so višjo čustveno izčrpanost in nižjo osebno izpolnitev doživljali udeleženci z nižjo stopnjo izobrazbe.

Podobne rezultate so dobili Demir, Ulusoy in Ulusoy (2003, str. 808), ki so ugotavljali nekatere značilnosti negovalnega osebja. Ugotovili so, da se visoka izobrazba, delovne izkušnje in visok status povezujejo z nizko izgorelostjo, k visoki izgorelosti pa prispevajo nočne izmene, nezadovoljstvo na delovnem mestu in problemi z drugimi člani tima.

Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006, b. s.) povzemajo, da so v Švici izgoreli splošni zdravniki: 33 % zdravnikov je imelo srednje, 4 % pa zelo izražen sindrom izgorevanja. V raziskavi med 594 slovenskimi splošnimi zdravniki, psihiatri in tistimi zdravniki, ki ne delajo pretežno z bolniki, se je pokazalo, da o samomoru včasih ali pogosto razmišlja približno 10 % zdravnikov, skoraj 2 % zdravnikov pa je samomor že poskušalo storiti. Pri medicinskih sestrah je izgorevanje povezano z vrsto in naravo njihovega dela. Pri medicinskih sestrah, ki delajo na urgentnih oddelkih, je izgorevanje veliko bolj prisotno kot pri tistih, ki delajo na intenzivnih ali internih oddelkih. Bolj obremenjene so tudi medicinske sestre, ki delajo na psihiatričnih oddelkih in v socialnih zavodih (Inštitut za varovanje zdravja, 2010, b. s.).

Stres na delovnem mestu je pogost po vsej Evropi. Četrta evropska raziskava o delovnih razmerah je ugotovila, da se pojavlja močna povezava med intenzivnostjo dela ter slabimi fizičnimi in psihološkimi delovnimi pogoji. V peti evropski študiji o delovnih razmerah (*Caring professions at risk of job burnout Eurofond*, 2010) so ugotovili, da je v Sloveniji 38,6 % moških in 47,9 % žensk poročalo, da so v zadnjih 12 mesecih trpeli zaradi splošne utrujenosti, 10,1 % anketirancev pa, da so v zadnjih 12 mesecih trpeli zaradi depresije ali tesnobe. Povezave med izkušnjo depresije ali tesnobe in zdravstvenimi težavami, o katerih so poročali v posebnem modulu, niso našli. Odkrili pa so, da je izkušnja depresije ali tesnobe šibko pozitivno povezana z izkušnjo splošne utrujenosti in negativno povezana z zadovoljstvom nad delovnimi razmerami. Izkušnja splošne utrujenosti je povezana z izkušnjo dodelitve večje količine dela, kolikor ga zmoreš. Povezana pa je tudi z motnjami spanja, mišično napetostjo in živčnostjo.

Ta študija je tudi pokazala, da v primerjavi z državami v EU Slovenci in Slovenke delajo več in so manj zadovoljni z delovnimi razmerami. Poudariti je treba, da pri številu ur (plačanega in neplačanega) dela obstaja velika razlika med spoloma v EU 27 in v Sloveniji, saj je v Slovenija bistveno večja, saj 17,3 % moških in kar 41 % žensk dela več kot 70 ur na teden (*Caring professions at risk of job burnout Eurofond*, 2010).

Anketa o splošnem javnem mnenju o zdravju in varnosti pri delu, izvajana od oktobra 2011 do januarja 2012 v 36 evropskih državah (*Omogočimo varnejša, bolj zdrava in produktivnejša delovna mesta v Evropi*, 2012) je pokazala, da 85 % anketirancev v Sloveniji pričakuje, da se bo z delom povezan stres v naslednjih petih letih povečal, 58 % pa, da se bo »močno povečal«. To je bistveno večji delež v primerjavi z evropskim povprečjem (77 % oziroma 49 %). Ženske (87 %) in osebe srednjih let (87 %) pogosteje od moških (82 %) in mlajših anketirancev (79 %) mislijo, da se bo stres v naslednjih petih letih povečal. V slovenski javnosti menijo, da imajo dobre zdravstvene in varnostne prakse pomembno vlogo pri gospodarski konkurenčnosti. Čeprav je splošna podpora temu v Sloveniji skladna z evropskim povprečjem (86 %), pa je

manj Slovencev, ki se »močno strinjajo« s to trditvijo (35 % v primerjavi s 56 % po Evropi). Večina (91 %) anketirancev v Sloveniji meni, da so dobre zdravstvene in varnostne prakse pomembne pri višanju upokojitvene starosti. Čeprav je večina slovenskih delavcev (66 %) prepričanih, da bodo na njihovem delovnem mestu obravnavali vprašanje zdravja in varnosti pri delu, pa precej velika manjšina (31 %) o tem ni prepričana. Anketa je pokazala, da se ima javnost v Sloveniji za boljše obveščeno o varnosti in zdravju pri delu kakor v drugih evropskih državah: 73 % Slovencev meni, da so dobro obveščeni, v primerjavi s 67 % Evropejcev.

Turk in Albreht (2010, str. 532) navajata, da se po podatkih Mental Health Economic European Network (MHEEN) vsako leto kar eden od štirih (132 milijonov) Evropejcev sooča s težavami v duševnem zdravju. Strošek zdravljenja duševnih obolenj stane na poprečno evropsko gospodinjstvo več kot 2.200 EUR letno.

2.8 Doživljanje simptomatike izgorelosti

Vsak posameznik doživlja izgorelost na svojevrsten način in če bi želeli povzeti vse oblike, bi zagotovo nastala prava zmešnjava. Prav zato so si različni avtorji prizadevali, da bi posplošili doživljanje izgorelosti in klasificirali njegove simptome. (Maslach, 1982, b. s.).

Vedenjski simptomi nastanejo, ko je človek izgorel. Povzroči, da se posamezniki vedejo drugače, npr. niso se več sposobni sprostiti, prehitro vozijo, povečajo zlorabo kave, tobaka, zdravil ali celo posežejo po nelegalnih drogah. Drugače se vedejo tudi znotraj odnosov do sodelavcev, nadrejenih in klientov do njih postanejo cinični in negativni (Maslach, 1982, b. s.). Posamezniki, ki se čutijo preveč obremenjene na delovnem mestu, postanejo depresivni, obdajajo jih občutki nemoči, neuspeha, razočaranja, jeze. Emocionalni simptomi se kažejo z občasnimi občutki frustracije, jeze, depresivnosti in nezadovoljstva in so običajni, dokler jih posameznik ne doživlja prepogosto ali celo kronično (Potter, 1998, b. d.). O fizičnih simptomih zaradi izgorelosti posamezniki najpogosteje poročajo o pogostih glavobolih, slabem spancu, kronični utrujenosti in bolečinah v hrbtenici.

Čebašek - Travnik (1998, b. s.) je simptomatiko izgorevanja v grobem razdelila na duševne in telesne simptome. Duševne simptome je opredelila kot:

- izgubo sposobnosti za navdušenost, pripravljenosti za sodelovanje, empatijo in občutka odgovornosti;
- pojav odpora oziroma nerazpoloženosti in ravnodušnosti do sodelavcev;
- dvom vase ter negativna naravnost do sebe, dela, ustanove, družbe in življenja nasploh;
- čustvene težave v obliki razdražljivosti, agresivnosti, nezadovoljstva in nervoznosti;
- utrujenost, izčrpanost, izguba veselja in zanimanja, kar se lahko stopnjuje do hude depresije.

Med telesne simptome je uvrstila motnje spanja, motnje apetita, zvečano občutljivost za bolezni in psihosomatske bolezni (Čebašek - Travnik, 1998, b. s.). Pregleden pogled na formacije izgorevanja nam nudi tudi tridimenzionalni model (Maslach in Leiter, 2002, b. s.), ki je bil ugotovljen na podlagi raziskav. Tri glavne razsežnosti izgorelosti po slednjem modelu so naslednje:

- izčrpanost je prva reakcija na stres zaradi prevelikih delovnih zahtev. Kadar ljudje trpijo zaradi izčrpanosti, se počutijo čustveno in telesno preobremenjene, izpite, izpraznjene, z občutki, da se iz situacije ne morejo izviti in si obnoviti moči. Primanjkuje jim energije, da bi se soočali z novimi ljudmi in problemi;
- cinizem je poskus, da bi obvarovali samega sebe pred nadaljnjo izčrpanostjo in razočaranjem. Kadar so ljudje cinični, zavzamejo hladen, odmaknjen odnos do dela in

sodelavcev. Takšen negativni odnos lahko resno načne človekovo dobro počutje in zmožnost za učinkovito opravljanje dela;

- neučinkovitost nastane, kadar se posameznikom zdi, da je njihovo početje jalovo, začnejo doživljati občutek neučinkovitosti. Vsak nov projekt se jim zdi neizvedljiv in tisto malo, kar jim uspe doseči, se jim zdi neznatno. Tako izgubljajo zaupanje v svojo zmožnost, da lahko kaj spremenijo, s tem pa tudi občutek zaupanja vase.

Omenjene tri razsežnosti sovpadajo s tremi dimenzijami, ki jih meri Vprašalnik izgorelosti Maslachova (čustveno izčrpanost, depersonalizacijo in znižano osebno izpolnitev).

Poleg omenjenih treh komponent izgorelosti pa sta se Maslach in Leiter (2002, b. s.) posvetila tudi raziskovanju izjav posameznikov o občutkih in doživljanju izgorelosti ter jih razdelila v tri skupine.

Razkroj povezanosti z delom se začne razvijati, kadar se povečujejo razlike med potrebami delavca in prednostmi, ki mu jih daje služba, ter hkrati razlike med zahtevami dela in sposobnostjo posameznika. Zato se pojavi upad pozitivnih občutkov in pripadnosti ter s tem upad občutka privlačnosti poklica.

Razkroj čustev spremlja izgorelost, pri čemer gre za povišano prisotnost negativnih občutkov ter znižano prisotnost pozitivnih občutkov. Službi predan posameznik delo opravlja z veseljem in navdušenjem, se veseli sodelovanja z ostalimi in je ponosen ob uresničevanju svojih ciljev. Vse to ga motivira k učinkovitemu in natančnemu delu. Pri izgorelosti ti občutki upadejo ter se pojavijo negativni, kot sta cinizem in nesramnost. Posameznik začne svoje delo opravljati z nezaupanjem, sovražnostjo in negativizmom. Posledica teh negativnih občutkov in reakcij na njih so tudi skrhani medosebni odnosi, tako v službi kot doma.

Težave posameznika pri prilagajanju v službi nastanejo tudi zato, ker posameznik razume neuravnoteženost kot osebno krizo, v resnici pa gre za težave z delovnim mestom. Tudi na splošno v družbi prevladuje mnenje, da izgorelost ni službeni oz. organizacijski problem, ampak je problem vsakega posameznika. Kljub temu da ima posameznik pomembno vlogo pri preprečevanju ali zmanjševanju izgorelosti, ni v celoti odgovoren za navzočnost in preprečevanje simptomov. Kadar se v organizaciji pojavi problematično vedenje in slabša produktivnost, postane to problem vodenja organizacije.

Psihosomatske motnje in simptomi: Psihosomatika je nauk o (telesnih) bolezenskih stanjih, ki nastajajo zaradi vpliva duševnih stanj (Južnič, 1998, b. s.). Glede na Websterjev slovar (1977, v: Schwartz, 2000, b. s.) ima beseda psihosomatski dva pomena. Prvi opredeljuje psihosomatsko kot fizične motnje telesa, ki izvirajo ali pa se okrepijo zaradi psihičnih ali emocionalnih stanj posameznika. Drugi pomen »psihosomatska« se nanaša na vejo medicine, ki uporablja psihološki pristop pri proučevanju vzrokov nastanka in zdravljenja psihičnih bolezni. Psihosomatska medicina proučuje povezavo med psihološkimi in fizičnimi vidiki vseh normalnih in motenih telesnih funkcij, ta znanja pa integrira v načine somatskega zdravljenja in psihoterapije.

Psihološke motnje oziroma bolezni so tiste bolezni, za katere velja, da pri njihovem nastanku ali poteku igrajo pomembno vlogo psihološki faktorji. V zadnjem času je vedno bolj potrjena predpostavka o psihonevroimunologiji, ki pravi, da ima duševnost pomemben delež pri nastanku vseh bolezni (vključno s kardiovaskularnimi, imunološkimi in nevrološkimi), seveda v različnih stopnjah. S tega vidika so lahko vse bolezni psihosomatske (Schwartz, 2000, b. s.).

Iz tega razloga se je najbolje omejiti na tiste motnje, kjer je kronična neprilagojenost čustev glavni vzrok za somatsko okvaro (White, 1948, b. s.). Nadalje se lahko omejimo tudi na tiste primere, v katerih so somatske motnje v tistih organih, ki jih nadzira avtonomni živčni sistem. Največkrat se psihosomatske motnje namreč pojavljajo v želodčno-črevesnem traktu in v cirkulatornem ali respiratornem sistemu, ki deluje pod vplivom avtonomnega živčevja (White, 1948, b. s.).

Najpreprostejša hipoteza, ki so jo raziskovalci zastavljali na začetku v zvezi z psihosomatskimi motnjami, je bila, da je preveliko delovanje avtonomnega živčevja posledica prevelike posameznikove notranje napetosti, ki nastane zaradi nerešenih konfliktov in nezadovoljenih potreb. Rezultat omenjene kronične hiperaktivnosti so razne psihosomatske motnje, in sicer se posameznik zlomi na tisti točki, ki je pri njem najšibkejša. Tako bodo imeli na primer posamezniki z občutljivejšim prebavnim traktom psihosomatske težave v obliki prebavnih motenj ali razjed v želodcu. Kasneje pa so se začela pojavljati ugibanja, da drugačna emocionalna stanja pripeljejo k drugačnim vzorcem sprožitve avtonomnega živčevja. Glede na to predpostavko vsaka vrsta psihosomatske motnje izraža specifično emocionalno ureditev (White, 1948, b. s.).

V etiologiji in patogenezi psihosomatskih bolezni naj bi upoštevali naslednje tri vidike (Rakovec Felser, 2002, b. s.):

- določen nezaveščen konflikt posameznika izpostavi določeni bolezni, vendar le, če obstojijo tudi genetski, biokemijski in fiziološki razlogi;
- določene življenjske okoliščine, na katere je posameznik še posebej občutljiv, lahko aktivirajo stare travme in vzorce ter tako povečujejo posameznikovo izpostavljenost bolezni;
- močna čustva, ki jih sproža konflikt, vodijo do sprememb v telesnih funkcijah, sčasoma pa celo do strukturnih sprememb v telesu posameznika.

Psihosomatske motnje imajo različne lastnosti in več avtorjev jih je klasificiralo na svoj način. V nadaljevanju bomo predstavili nekaj takšnih klasifikacijskih ureditev. Najpreprosteje jih lahko razdelimo v tri skupine: konverzivni, funkcionalni in psihosomatski simptomi (Luban - Plozza, Pöldinger in Kröger, 1993, b. s.):

Konverzivni simptomi so sekundarni somatski odgovori in predelave nevrotskega konflikta. Simptomi imajo simboličen značaj in lahko predstavljajo poskus reševanja konflikta. Na splošno so vezani na organe, ki so pod vplivom volje, in na čutila. Funkcionalne simptome ima skupina, ki jih imenujemo problematični pacienti, ki iščejo pomoč pri zdravniku. Njihove težave se spreminjajo, pogosto pa so zelo raznovrstne, lahko se nanašajo na kardiovaskularni, prebavni trakt, lokomotorni sistem, dihalne organe in urogenitalni trakt. Za omenjene motnje je značilno, da v večini primerov ni znakov za okvaro tkiva, za razliko od konverzivni simptomov pa funkcionalni nimajo specifičnega pomena in predstavljajo le nadaljevanje motene telesne funkcije. Psihosomatske motnje v ožjem smislu (psihosomatoze), pod temi motnjami se skriva primarna fizična reakcija na stres. K tej reakciji so pridružene morfološke okvare tkiv in objektivni organski znaki. V to skupino prištevamo klasičnih »svetih sedem« psihosomatskih motenj: bronhialna astma, ulcerativni kolitis, esencialna hipertenzija, nevrodermitis, revmatoidni artritis, razjeda dvanajsternika in anoreksija.

Drug način razvrščanja psihosomatskih motenj je uredil Engel (1967, v Luban - Plozza in drugi, 1993, b. s.):

- psihogene motnje (primarni psihični pojav brez sodelovanja telesa ali s samo namišljenim sodelovanjem):
 - konverzivni simptomi,
 - hipohondrične reakcije,
 - reakcije na psihopatološke pogoje;
- psihofiziološke motnje (somatske reakcije v širšem smislu, sprožene s psihičnimi dejavniki):
 - fiziološki simptomi, ki so pridruženi čustvenim stanjem,
 - organske motnje, ki jih povzroči čustveni stres;
- psihosomatske motnje v ožjem smislu (somatopsihične – psihosomatske motnje) z naslednjimi značilnostmi:
 - začetek v katerikoli starosti (najpogosteje v pozni adolescenci),
 - ob pojavljanju je njihov potek bodisi kroničen, brez zapletov ali se ponavlja, duševni stres je odločilen dejavnik; v večini primerov so posebni psihodinamski pogoji, specifični za organske motnje, ravno presenetljivo stalne psihološke lastnosti;
- somatopsihične motnje oziroma psihične reakcije na somatske motnje.

Luban - Plozza idr. (1993, b. s.) uporabljajo in natančneje opisujejo naslednjo klasifikacijo psihosomatskih motenj:

- bolezni dihal: bronhialna astma, kašljanje in kolcanje, živčni dihalni sindrom, hiperventilacijski sindrom in pljučna tuberkuloza;
- bolezni srca in ožilja: funkcionalne srčne motnje, koronarna srčna bolezen, esencialna hipertenzija;
- motnje prehranjevanja: čezmerno prehranjevanje in debelost, anoreksija, bulimija;
- motnje prebavnega trakta: razjeda v želodcu ali dvanajsterniku, zaprtje, »čustvena driska«, iritabilni kolon, ulcerativni kolitis in Crohnova bolezen;
- endokrine in presnovne bolezni: hipertiroza, sladkorna bolezen;
- alergije;
- kožne bolezni: urtikarija, srbenje, atopični dermatitis, srbenje v anogenitalnem predelu, luskavica, samopoškodba kože;
- glavobol, nespečnost;
- ginekološke bolezni: dismenoreja, funkcionalna sterilnost;
- bolezni mišic, veznega tkiva in sklepov: revmatizem mehkih tkiv, bolečina v hrbtu, revmatoidni artritis.

Psihodinamični pristop k izgorelosti: Farber (1991, v Farber, 2000, str. 589) se ne strinja povsem z definicijami izgorelosti, ki se nanašajo le na faktorje izgorelosti, kakršna je na primer definicija Maslach in Jackson (2002, b. s.). Avtor namreč meni, da izgorelost zaznava pri nekaterih zaposlenih v poklicih pomoči, da je bil njihov trud, da bi pomagali drugim, zaman, da je naloga neskončna ter da osebnih plačil za njihovo delo ni na vidiku (v smislu dovršenosti, prepoznave, napredovanja ali spoštovanja).

Korenine izgorelosti lahko najdemo tudi v posameznikovem občutku, da ima njegovo delo smisel. Kadar posameznik čuti, da njegovo delo ni koristno, da ne opravlja nič pomembnega in da njegovo delo ničesar ne spremeni, se pri njem začno krepiti občutki izgorelosti. Frankl (1976, v Pines, 2000, b.s.) pravi, da je ena primarnih motivacij človeka prizadevanje, da najde smisel v svojem življenju. Podobno tudi Becker (1973, v Pines, 2000, b. s.) razlaga, da je človekova potreba po verjetju, da je njegovo početje smiselno, eden od načinov, kako se sooča z dejstvom, da je umrljiv. Potrebuje namreč občutek herojstva, da lahko zanika svojo smrtnost. Avtor pravi,

da je način, kako si ljudje izberemo svoj način »herojstva«, najbolj odvisen od kulturno pogojenega »junaškega sistema«. V preteklosti so pogosto smisel in občutke junaštva iskali v religiji, dandanes pa vse več ljudi išče smisel svojega celotnega življenja v svojem delu oziroma poklicu.

Povsem razumljivo je, da vsak posameznik potrebuje občutek pomembnosti svojega obstoja, vendar se tu pojavlja vprašanje, zakaj mora te potrebe zadovoljevati ravno na posebnem delovnem mestu. Se pravi, zakaj si nekdo želi postati ravno negovalec, socialni delavec, medicinska sestra, delovni terapevt ali psiholog. Psihodinamična teorija splošno znanim dejavnikom za izbiro poklica (sposobnosti, interesi, ambicije, denarne zmožnosti, omejitve, zahteve in priložnosti v prihodnosti) dodaja nezavedno komponento poklicne odločitve. Predvideva namreč, da je poklic skoraj vedno posledica osebne odločitve, ki poteka na več nivojih zavesti. Glede na teorijo objektnih odnosov je naše notranje življenje že od prvih tednov po rojstvu zgrajeno na podlagi notranjih reprezentacij oseb, odnosov ali dogodkov (t. i. objektov), ki jih vsak posameznik ponotranji na svoj lastni način. Tako vsi živimo z notranjimi mentalnimi podobami ljudi in odnosov, s katerimi smo zrasli in se z njimi v otroštvu identificirali. Prav te podobe ljudi in odnosov, ki odražajo osebno in družinsko zgodovino, so nezavedne determinante poklicne izbire. Odločimo se za takšen poklic, ki nam bo omogočil ponovitev pomembnih izkušenj iz otroštva, zadovoljil v otroštvu nezadovoljene potrebe, udejanjil naše sanje in zamisli naše družine o naši poklicni poti ter ponudil način, da zacelimo rane iz tistega časa (Pines, 2001, b. s.).

Ravno iz tega razloga večina ljudi začne svojo kariero zelo optimistično, z visokimi pričakovanji in močno vpletenim egom. Začetna zagnanost in strast do poklica največkrat izvirata ravno iz nerazrešenih otroških problemov. Kets de Vires (1989, v Pines, 2000, b. s.) je na podlagi psihodinamične analize uspešnih poslovnežev predpostavil, da je pogosto v ozadju takšnih uspehov odsotnost očetovske figure v otroštvu. Želja, postati takšen, kot je bil oče, se izrazi v želji po uspehu/vodenju. Takšni posamezniki sebe vzgajajo v smislu »prave poti« s popolno kontrolo nad življenjem. Pines (2002, str. 105) meni, da se negovalci odločijo za ta poklic, rekoč, da bi radi pomagali bolnim in umirajočim, nezavedno pa gre za proces, s katerim bi zadovoljili svojo potrebo po kontroli. Ravno poklica negovalke in medicinske sestre namreč omogočata kontrolo nad nebogljenim pacientom. Da igra potreba po kontroli veliko vlogo pri odločitvi za poklic negovalke, so pokazale tudi raziskave Ellisa in Millerja (1993, v Pines, 2002, str. 106). Težnja k zadovoljitvi potrebe po kontroli navadno izvira iz travmatičnih situacij v otroškem obdobju, kjer posameznik ni imel možnosti prevzeti kontrole nad zanj neugodno situacijo.

Uspeh na delovnem mestu visoko motivira posameznikov občutek pomembnosti obstoja in delno lahko pomaga celiti otroške rane. Vendar, če posameznik dobi občutek, da mu dela ne uspe opraviti tako, kot bi ga po njegovem mnenju lahko, takrat mu delo ne nudi več občutka izpolnjenosti, posledica pa je izgorelost (Pines, 2000, b. s.). Pogostokrat se zgodi, da je posameznik na začetku kariere povsem prepričan, da lahko pomembno vpliva na družbene spremembe, kar mu daje občutek pomembnosti. Kasneje, ko uvidi, da je njegov prispevek manjši, kot je pričakoval in upal, se počuti praznega in razočaranega, zave se svoje smrtnosti in minljivosti v času. Rezultat je izgorelost.

Vse tri skupine vzrokov medsebojno vplivajo na nastanek izgorelosti pri delu. Prva skupina vzrokov so družbene okoliščine. Vrednote, kot so pridnost, delavnost in skromnost, so zamenjale nove vrednote, kot so učinkovitost, prodornost in doseganje statusa. Delovna etika je postala glavna vrednota. Drugi vzrok so psihološke okoliščine življenja in dela. V vsak odnos

vložimo določen del energije in v zameno pričakujemo, da bomo s tem zadovoljili nekatere naše temeljne potrebe. Najpomembnejše psihološke okoliščine dela so: delovna obremenitev (jasno določena, ne enolična vsebina dela, jasna navodila za delo in delovni čas), nadzor nad delom (jasne pristojnosti, odgovornost in poti komuniciranja), nagrada za opravljeno delo, delovna skupnost, pravičnost in vrednote. Tretja skupina vzrokov so osebnostne lastnosti, ki pripeljejo do tega, da določeni ljudje izgorijo. Skoraj praviloma pregorijo najsposobnejši, najodgovornejši, najbolj zavzeti in najučinkovitejši ljudje (Pšeničny, 2006, str. 26). Čustvena izčrpanost vključuje občutke izpraznjenosti tako čustvenih kot telesnih virov. Depersonalizacijo zaznamuje negativen ali pretirano hladen odziv na različne vidike dela, delovna neučinkovitost pa vključuje občutke nesposobnosti, pomanjkanja delovne storilnosti in delovnih dosežkov (Selič idr., 2010, str. 65).

Praper (2003, str. 11) trdi, da pri posameznikih, ki so doživeli neprimerno simbiozo, kasneje opazamo hrepenenje po zlivanju z drugim, obenem pa tudi znake nezaupanja, strahu pred izgubljanjem lastne (šibke) identitete in krčevito obrambo svojih meja. Pretirano zlivanje se kaže kot pretirano prilagajanje drugim, prevzemanje njihovega mnenja in popolno oponašanje njihovega vedenja, videza in podobno. Gre za zabrisane občutke med »moje« in »tvoje«. Praper (1996b, str. 95) tudi opozarja, da imajo terapevti, najverjetneje tisti, ki so doživljali preveč ambivalence v simbiozi ali pa niso dobro izpeljali lastne separacije in individualizacije, probleme v odnosu z določenimi pacienti. Za načeli empatije včasih namreč skrivajo lastno težnjo po zlivanju ali strah pred to možnostjo. Zmožnost empatije sicer razumemo kot sposobnost razumeti drugega, ne da bi se z njim zivali. S takšnimi težavami pretirane težnje zlivanja s svojimi klienti se srečujejo posamezniki v vseh poklicih pomoči, omenjene težave pa pripomorejo k nastanku izgorelosti.

Možni so tudi primeri, kjer posameznik zaradi pretiranega zlivanja s starostnikom začne doživljati neprijetne občutke ali celo izgorelost ter zato razvije obrambe pred nadaljnjim zlivanjem.

Glede na zgoraj povedano lahko sklepamo, da lahko izgorelost preprečimo tudi s treningom vzdrževanja funkcionalnih meja, katerega cilj je, da posameznik obdrži empatičen odnos do pacienta, vendar se z njim ne zliva. Ravno v takem primeru lahko igra veliko vlogo supervizija, v sklopu katere lahko s ponovno predelavo in uprizarjanjem agresivnih vsebin iz preteklih odnosov pomagamo posamezniku postavljati primerne meje, da lahko pri svojem delu odslej bolje funkcionira.

Eldewich in Brodsky (1980, b. s.) pravita, da je prva faza izgorevanja navdušenje. To je obdobje, v katerem je posameznik tako navdušen nad svojim delom, da mu to pomeni največ v življenju. Prepredeno je z velikimi upi in pričakovanji. Predvsem ljudje iz poklicev pomoči začno v svoji službi delati zato, da bi pomagali, in ne zato, da bi zaslužili. Želijo spremeniti življenje drugih ljudi in morda želijo biti podobni nekemu, ki je v preteklosti pomagal njim. Navdušenje je lahko tudi posledica prvih uspehov. V tem obdobju posameznik misli, da vse zadovoljstvo prihaja iz dela, kar lahko vodi v začaran krog, da posamezniku pretirana pričakovanja izbrišejo vse ostale potrebe ali pa da uspeh v službi postane obramba v osebnem življenju. Za nastanek izgorevanja je v tej fazi najnevarnejša pretirana identifikacija s klienti, ki lahko pripelje do tega, da začne posameznik delovati na način, ki je za uporabnika škodljiv, ali pa svoje dobre občutke veže na uporabnika.

Avtorja (Eldewich in Brodsky, 1980, b. s.) menita, da posameznik počasi preide v drugo fazo izgorevanja, izgublja navdušenje in upanje, začne opažati prenizko plačo ali dolg delovni čas.

Pojavi se obdobje stagnacije, v katerem ta ne more več zanikati, da njegove potrebe niso zadovoljene. Začne se navadno z občutki, da drugi ne opazijo dovolj rezultatov njegovega dela, njemu pa se zdi, da je v delu obtičal (Eldewich in Brodsky, 1980, b. s.). Nadalje ugotavljata, da se potem omenjenemu razočaranju pridruži še frustracija ob spoznanju, kako težko je spremeniti druge ljudi. Pojavi se občutek nemoči, ki je pogosto povezan z nezmožnostjo spreminjanja sistema, nadzorovanja uporabnikov, podrejenih, nadrejenih in službe.

Eldewich in Brodsky (1980, b. s.) tudi menita, da je za izgorevanje zelo pomembno, kako se posameznik na takšno frustracijo odzove. Frustracija ustvarja energijo, ki jo lahko posameznik izkoristi tako, da prevzame odgovornost, se sooči z viri in dejavnostmi, ki lahko prinesejo spremembe. Na tak način je lahko frustracija pozitivna in za posameznika pomeni neke vrste prelomnico. Nekateri pa takšnega prehoda ne zmorejo. Takšni lahko preprosto zapustijo situacijo ali pa trmasto zanikajo, kar se dogaja, ter iščejo razloge izven sebe. Slednji zapadejo v apatijo, začno se izogibati uporabnikom, ker jih ne marajo več in jim ne morejo pomagati. Apatija se pojavlja v obliki progresivne čustvene odcepitve, distance do frustracije. Zato se oseba oddalji od uporabnikov, na njihove probleme gleda malomarno, uporabniki jo dolgočasijo.

O povezanosti med izgorelostjo in psihosomatskimi simptomi so govorili in poročali že prvi raziskovalci izgorelosti (Maslach, 1982, b. s.). Psihosomatski simptomi veljajo tudi za eno od glavnih posledic izgorelosti. Veliko je tudi raziskav, ki so potrdile omenjeno zvezo; omenila jih bom le nekaj. Wolpin, Burke in Greenglass (1995, str. 289) so raziskovali nastanek psihosomatskih simptomov, pri čemer so predpostavljali, da so le-ti posledica izgorelosti. Potrdili so domnevo, da na psihosomatske simptome vplivajo stresorji z delovnega mesta in iz domačega okolja, pri tem pa je izgorelost le vmesna oziroma prehodna faza. Raziskava, ki je preverjala povezanost med tremi dimenzijami izgorelosti vprašalnika MBI in številom belih krvničk v krvi, je ugotovila, da imajo posamezniki, ki dosegajo višje rezultate pri depersonalizaciji, nižjo vsebnost naravnih ubijalk celične aktivnosti in nižjo vsebnost nekaterih belih krvničk (CD57+ in CD16+) ter so zato manj odporni (Nakamura, 1999, str. 569). Seidman in Zager (1986, v Penko, 1994) sta pri ameriških učiteljih ugotovila povezanost med izgorelostjo in mnogimi fizičnimi težavami, kot so: glavobol, visok krvni pritisk, prehladi, prebavne motnje, bolečine v želodcu in nespečnost.

Almberg, Grafström in Winblad (1997, str. 109) so opravili raziskavo med negovalci, ki negujejo svoje sorodnike, in ugotovili, da so negovalci, ki so slabšega zdravja, bolj izgoreli.

Možnosti napredovanja. Želja po napredovanju izvira iz želje po osebostnem razvoju, pravičnosti, višjih dohodkih in želje po socialnem statusu. Zadovoljstvo z napredovanjem je odvisno od percepcije privlačnosti organizacijskega sistema napredovanja, dejanskih možnosti napredovanja in osebnih ambicij.

Priznanje. Locke (1976, str. 1299) meni, da je priznanje med najpogostejšimi vzroki za zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo z delom, še posebej pri delavcih na nižjih ravneh organizacije. To so ugotovile tudi raziskave, ki so uporabljale Herzbergovo metodologijo, saj se je pogostokrat priznanje izkazalo za enega glavnih motivatorjev.

Delovni pogoji. Mnoge fizične karakteristike okolja vplivajo na posameznikovo fizično neugodje in s tem tudi na njegovo storilnost. Najpomembnejše so temperatura, vlažnost, ventilacija, hrup in osvetljenost, posamezniki pa cenijo tudi novejšo in urejeno delovno okolje, bližino delovnega mesta ter ustrezno delovno opremo.

Osebnost. V zadnjem času so se razmahnile raziskave, ki preučujejo vpliv osebnosti na zadovoljstvo z delom. Večina jih je potrdila, da so ljudje z visokim notranjim lokusom kontrole, visokim samospoštovanjem, visokim smislom kompetence in z nizkim čustvenim odzivanjem bolj zadovoljni z delom. Pozitivna povezanost se je pokazala tudi med željo po dosežku in zadovoljstvom z delom. Negativne povezanosti so bile ugotovljene z osebnostim tipom A, psihoticizmom in nevroticizmom (Dipboye idr., 1994, b. d.).

Vodja, sodelavci in podrejeni. Posamezniki imajo raje vodje, ki so obzirni in usmerjeni na delavca, torej so prijazni, pohvalijo dobro opravljeno delo, poslušajo mnenja podrejenih in skrbijo za njihovo dobrobit. Zaposleni imajo tudi raje nadrejene in sodelavce, za katere ocenijo, da jim pomagajo pri doseganju pomembnih vrednot, povezanih z delom (Brečko, 2001, b. s.).

Podjetje in vodstvo. Podjetje določa naravo in količino delovnih nalog posameznika, njegovo stopnjo odgovornosti, možnosti za napredovanje, višino plače in fizične pogoje dela ter tako posredno vpliva na mnoge dejavnike zadovoljstva z delom (Brečko, 2001, b. s.).

Kadar želimo izgorelost obravnavati s psihodinamičnega vidika, se osredotočimo na tri glavne korake (Pines, 2000, b. s.):

- identificirati moramo zavestne in nezavedne razloge za posameznikovo poklicno odločitev ter pričakovanja o tem, kako naj bi izbrana karierna pot zadovoljevala občutek pomembnosti obstoja;
- identificirati moramo razloge, zakaj posamezniku poklic ne nudi več občutkov pomembnosti obstoja in kako so občutki neuspeha povezani z izgorelostjo;
- identificirati moramo spremembe, ki bodo posamezniku pomagale, da bo lahko spet dobil občutek pomembnosti, ki izvira iz njegovega dela.

Psihodinamična perspektiva ponuja posamezniku priložnost, da uvidi povezavo med izgorelostjo ter svojimi frustracijskimi cilji in pričakovanji, ki si jih je izoblikoval na začetku svoje poklicne poti. Prav tako ga vzpodbuja k prepoznavi povezave med njegovimi cilji, pričakovanji in družinskim ozadjem, še posebno k prepoznavi pričakovanj in zahtev družine v zvezi s poklicnim področjem. Rešitev bi bila v uporabi skupinske psihoterapije.

Absentizem je večplasten in kompleksen pojav, s katerim se ukvarjajo različne znanstvene discipline. Začasna zadržanost od dela s pravico do nadomestila plače je pravica, ki izhaja iz dela, sočasno pa je to tudi kot ukrep s področja socialne varnosti, ki je bil uveden v socialno zavarovanje pred več kot 100 leti. Nanjo vpliva vrsta dejavnikov: delovni, socialni, ekonomski in drugi, ki so jim izpostavljeni zaposleni, pri čemer so različne študije odkrile več kot 30 različnih dejavnikov, ki imajo na začasno zadržanost od dela direkten vpliv, manjkraj pa so vzrok in posledica oziroma pokazatelj zdravstvenega stanja aktivne populacije (Karan, 2007, b. s.).

Tako kot evropska zakonodaja tudi slovenska poklicne izgorelosti izrecno ne ureja. Kljub temu pa je država vsaj deloma posegla na to področje z novim Zakonom o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), ki je stopil v veljavo konec leta 2011. Ta zakon se vsaj malo dotika poklicne izgorelosti, s tem ko ureja problematiko psihosocialnih dejavnikov tveganja na delovnem mestu, ki med drugim povzročajo občutke preobremenjenosti in izgorevanja. Pristopi k razlagi absentizma, ki so se uveljavljali v preteklosti, uspešno pojasnijo le posamezne vidike obravnavanega problema. Danes lahko razloge za absentizem združimo v tri večje skupine: subjektivni razlogi posameznika (s temi sta povezana delovna motivacija in zadovoljstvo pri delu), organizacijski razlogi (izhajajo iz delovnega okolja) in širše družbene določilnice (niso

omejene samo na socialno dogajanje v podjetju, temveč izhajajo tudi iz okolja). Povezanost vseh omenjenih vidikov razlaga sodobni interdisciplinarni pristop k absentizmu (Karan, 2007, b. s.).

- Evropska fundacija v raziskavi (*Omogočimo varnejša, bolj zdrava in produktivnejša delovna mesta v Evropi, 2012*) za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer, ki se v okviru EU ukvarja z raziskovanjem področja absentizma, je predstavila nekaj ugotovitev, in sicer, da so (Karan, 2007, b. s.).
- najpogostejši vzrok zdravstvenih težav zaposlenih bolečine v hrbtu, stres in bolečine v rokah in nogah;
- da so zdravstvene težave največkrat povezane s slabimi delovnimi razmerami;
- zahtevnost dela nenehno narašča, prav tako tudi vse oblike nasilja na delovnih mestih;
- delovne zahteve se vse bolj pomikajo k delu ob poznih urah in koncih tedna;
- delovne razmere se zelo razlikujejo glede na področja dela, panoge, položaj posameznika.

V zadnjem času rezultati študij kažejo, da bolniškega staleža ne moremo pojasnjevati s čistim biomedicinskim modelom, ampak nanj vplivajo različni družbeni, psihološki in ekonomski faktorji, ki niso nujno neposredno povezani z vzročno boleznijo ali poškodbo. Bolniški stalež si namreč prizadevajo znižati v vseh državah, saj predstavlja breme ne le za posameznika in njegovo družino, ampak tudi za organizacije, posredno pa tudi za vso družbo. V naši državi predstavljajo nadomestila za čas zdravstveno upravičene odsotnosti z dela veliko finančno breme. Ocenjeno je, da je zdravstveni absentizem slovensko družbo v letu 2008 stal približno 430 milijonov EUR neposredno, posredno pa dvakrat več (850-900 milijonov EUR) (Vučkovič, 2010, b. s.).

Ženske odhajajo v bolniški stalež pogosteje kot moški. Najpomembnejši razlog za bolniški stalež med vsemi zaposlenimi v Sloveniji so poškodbe. Na drugem mestu so bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva. Najvišji bolniški stalež pri moških je zaradi poškodb; zaradi tega so bistveno pogosteje in dlje odsotni z dela kot ženske (2 in pol krat več). Poškodbe so tudi glavni vzrok smrti med zaposlenimi moškimi. Ženske so v povprečju najpogosteje odsotne z dela zaradi bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva. Imajo predvsem težave s hrbtenico, izstopajo odsotnosti z dela zaradi vratne hrbtenice (Leskovic, 2006, b. s.).

Tudi zaradi vseh drugih bolezni imajo ženske več bolniškega staleža. Natančen pregled diagnoz pokaže, da delavke pestijo številne kronične težave, ki zmanjšujejo njihovo delazmožnost in kvaliteto njihovega življenja (Leskovic, 2006, b. s.).

Med delavcem in delovnim mestom obstaja dinamično ravnovesje. To ponazarja tehtnica delavčeve aktivnosti in zahtev delovnega mesta, ki mora biti ves čas v dinamičnem ravnovesju. Nalogo uravnovešenja tehtnice ima varnost pri delu, ki zajema tehnično in zdravstveno varnost. Če se dinamično ravnovesje poruši, pride do kazalnikov negativnega zdravja: nezadovoljstva, slabega počutja, utrujenosti, fluktuacije, ti pa vplivajo na celoten absentizem, bolniški stalež, poškodbe pri delu, poklicne bolezni, invalidnost, specifično umrljivost in ne nazadnje tudi na neučinkovitost in nekonkurenčnost podjetja, ustanove in družbe. Ob porušenem razmerju teh dejavnikov lahko pride do naslednjih odklonov:

- beg v delo, kjer človek iz nevroticizma usmerja različne težnje (agresivnost) v nezdravo delovno aktivnost (deloholiki),
- beg pred delom, ki se navadno kaže v zmanjšanem učinku, večanju bolniškega staleža. Skupna odsotnost z dela v Sloveniji je 15–25 % (*Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu, 2011*). Izgorelost je mogoče preprečiti s preventivnimi ukrepi, ki se izvajajo tako na ravni posameznika kot na ravni organizacije. Posameznik sam lahko

veliko stori že s pravilno prehrano in telesno aktivnostjo. Hrana daje človeku energijo za delo, krepi imunski sistem ter dobro vpliva na spomin in koncentracijo, redna telesna vadba pa poskrbi za sprostitev in večjo odpornost telesa proti boleznim. Za sprostitev lahko posameznik poskrbi s pomočjo metod sproščanja, kot sta na primer joga in meditacija ali s hobiji, ki ga veselijo.

Poleg zdrave prehrane in raznovrstnih aktivnosti ima posameznik na voljo še druge ukrepe, kot so zmanjševanje obremenitev doma in na delovnem mestu, upravljanje s časom, razporejanje opravil glede na pomembnost in načrtovanje ciljev. Pri učinkovitem preprečevanju izgorevanja sta pomembna zadostna količina počitka in spanca, da si lahko telo odpočije in nabere energije za nov delovni dan. Na preventivo pred izgorevanjem je potrebno gledati celovito. Ni dovolj, da se posamezniki ukvarjajo s športom in skrbijo za zdravo prehrano, ampak je potrebno odpraviti glavne vzroke izgorevanja v organizaciji, torej na delovnem mestu. Preventivi se veliko organizacij rado izogiba, saj jim to povzroča dodatne stroške. Ne zavedajo se, da so stroški preventive veliko nižji od tistih, ki jih bodo morali plačevati kasneje, ko bo do izgorevanja že prišlo. Pomembno je, da organizacija identificira težave in prepreči njihovo nadaljnjo rast. V identifikacijo problematičnih področij mora vključiti zaposlene, saj najbolje vedo, kaj bi bilo potrebno spremeniti na bolje. Za svoje zaposlene lahko organizacija poskrbi s posredovanjem informacij na temo poklicne izgorelosti preko raznih izobraževanj in delavnic ter z zmanjševanjem delovnih obremenitev, izboljšanjem delovnih pogojev in organizacijske klime, zmanjševanjem monotonije ter neformalnimi druženji. Pri preprečevanju izgorelosti ima vse bolj pomembno vlogo supervizija, pri kateri udeleženci na srečanjih obravnavajo konkretne primere iz prakse in izmenjajo izkušnje.

Z namenom preprečevanja oz. zmanjševanja izgorelosti je na to področje delno posegla tudi Evropska unija z direktivami, sporazumi in strategijami, po katerih morajo delodajalci oceniti tveganja za zdravje in varnost delavcev, prav tako pa so dolžni obvladovati stres, povezan z delom. Namen Evropske unije je povečati ozaveščenost glede stresa v zvezi z delom, tako pri delodajalcih kot tudi pri delavcih, in predlagati ukrepe za prepoznavanje stresa in spopadanje z njim. Veliko vlogo pri tem odigra Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, ki se povezuje z vladami, delodajalci in delavci v Evropski uniji, predvsem tako da jih seznanja s tveganji, s katerimi se spopadajo in jih informira o tem, kako jih obvladovati. Omenjeni zakon se vsaj malo se dotika poklicne izgorelosti, s tem ko ureja problematiko psihosocialnih dejavnikov tveganja na delovnem mestu, ki med drugim povzročajo občutke preobremenjenosti in izgorevanja.

Ko se izgorelost razvije, preventiva ni več mogoča, zato je potrebno zdravljenje s pomočjo psihoterapije. Prvi korak k ozdravitvi predstavlja umik iz situacije, ki je pripeljala do izgorelosti, kasnejše zdravljenje pa je usmerjeno v prepoznavanje in izražanje potreb izgorele osebe, soočenje s situacijami, ki so povzročile izgorelost ter učenje postopkov, ki izgoreli osebi pomagajo do boljšega počutja. Ko se pri posamezniku znova vzpostavi ravnovesje, se začne nabiranje energije in moči, ki posamezniku omogoča hitrejšo vključitev nazaj v vsakdanje življenje. Pri zdravljenju izgorelosti je pomembno, da se v proces vključi tudi organizacija, kjer je izgoreli posameznik zaposlen. Organizacija mora v prvi vrsti poskrbeti za odpravo vzrokov izgorelosti, v spreminjanje oz. izboljšanje organizacije kot celote pa morajo biti vključeni vsi člani organizacije, z vodstvom na čelu (Penko Šajn, 2013, str. 29).

2.9 Izgorelost in sorodne bolezni

Na prvi pogled se zdi, da izgorevajo ljudje, ki v stresnih razmerah delajo preveč. Zato se izgorelost pogosto napačno izenačuje s kroničnim stresom. Oznako izgorelost ljudje pogosto uporabljajo za vse, od malo hujše preutrujenosti preko občutka prenasičenosti, za stanje, ko človek izgoreva, za stanje pred zlomom in za sam zlom, adrenalno izgorelost, čeprav se med seboj zelo razlikujejo (Pšeničny, 2006, str. 26). Veliko ljudi pomotoma zamenjuje simptome izgorelosti s simptomi, ki se pojavljajo pri depresiji, kronični utrujenosti, delaholizmu in delovni izčrpanosti, posledično pa prihaja do pojmovne zmede na tem področju. Res je, da so si nekateri simptomi lahko zelo podobni, vendar gre za različne bolezni oz. motnje, ki jih je potrebno medsebojno razlikovati. To je ključnega pomena predvsem pri zdravljenju, saj napačno postavljeni diagnozi sledi nepravilno zdravljenje, kar ima lahko hude posledice.

Izgorelost je lahko posledica dolgotrajnega stresa, kar pa ni enako kot prevelika količina stresa. Pri stresu gre običajno za množico pritiskov, ki zahtevajo od posameznika preveč, tako v fizičnem kot tudi v psihičnem smislu. Ljudje, ki so pod stresom, si običajno predstavljajo, da se bodo počutili bolje, če bodo imeli vse pod kontrolo. Pri osebi, ki pa je izgorela, se pojavlja občutek praznine in je brez motivacije. Posameznik, ki doživlja izgorelost, običajno ne vidi spremembe na boljše iz situacije, kjer se trenutno nahaja. Če pri stresu velja, da se posameznik utaplja v odgovornostih in opravilih, pa na drugi strani pri izgorelosti velja, da je posameznik, ki jo doživlja, popolnoma izžet. Največja razlika med stresom in izgorelostjo je v tem, da se ljudje, ki so pod stresom tega zavedajo, medtem ko izgorelosti pri sebi običajno sploh ne opazijo Smith, Segal in Segal, (2011, b. s.). Če posameznik spregleda znake stresa in ne ukrepa pravočasno, se sproži proces izgorelosti. Izgorelost se pojavi postopoma, če je človek dlje časa izpostavljen stresu, čeprav je le-ta minimalen.

Za stres velja, da je neizogibna reakcija organizma na določeno nevarnost, to pa ne drži za izgorelost, ki je pravzaprav negativna reakcija na stres in je odvisna od posameznikovih sposobnosti za obvladovanje stresa (Bilban in Pšeničny, 2007, str. 24). Za pravo mero zadovoljstva in uspeha je potrebno poiskati ravnovesje med osebnostnimi lastnostmi posameznika in njegovo okolico.

Razlika med stresom in izgorelostjo se kaže tudi v tem, da se pri slednji običajno razvijejo vzorci negativnega odnosa in vedenja do strank, sodelavcev in organizacije, medtem ko za stres to ne velja nujno. Poleg tega za stres velja, da ga lahko doživi vsakdo, izgorevajo pa običajno tisti posamezniki, ki na karierno pot vstopajo s previsokimi cilji in pričakovanji (Schaufeli, Buunk in Bram, 2011, str. 333). Ugotovljeno je, da so tisti, ki pričakujejo, da bodo dobili občutek pomembnosti zaradi svojega dela, bolj nagnjeni k izgorevanju (Černigoj Sadar, 2002, str. 86). Stres se med ljudmi pojavlja bolj pogosto kot izgorelost, saj večina ljudi dobro oceni svoje zmožnosti in si postavi dosegljive cilje. Kljub temu imajo nekateri v mislih začrtano drugačno sliko o svoji poklicni poti. Tako predvsem mladi, ki vstopajo na trg dela in so polni zagona, velikokrat doživijo razočaranje, ko se soočijo z realnostjo.

2.9.1 Izgorelost in depresija

Izgorelost so sprva uvrščali med depresijo, šele kasneje so ugotovili, da gre za različni motnji. Depresija je duševno stanje, v katerem poleg potrnosti, ki zavzema patološke dimenzije, nastopajo tudi vegetativne motnje – hujšanje, pešanje interesa za hrano, spolnost in tudi pogovor (Bilban in Pšeničny, 2007, str. 24). Za depresijo je značilna negativna samopodoba. Ljudje, ki doživljajo adrenalno izgorelost, lahko pozitivno samopodobo ohranjajo, zaradi

izčrpanosti začne upadati samo tisti del pozitivne samopodobe, ki ga pogojuje storilnost. Prav potreba po vzdrževanju storilnostno pogojene samopodobe je lahko celo vzrok, ki pripelje do adrenalne izgorelosti in je hkrati najtehtnejši razlikovalni dejavnik med izgorelostjo in depresijo. Pri izgorelih osebah je telesna izčrpanost večja, imajo več imunskih težav, mori jih močan občutek odtujenosti, ujetosti in izgube varnosti. Ljudje, ki izgorevajo, svojo manjšo delovno učinkovitost občutijo veliko bolj kot depresivni ljudje in bolj kot slednji odlagajo zadovoljevanje svojih potreb in se bolj socialno osamijo, predvsem pa občutijo večje težave s koncentracijo, spominom in odločanjem (Horvat, 2008, b. s.).

Pri posameznikih, ki se srečujejo z depresijo, prevladuje občutek manjvrednosti, medtem ko se izgorele osebe še naprej borijo za to, da bi ohranile svoj položaj.

Kljub temu da sta izgorelost in depresija dva različna pojava, se do določene mere pokrivata. Predvsem emocionalna izčrpanost, ki je ena izmed komponent izgorelosti, je vsebinsko povezana z depresijo, kar kaže na to, da je izgorelost večdimenzionalen pojav (Schaufeli, Buunk in Bram, 2011, str. 335). Ravno zato je pri eni in drugi bolezni potrebna ustrezna pomoč v obliki zdravljenja, pri čemer je najprej potrebna pravilno postavljena diagnoza. V praksi se namreč velikokrat zgodi, da se ravno ti dve motnji zamenjuje med seboj in se zato tudi napačno zdravita.

Izgorelost in tesnoba

Anksioznost ali tesnoba je strah, ki nima smeri, kar pomeni, da ga človek kljub temu, da smeri strahu ne čuti, doživlja, kot da hkrati vdira od zunaj in istočasno iz notranjosti navzven. Značilnosti so pospešen utrip srca, tiščanje v prsih, misel na dušenje in mrzlično iskanje pomoči pri drugih (Bilban in Pšeničny, 2007, str. 25).

Tesnoba je močno povezana z izgorelostjo na delovnem mestu. Pojavi se takrat, kadar ljudem primanjkuje nadzora nad delom, ki ga opravljajo in kadar se v delovnem okolju počutijo negotove ali jih delovno okolje celo ogroža. Posledica tega je, da ljudje vložijo v delo manj pozornosti, energije in predanosti (Maslach in Leiter, 2002, b. s.). Tesnoba ne vpliva samo na posameznikovo učinkovitost pri delu, ampak ima lahko negativen vpliv na njegovo zasebno življenje. Psihična napetost, panični napadi, razdražljivost in motena koncentracija, ki so najpogostejši znaki tesnobnosti, lahko posameznika ovirajo pri vsakdanjih opravilih, ki se ostalim zdijo samoumevna.

2.9.2 Izgorelost in deloholizem

Izraz deloholizem je prvi uporabil Oates leta 1971. To motnjo je opisal kot nenadzorovano potrebo po nenehnem delu. Za deloholika je značilno, da neprestano misli na delo, tudi takrat ko ne dela, kar kaže na to, da so deloholiki obsedeni s svojim delom (Rakovec - Felser, 2011, str. 584). Pri sindromu deloholizma gre za posameznikovo stalno in časovno obsežno delovanje in razmišljanje, povezano z delom, ne da bi za to obstajala zunanja nuja. Deloholik dela zato, da bi ubežal pred občutki tesnobe, strahu, sramu in krivde ter (nerealno) pričakuje, da mu jih bo beg v delo odvzel. Potreba po delu je pretirana do te mere, da sčasoma oslabi zdravje, zmanjšuje življenjsko zadovoljstvo in ogroža medosebne odnose ter socialno delovanje zunaj dela – deloholiki slabše socialno funkcionirajo in so bolj pogosto odtujeni v odnosu (Pšeničny, 2006, str. 22).

V povezavi z izgorevanjem in deloholizmom se večkrat pojavi izraz zavzetost za delo, ki pa je za razliko od deloholizma pozitivna lastnost. Zavzetost za delo vodi posameznika v neprestano

premišljanje o vsem, kar doživlja, ter o načinih, kako opraviti neko delo, o poti do cilja. Pšeničny in Findeisen (2005, str. 54) menita, da takšen človek zna vse povezati z delom, v vsem vidi izziv. Zavzeti delavci so, za razliko od tistih, ki izgorevajo, polni energije, čustveno povezani s svojim delom in se čutijo kos delovnim zahtevam (Pšeničny, 2006, str. 22).

Glavna razlika med deloholiki in tistimi, ki so zavzeti za delo, je v tem, da slednji lahko prenehajo z delom, ko so utrujeni. Sami sebi so zmožni postaviti mejo, medtem ko si deloholiki te meje ne znajo postaviti.

2.9.3 Izgorelost in delovna izčrpanost

Čezmeren stres in delovna obremenitev navadno vodita v stanje delovne izčrpanosti, izgorelost pa je motnja, ki jo sicer lahko sproži čezmeren stres, vendar vzrok zanjo leži v osebnostnih značilnostih, predvsem v storilnostno pogojeni samopodobi. Delovna izčrpanost je normalna posledica pretiranega dela, ki jo odpravita krajši ali daljši počitek in razbremenitev, izgorelost pa je motnja, bolezensko stanje, ki lahko napreduje do psihofizičnega zloma. Razlika je tudi v tem, da pri delovno izčrpanih prevladujejo telesni in anksiozni odzivi (frustracija, tesnoba) na preobremenjenost, medtem ko je pri tistih, ki izgorevajo, opaziti intenzivne čustvene simptome, zlasti depresivne in anksiozne (Pšeničny, 2006, str. 22.)

Večina ljudi, ki se srečuje z delovno izčrpanostjo, prepozna simptome in se zaveda, kaj doživljajo ter temu primerno ukrepajo, predvsem s počitkom. Poklicno izgoreli ljudje se svojega stanja ne zavedajo in se ženejo preko svojih zmožnosti, zato da bi bili še boljši.

2.9.4 Izgorelost in kronična utrujenost

Utrujenost sodi med dejavnike, ki zmanjšujejo delovno učinkovitost. Glede na vrsto dela obstajata telesna in mentalna utrujenost. Prva je navadno posledica povečane telesne dejavnosti, kaže pa se v zmanjšani fizični sposobnosti za nadaljevanje fizičnega dela. Kaže se lahko kot rahlo zaznaven občutek utrujenosti vse do popolne telesne izčrpanosti. Druga oblika je mentalna (psihična) utrujenost, ki je posledica intenzivnega in dolgotrajnega intelektualnega dela, pojavlja pa se lahko v različnih oblikah, odvisno od vrste dejavnosti, ki jo človek opravlja. Posledice utrujenosti se kažejo kot padec kakovosti in količine opravljenega dela, v povečanju števila napak na proizvodih, nepredvidenem prekinjanju dela, nihanju v hitrosti izvajanja del, slabi usklajenosti gibov in podobno. Posameznik, ki doživlja utrujenost, ima negativen odnos do dela, je nezainteresiran za delo, lahko popolnoma otopel, razdražljiv in občuti bolečine (Veber Rasiewicz, 2008, str. 39).

Za zmanjševanje utrujenosti se priporočajo odmori med delovnim časom, pomembno pa je, da si po opravljenem delu človek odpočije in se tako pripravi na nov delovni dan. Mnogi mislijo, da bodo opravili večjo količino dela, če bodo službena opravila opravljali tudi doma, po končanem delavniku, vendar to ne drži, saj si v tem primeru človekovo telo ne opomore, utrujenost se prenese na naslednji delovni dan. Takšno početje vodi v kronično utrujenost, ki jo mnogi zamenjujejo z izgorelostjo (Leskovic, 2014, str. 80).

2.10 Posledice izgorelosti

Izgorelost med medicinskimi sestrami lahko povzroči duševno utrujenost, anksioznost, pomanjkanje motivacije in odsotnosti z dela, kar nedvomno poveča pomanjkanje medicinskih sester in zmanjšanje varnosti pacientov. Zaradi stresa in izgorelosti zdravstveni delavci menjajo ali zapuščajo delovna mesta, kar vpliva na konkurenčnost med bolnišnicami zaradi različne

kakovosti znanja s področja zdravstvene nege in kakovosti storitve. Zato je pomembno, kakšna sta delovno okolje in komunikacija znotraj organizacije (Wang, Liu in Wang, 2013, str. 78).

Mednarodne zdravstvene ustanove in obstoječa društva se zavedajo negativnih posledic nevarnih in nezdravih delovnih pogojev, ki lahko vplivajo na kakovost izvajanja storitev, zdravje zaposlenih in produktivnost.

Mednarodni svet medicinskih sester je ugotovil, da je vzpostavitev pozitivnega okolja prakse po vsem svetu in v zdravstvenem sektorju bistvenega pomena za ohranjanje varnosti bolnika in dobrega počutja zdravstvenih delavcev (Jennings, 2012, str. 138).

Težavno usklajevanje dela in družinskega življenja ima vpliv na povečano odsotnost z dela, zmanjšano učinkovitost in pogosto menjavanje zaposlitev. Vsi ti dejavniki podjetjem ali organizacijam višajo stroške.

Edward in Hercelinskyj (2007, str. 240–242) trdita, da se v zadnjem desetletju razkriva številne negativne plati dela medicinskih sester, ki so privedle do tega, da je vidna zmanjšana želja po poklicu medicinske sestre.

2.10.1 Ekonomske posledice

Middleton (2014, b. s.) navaja podatke britanske vladne statistike, ki kažejo, da približno vsak peti zaposleni pravi, da čuti izjemen stres na delovnem mestu, približno 14 % delavcev pa pravi, da so zaradi stresa zboleli. To pomeni, da se približno pet milijonov ljudi ne počuti dobro zaradi stresa na delovnem mestu. Nato dodaja: »V Avstraliji stres stane gospodarstvo več kot katerakoli bolezen, v ZDA pa kažejo, da za probleme, povezane s stresom, v državi vsako leto porabijo okrog 300 milijard dolarjev. Ti stroški nastanejo zaradi izplačila nadomestil, odsotnosti iz delovnega mesta in manjše produktivnosti.«

V zadnjih 30 letih je bilo o sindromu izgorelosti po vsem svetu objavljenih več kot 6000 raziskav. Svetovna zdravstvena organizacija je že opozorila, naj države sprejmejo ukrepe za preprečevanje stresa in izgorelosti na delovnem mestu (Pšeničny, 2006, str. 19–36).

V Sloveniji letni zdravstveni stroški znašajo več kot 330 milijonov evrov, zaradi bolniške odsotnosti pa izgubimo 13 milijonov delovnih dni. Če upoštevamo evropska razmerja, je več kot polovica teh stroškov povezanih z izgorevanjem na delovnem mestu (Hafner in Ihan, 2014, b. s.).

2.10.2 Absentizem

Problem, ki ga zaznavamo v zdravstvenih organizacijah, je velika pojavnost nenapovedanih oz. nepredvidljivih izostankov. Zaradi absentizma organizacija trpi finančne stroške, pojavi se problem nadomeščanja odsotnih posameznikov, slabši sta delovna uspešnost in učinkovitost, pojavi se preobremenjenost zaposlenih. Nizko zavedanje menedžmenta in pomanjkanje kakovostnega obravnavanja varnosti in zdravja zaposlenih lahko vplivata na posledice stresa v delovnih okoljih in na bolniške odsotnosti. Ugotovljeno je bilo, da se v zdravstveni absentizem zaradi stresa pogosteje zatekajo zaposleni v zdravstveni negi kot zaposleni v gospodarskem podjetju (Leskovic, 2006, b. s.)

Zaposleni v zdravstveni negi imajo dolžnost izvajati in zagotavljati kontinuirano, varno in kakovostno zdravstveno nego. Zaradi uvajanja sistema zagotavljanja in nenehnega

izboljševanja kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientov ter upoštevanja Zakona o pacientovih pravicah se obseg dela izvajalcev zdravstvene nege neprestano povečuje. Zaradi varčevalnih ukrepov v javnem sektorju morajo bolnišnice slediti zahtevam Zakona o uravnoteženju javnih financ (2012), ki med drugim omejuje tudi zaposlovanje novih delavcev ter nadomeščanje bolniških odsotnosti in upokojitev. Problem, ki se pojavlja, je nezadostno število strokovno usposobljenega zdravstveno-negovanega kadra za zagotavljanje pacientovih potreb po zdravstveni negi. Kader, ki je prisoten na delovnem mestu, tako prevzema dodatne delovne obremenitve. Zaradi tega prihaja do kvantitativnih presežkov delovnih obremenitev in tako posledično padca učinkovitosti ter dolgoročno poslabšanja zdravstvenega stanja. Poleg preobremenjenosti z delom zaposleni doživljajo tudi časovne stiske, razpetost med različnimi vlogami, pomanjkljivo podporo med sodelavci, pomanjkanje povratnih informacij, pomanjkanje soodločanja, avtonomnosti, neenakomeren delovni čas, izmensko in nočno delo, delo prek vikendov, povečan obseg dela in nadurno delo (Mrak, 2015, str. 68).

Številne študije so dokazale negativne posledice nočnega dela. Motnje spanja vplivajo na zdravje in zadovoljstvo pri delu medicinskih sester in tako tudi zmanjšujejo varnost pacientov, ker zmanjša učinkovitost pri delu, povzroča razdražljivost, slabo razpoloženje, zmanjša komunikacijske spretnosti in sposobnost za spopadanje s čustvenimi zahtevami, poveča možnost za napake pri dajanju zdravil. Lahko pa povzroči tudi osebne spremembe in težave v odnosih. Izgorelost lahko prisili medicinsko sestro, da zapusti ali zamenja delovno mesto ali na splošno poklic medicinske sestre (Jennings, 2012, str. 138).

2.11 Obvladovanje in zdravljenje izgorelosti

2.11.1 Priporočila za obvladovanje izgorevanja na nivoju inštitucije

Zdravstvene in socialne institucije morajo nujno sprejeti preventivne ukrepe za reševanje tega problema. Organizacija mora priznati težave in sprejeti preventivne ukrepe za boj proti naraščajoči grožnji kroničnega stresa. V nasprotnem se bodo stroški dela višali in dodali k že tako visokim stroškom oskrbe. Odsotnost z dela in menjava osebja medicinskih sester bi znatno povečala stroške zaposlitve v zdravstvenih enotah.

Vsaka organizacija mora oceniti obseg stresa in z analizo priznati potrebo po ukrepanju. To se imenuje tudi »stres revizija« (Kane, 2009, str. 28–32). Z delovanjem na preventivnem področju, tj. z ustreznim načrtovanjem in delom s kadri, se je mogoče izogniti škodljivim posledicam izgorelosti. V ta namen je dobro proučiti sistematizacijo delovnih mest in ob upoštevanju presežka števila bolnikov zaposliti nove medicinske sestre, kar bi zmanjšalo delovno obremenjenost že zaposlenih medicinskih sester.

Plača in nagrajevanje zaposlenih sta pomembna motivacijska dejavnika, ki spodbujata k boljšemu delu in izboljšujeta motivacijsko klimo v ozračju delovnih organizacij. V času recesije bi bilo treba posvetiti posebno pozornost nematerialnemu nagrajevanju medicinskih sester. Priznanje ali pohvale za dobro opravljeno delo bi lahko temeljili na pohvalah bolnikov, sodelavcev ali študentov, ki so vključeni v delovni proces tekom študija.

Kot preventiva so smiselna izobraževanja zaposlenih za lažje soočenje s stresom in izgorevanjem. Pomembno je tudi pridobivanje znanja s področja komuniciranja in reševanja konfliktov znotraj tima (Strauch, 2012, str. 35).

Družbena odgovorna organizacija mora preskočiti na višji nivo in s svojo etičnostjo dokazati, da je zanjo človeški kapital na samem vrhu lestvice prioritet, kar pomembno prispeva k lojalnosti zaposlenih in ugledu podjetja navzven (Cergol Lipnik, 2012, str. 77).

Cergol Lipnik (2012, str. 78) navaja, da lahko izboljšamo zdravje in dobro počutje zaposlenih tudi s promocijo zdravja na delovnem mestu z namenom, da posameznik prevzame odgovornost in nadzor nad lastnim zdravjem.

V nadaljevanju predlaga naslednje primere ukrepov spodbujanja zdravja na delovnem mestu:

- udeležba zaposlenih v postopku izboljševanja organizacije dela;
- dejavno udejstvovanje zaposlenih pri izboljševanju delovnega okolja;
- ukrepi, osredotočeni na izboljšano počutje pri delu, na primer uvedba gibljivega delovnega časa ali dela na daljavo od doma;
- obravnavanje vidika zdravega prehranjevanja na delovnem mestu;
- osveščenost o kajenju;
- vadba in fizična aktivnost, kar lahko vključuje ponudbo športnih tečajev, spodbujanje fizične aktivnosti ter kulture zdravja in gibanja v delovnem okolju;
- omogočanje preventivnih zdravstvenih pregledov;
- spodbujanje duševnega zdravja, ki lahko vključuje tečaje za delavce na vseh ravneh o tem, kako obvladati stres in napetost, ter omogočanje anonimnega svetovanja za vse zaposlene.

Cergol Lipnik (2012, str. 79) navaja po Coxu (1993) tri ravni reševanja stresa na delovnem mestu, ki so usmerjene na posameznike in na organizacije, kjer delajo. Primarni ukrepi imajo težišče na preprečevanju ali zmanjševanju tveganj in nevarnosti. Na sekundarni ravni se ukvarjajo s posameznikovim odzivom na stres in z načinom, kako ga lahko organizacija prepozna in se nanj odziva. Terciarna raven se osredotoča na žrtve stresa in predvideva zagotavljanje pomoči za delavce, ki trpijo zaradi težav, ki jih povzroča stres. Poleg omenjenih ukrepov so se za učinkovite izkazale tudi metode, ki zajemajo organizacijske spremembe delovnih razmer in procesov:

- ocena tveganja delovnega mesta,
- spremembe organizacijske strukture s poudarkom na večji avtonomiji, fleksibilnosti in decentralizaciji,
- spremembe v stilu vodenja,
- sodelovanje delavcev pri odločanju,
- timsko delo,
- osebna rast zaposlenih,
- transparentna komunikacija na vseh ravneh.

Organizacija si lahko prizadeva za družbeno odgovorno ravnanje tudi s pridobivanjem certifikatov. Slednji podjetju ali organizaciji in zaposlenim nakazujejo, kako ravnati družbeno odgovorno (Cergol Lipnik, 2012, str. 80). Pripomorejo k učinkovitejšemu in bolj sistematičnemu pristopu pri uvajanju varnosti in zdravja zaposlenih ter posledično k preprečevanju stresa na delovnem mestu. Certificiranje družbene odgovornosti se opira na že uveljavljene postopke, ki so se vzpostavili za potrebe potrjevanja skladnosti z zahtevami mednarodnih standardov na področju sistemov vodenja kakovosti. Primer take oznake predstavlja slovenski certifikat »Družini prijazno podjetje«. Vsekakor zgolj pridobljen certifikat ne more zagotavljati družini prijaznega podjetja brez podpore vodstva in spoštovanja njegovih smernic.

Pri učinkovitem upravljanju s človeškimi viri ne smemo pozabiti na varnost in zdravje pri delu ter na psihosocialna vprašanja, kajti uspešnost posameznika je deloma odvisna tudi od njegovega zdravja in dobrega počutja. Pomembni so motivacija, nagrajevanje, izobraževanje in ozaveščanje zaposlenih. Sistem razvoja kadrov prispeva k uspešnosti in učinkovitosti organizacije tako, da zagotavlja optimalno usposobljenost zaposlenih za delo in prispeva k motivaciji (Cergol Lipnik, str. 82).

Motivacija zaposlenih zmanjšuje psihosocialne pritiske in blagodejno deluje na dobro počutje zaposlenih. Pri zmanjševanju stresa je bistvenega pomena tudi nagrajevanje zaposlenih, ki ni nujno zgolj finančne narave. Tako motivacija kot nagrajevanje prispevata k zadovoljstvu zaposlenih in njihovem občutku, da delajo dobro in v pravi smeri ter da delodajalcem ni vseeno zanje. Zmanjšuje njihovo frustracijo o nesposobnosti in zaposlenim ponuja nove priložnosti, da se izkažejo. Cergol Lipnik (2012, str. 83) pravi, da morajo organizacije zagotoviti ustrezno in nenehno usposabljanje vseh zaposlenih, saj povečujejo usposobljenost delavcev o varnosti na delovnem mestu. Z ozaveščanjem delavcev bi si številni zaposleni jasneje predstavljali njihovo vlogo in pomen delovnega mesta in s tem lažje opravljali delovne obveznosti. Pri tem bi se znatno zmanjšala njihova časovna in osebna stiska, ki je navadno prisotna ob nejasnih navodilih nadrejenih.

Organizacijske intervencije je treba osredotočiti predvsem na delovne obremenitve; najprej je pomembno, da se zagotovi, da je obremenitev v skladu z viri delavcev in da bi bilo koristno poučevanje zaposlenih učinkovitih strategij za upravljanje delovne preobremenitve. Druga ključna področja delovanja se nanašajo na vrednote in pričakovanja delavcev na njihovem delovnem mestu; če ljudje čutijo svoje delo kot nekaj pomembnega in smiselnega, bodo bolj zadovoljni in bolje prenašali obremenitve. Ta študija je pokazala, da lahko tudi osebni dejavniki vplivajo na delovno angažiranje in zdravje pri delu. Iz tega razloga prilagojeni posegi, ki imajo individualiziran pristop, kot so programi za zmanjševanje stresa na delu, strategije za krepitev delavcev obvladovanja notranjih virov in osebno svetovanje, bi bilo koristno za spodbujanje zdravega delovnega okolja in zadovoljstvo pri delu. Skratka usmerjati razvoj preventivnih ukrepov za izboljšanje dobrega počutja in klinično prakso medicinskih sester in zdravstvenih delavcev (Fiabane, Dordoni in Argentero 2016, str. 42).

2.11.2 Priporočila za obvladovanje izgorevanja na nivoju posameznika

Še vedno se nam je najtežje ozreti vase. To so hudi strahovi. Dokler se ukvarjamo z drugimi, ni napredka. Če bi se bili sposobni posvetiti sami sebi, bi bilo to dragoceno za vso družbo. Ampak tudi to je odvisno od posameznika. Eni zmorejo več, drugi manj. Družbena odgovornost je tudi v tem, da take možnosti omogočimo tudi tistim najbolj šibkim in ranljivim. To pa v tej družbi ni vedno enostavno. Hitrih rešitev v življenju ni. Naši vzorci so se gradili razvojno, rasli so z nami in ne moremo jih spremeniti čez noč. Spet ne moremo mimo pozitivne psihologije in njenih negativnih učinkov. Ni narobe, če kdaj razmišljamo tudi o negativnih stvareh. Kot ljudje smo namreč mešanica vsega, dobrega in slabega (Izgorevamo zaradi slabih odnosov, ne zaradi preobilice dela, 2017, b. d.).

Za izboljšanje dela in za zaščito medicinske sestre in drugega zdravstvenega osebja pred tveganjem in razvojem poklicnega stresa in izgorelosti je treba pred izbiro poklica predhodno opredeliti glavne dejavnike tveganja za delavce ali specifičnost poklica, ki so bolj dovzetni za psihološke stiske delavcev zaradi posameznih spremenljivk (Fiabane idr., 2016, str. 43).

Poklic medicinske sestre je lahko zelo prijeten, ugoden in koristen poklic s široko paleto kariernih priložnosti v smislu specifičnosti dela in mesta delovanja, kljub temu da prihaja skupaj s »paketom« opozoril o stresni naravi dela in nas lahko privede do izgorelosti. Pomembno je, da smo o tem potencialnem problemu vnaprej ozaveščeni učitelji zdravstvene nege, študenti in izvajalci zdravstvene nege. Tisti, ki so v tem poklicu, se morajo počutiti pooblašcene, da lahko odkrito razpravljajo o stresu in prevzamejo nadzor nad situacijo (Scammell, 2016, str. 990).

V družbah nadzora ljudje, ki so mislili s svojo glavo, nikoli niso bili zaželeni. Zato je toliko bolj pomembno, da se opremo sami nase. Namen ni toliko govoriti o izgorevanju. O teh simptomih lahko danes preberemo kjerkoli. Bistvo je v mehanizmih, zaradi katerih se ujamemo v uničujoče odnose, v temelje, kjer izvirajo, v tisto, kar nas nagovarja in povzroča, da smo ves čas v adrenalinskem krču boja ali bega. V odnosih, kjer moramo ves čas hoditi po prstih, kjer je vsak trenutek nepredvidljiv, kjer nikoli ne vemo, kdaj bo počilo, se ne da živeti. Seveda pa moramo ozavestiti, kaj se nam sploh dogaja (Izgorevamo zaradi slabih odnosov, ne zaradi preobilice dela, 2017, b. d.).

Bistveno je, da se medicinske sestre poučijo in ozavestijo o konceptu stresa, življenjskih strategijah in posledicah stresa. Priporočljivo je, da same reflektirajo glede na njihovo zaznano vlogo in razpoložljiva sredstva; razvijejo in vzdržujejo trdnost in sprejemajo različne oblike pomoči pri zmanjševanju in/ali preprečevanju stresa. To so ključni elementi za vzpostavitev in ohranitev zdravega delovnega življenja. Management zdravstvenih in socialnih organizacij mora dati prednost in stalno podporo medicinskim sestram s priznavanjem delovne uspešnosti, vključevanjem v procese odločanja in s smiselnim sodelovanjem s posameznim osebjem za izboljšanje delovnega procesa in zadovoljstva. Priporoča se, da se večkrat izvede oceno trenutnega stanja poklica medicinskih sester v njihovih delovnih okoljih, da lahko najprej razumemo njihov trenutni položaj v zvezi s stresom in nato lahko razvijemo akcijski načrt za odpravo le-tega (Riahi, 2011, str. 721).

Priporočeni ukrepi pri tistih, ki začutijo izgorelost so: (Bilban in Pšeničny, 2007, str. 22):

- skrbite zase, postavite svoj lastni varovalni program. V svoje delo vpeljite zabavo ali tako vrsto dela, ki vas sprošča. Ko ste pod stresom, je pomembno, da čim več časa preživite s svojo družino, si vzamete čas za svoje konjičke in svoje interese;
- določite meje vašega delovanja – premislite o svojem delu in določite področja, kje je treba določiti meje, npr. spremenite vaš delovni čas, zmanjšajte število težavnih strank, klientu recite NE, čeprav s tem tvegate odhod k drugemu strokovnjaku oz. v drugo podjetje, kar je bolj zdravo kot popuščati njegovim nerealnim zahtevam. Določiti je treba meje svojega profesionalnega dela in se prepričati, da v življenju obstajajo pomembnejše stvari, kot je služba;
- določite ukrepe za obvladovanje stresa – določite osebo, s katero se lahko pogovorite, česa si ne želite pogovarjati s svojimi kolegi. Obrnite se na starega študijskega prijatelja, bivšega profesorja ali mentorja. Pomoč lahko poiščete tudi v vaši verski skupnosti ali pri psihoterapevtu. Možne so tudi skrajne rešitve, kot so vključevanje v izobraževanje zaradi preusmeritve poklicne kariere ali spremembe poklica;
- analizirajte sami sebe – določite vaše vrednote in vaše želje, katere stvari delate dobro in radi oz. česa ne znate in ne marate delati. Izgorelost pogosto nastane zaradi nesorazmerja med vašimi željami in interesi na eni strani ter zahtevami vašega delovnega mesta na drugi. S takšno analizo se lahko odločite tudi za spremembo prakse, ker boste bolj natančno vedeli, kaj in kako želite delati;
- premagajte kompleks, da so drugi vedno boljši in da se to dogaja le vam – danes so časi, v katerih se spremembe dogajajo zelo hitro. Razviti morate takšne veščine, ki vam bodo

pomagale, da boste prenašali spremembe in ustvarili obrambne mehanizme za zaščito pred sindromom izgorelosti pri delu. Nekateri trdijo, da jih stres (pritisk) sili k boljšemu delu. To je do neke mere res, vendar pri večanju pritiska dosežemo točko, ko se kakovost naše storilnosti ne veča, ampak začne vztrajno padati. Zato sta toliko bolj pomembna samonadzor in udejstvovanje posameznikov v preventivne ukrepe. Najprej poskušamo določiti glavne dejavnike stresa. Opredelimo, kaj nas pri delu spodbuja in kaj nas spravlja v nelagodje. Ponovno preverimo tudi svoja pričakovanja, ki jih imamo o delovnem mestu, in zadolžitve. Pomembne so naše izkušnje uspeha (varovalni dejavnik) – na to ne smemo kar pozabiti;

- opredelite kratko- in dolgoročne cilje, ki temeljijo na realnih osnovah;
- namenite več pozornosti lastnemu zdravju – prehranjevalnim in pivskim navadam in zdravi telesni aktivnosti;
- rezervirajte si vsak dan čas za sprostitev in vsaj nekaj časa preživite brez vnaprej določenih opravil;
- osvežite svoja stara prijateljstva in vzpostavite nova ter se z njimi pogovarjajte o svojih doživetjih in občutkih ter ne zadržujte svojih frustracij in jeze v sebi;
- analizirajte, kako preživite posamezen dan, in se naučite upravljati s časom;
- naučite se reči ne, kadar vas pozivajo k opravi, ki presega vašo razpoložljivo energijo in vaše zmožnosti;
- naučite se prelagati odgovornost tudi na druge ljudi, ker niste nenadomestljivi;
- skušajte ponovno najti smisel za humor, ki ste ga verjetno izgubili. Poskušajte se vsaj včasih nasmejati okoliščinam;
- ostanite v stiku s samim seboj in svojimi vrednotami. Naučite se spoznati, kdaj ste presegli mejo izčrpanosti in kdaj so izčrpane vaše notranje zaloge energije.

2.11.3 Preprečevanje izgorelosti

V prihodnje bi bilo treba opravljati letne raziskave na temo izgorevanja med medicinskimi sestrami in primerjati podatke na nacionalnem nivoju. Treba bi bilo opraviti tudi analize stroškov in koristi delovnega okolja (Strauch, 2012, b. s.).

Poznamo tudi vprašalnik o izgorelosti C. Maslach, v izvorniku Maslach Burnout Inventory MBI (Maslach in Jackson, 1981, str. 99.), ki temelji na raziskavi treh faktorjev, ki so: čustvena izčrpanost, depersonalizacija in pojav psihosomatskih obolenj. Z vprašalnikom merimo tudi zadovoljstvo pri delu z vodjo, s sodelavci, z osebnim dohodkom, z možnostmi za napredovanje, z delom, z delom – odsotnost stresogenih učinkov dela, z delom – odsotnost občutka odtujenosti dela in z vodjo – odsotnost negativnih karakteristik vodje.

Najti primeren način preprečevanja izgorelosti izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ni pomembno samo zaradi preprečevanja slabega počutja delavcev in s tem povezanih posledic na delovnem mestu, vendar predvsem v dobro celotne organizacije in še širše gledano: dobro celotne družbe.

Preventiva mora biti na več nivojih, in sicer organizacijskem, individualnem in socialnem (odnosi na delovnem mestu).

2.11.4 Skupine za samopomoč

Za učinkovite so se izkazale tudi podporne skupine, v katerih ljudje medsebojno delijo izkušnje in si pri tem odgovorijo na vprašanja, kako naprej, kaj narediti in česa ne. Skupine za samopomoč ali podporne skupine imajo možnost, da zagotovijo skoraj vse oblike podpore

(instrumentalno, čustveno in informativno). To so delovne skupine in ne terapevtske in zagotavljajo:

- priložnost za diskusijo in refleksijo o delu skupaj z ostalimi kolegi, pri katerem ima vsak svojo izkušnjo, ki jo rad deli;
- priložnost za medsebojno podporo in razumevanje, da delijo in primerjajo izkušnje med seboj;
- delo na individualnih ciljih po spremembi, da bi našli načine, kako obvladati stresne situacije.

Na skupinah za samopomoč se je izkazalo, da so razlike v dožemanju stresa glede na različna področja dela v zdravstvu in medsebojne razlike v percepciji delovnega mesta. V 58 študijah s 7188 udeleženci so Ruotsalainen, Verbeek, Mariné in Serra (2015, b. s.) med seboj primerjali metode preprečevanja stresa na delovnem mestu, in sicer kognitivno-vedenjsko metodo (KVM), mentalno in fizično sproščanje, KVM in sproščanje skupaj ter intervencije znotraj organizacije dela. Kategorizirali so rezultate, kot so stres, anksioznost in splošno zdravje.

Poklicni stres in izgorelost sta posledica izpostavljenosti dejavnikom stresa na delovnem mestu in rezultat osebnega spopadanja ali sposobnosti za reševanje okoljskih dejavnikov stresa na osebni ravni. Ruotsalainen, Verbeek, Mariné in Serra (2015, b. s.) predlagajo intervencije za preprečevanje ali zmanjšanje stresa in jih razporejajo v tri skupine:

- kognitivno-vedenjska skupina: posegi, katerih namen je spremeniti način, v katerem udeleženci mislijo, čutijo in se posledično odzivajo na stresno situacijo;
- sprostitev: posegi, katerih namen je povzročiti stanje duševne ali telesne umirjenosti, ali tako, da bi preprečila tresenje, povzročeno zaradi stresa. To lahko dosežemo, na primer, z masažo ali aktivnim opravljanjem različnih vaj. Tako je težišče usmerjeno v specifične sproščujoče dejavnosti in jih prisili, da odložijo neprijetne misli in čustva, povezana s stresom;
- organizacijski ukrepi ali intervencije, ki sestavljajo spremembe delovnih pogojev, organiziranje podpore, spreminjanje skrbi, povečanje komunikacijske spretnosti in spreminjanje razporeditve dela, organizacija urnika dela (odmori med vikendi in zmanjšane mesečne in tedenske obremenitve).

Namen je preprečevanje ali zmanjšanje stresa na delovnem mestu, ki zagotavlja, da so delavci boljše opremljeni za spopadanje z nalogami, povezanimi z njihovim delovnim mestom.

Nekatere organizacijske lastnosti dobrega delovanja v bolnišnicah, ki bi bile primerne tudi v domovih za starejše so: (Wang, Liu in Wang, 2013, str. 81):

- decentralizacija odločanja na ravni enote zdravstvene nege;
- priznanje avtonomije medicinske sestre in njene odgovornosti za kakovostno oskrbo bolnikov;
- prepoznavno močno, učinkovito vodenje zdravstvene nege;
- sodelovanje različnih enot zdravstvene nege;
- ustrezno osebje in sredstva;
- negovalni temelji za kakovost zdravstvenega varstva;
- dobri odnosi med medicinsko sestro in zdravniki.

Projekt »SOS – stres, odsotnost, stiska« naslavlja vse navedene dejavnike, ki negativno vplivajo na delovno okolje, z namenom oblikovanja strokovnih iztočnic, strategij in pristopov za učinkovito celostno preprečevanje in reševanje problematike varnega in zdravega delovnega

mesta. V okviru projekta SOS – stres, odsotnost, stiska je nastala publikacija z naslovom« Vzpostavljajte in varovanje zdravega delovnega okolja kot ključ k uspešnosti podjetja in s tem večanja konkurenčnosti podjetij» (Cergol Lipnik idr., 2012, str. 89).

Pri poklicih s poslanstvom (medicinske sestre, zdravniki) bi bilo treba spodbujati (permanently) učenje veščin o medosebnih odnosih in uporabi adaptivnih strategij spoprijemanja s stresom, kot so različne ne tekmovalne telesne dejavnosti, ukvarjanje s hobiji, strategije, vezane s kakovostjo vsakdanjega življenja, z druženjem in preživljanjem časa v naravi. Poseben poudarek bi morali nameniti skupinski povezanosti (znotraj ambulante ali zdravstvenega zavoda), saj se je podpora sodelavcev pogostokrat pokazala kot varovalni dejavnik pred izgorevanjem. Preventivno so učinkoviti programi pomoči znotraj delovnih organizacij (tudi kot delavnice za izboljšanje veščin v medosebnih odnosih, izgradnja tima ipd.), saj individualna obravnava/pomoč običajno ni dovolj (Selič, 2010, str. 11).

2.11.5 Zadovoljstvo pri delu

Zadovoljstvo na delovnem mestu izvajalcev zdravstvene nege je eden od pogojev za preprečevanje stresa. Lapajna (2010, str. 47) meni, da so pomembni motivatorji za zadovoljstvo medicinske sestre na delovnem mestu naslednji: delo v dobrem timu, medsebojni odnosi, zadovoljni pacienti/stanovalci.

Strokovnjaki pravijo, da je stres kot napetost v struni kitare. Če je struna napeta preslabo ali sploh ne, tudi glasbe ni, če pa je prenapeta, lahko počí. Stres je odziv človeka na nevarnosti ali zahteve v vsakdanjem življenju (stresor). Posamezni stresorji niso enako pomembni za vse ljudi; kar je za nekoga le obrobni dogodek, bo drugemu morda povzročilo hude skrbi, celo stresno motnjo. Odziv na stresor je odvisen tudi od posameznikove pripravljenosti za premagovanje težav, njegove osebnosti, notranje psihične trdnosti in tudi iz izkušenj v podobnih situacijah. Verjetno se stresorjem v vsakdanjem življenju ne da zlahka izogniti, lahko pa se deloma okrepi sposobnosti za odzivanje nanje. Nekaj stresa je torej nujno potrebno za delo in ustvarjalnost doma in na delovnem mestu. Kako se ljudje odzovejo na stresno situacijo in ali ob tem izgorejo ali se okrepijo, pa je odvisno od vsakega posameznika, njegovega načina življenja in življenjske filozofije. Zdravje in dobro počutje sta v rokah nas samih (Kovač - Vouk, 2010, str. 63–65).

Intrapersonalni in okoljski dejavniki, ki zvišajo posameznikovo »odpornost« proti izgorevanju, zajemajo kognitivne funkcije, kot so optimizem, inteligenca in humor. Višja stopnja inteligence in izobraževanja, široki interesi in sposobnost artikuliranja ciljev v prihodnost so lastnosti prilagodljivega posameznika. Optimistično in aktivno reševanje problemov, slog, ciljna usmerjenost in prilagodljivo spopadanje, opredeljeni v tej študiji, ustrezajo situacijskim prožnim vzorcem za spopadanje s stresom in izgorelostjo. Prožne značilnosti so pogosto vsebovane v prepričanju, da zagotavljajo nek smisel in apreciacijo razlikovalnosti sebe in se lahko oceni medicinska sestra z različnimi obstoječimi mehanizmi, vključno z neformalno podporo in posvetovanjem, formalnim posvetovanjem, nadzorom in reflektivno prakso (Edward in Hercelinskyj, 2007, str. 241).

2.11.6 Humor na delovnem mestu medicinske sestre

Zaposleni v zdravstvu smo pogosto izpostavljeni stresnim situacijam. Da bi postali pravi mojstri življenja in se osvobodili stresa ali ga vsaj zmanjšali na najmanjšo mogočo mero, bi bilo optimalno upoštevati še dve zelo pomembni dejstvi, ki pa sta bolj ali manj tuji slovenski naravi:

govorimo o humorju in o uskladitvi delovanja obeh delov naše osebnosti. Prva je racionalna, analitična, logična in sintetična plat, ki jo nadzira leva možganska hemisfera in ki jo podpira in spodbuja šolski ter vsak drug sistem in je zato morda včasih kar preveč cenjena. Druga pa je mehkejša, čustvena, ustvarjalna in intuitivna plat naše osebnosti, ki jo nadzira desna hemisfera možganov in ki naše racionalne sposobnosti individualno obarva. Pogosto je prav uravnoveženje obeh najtežje doseči. Privoščimo si torej tudi čas in prostor za manj »pametne«, pa bolj prijetne in užitek polne dejavnosti. Humor je pomočnik, ki bi ga nikdar ne smeli podcenjevati in zanemariti ob preobremenjenosti in stresnih reakcijah. Smeh, šale in dobra volja so zagotovilo, da bomo stres in dejavnike stresa lažje obvladali in jih na koncu celo premagali. Ljudje po navadi radi pozabljamo, da večino energije za premagovanje življenjskih udarcev črpamo iz urejenega družinskega življenja, dobrih odnosov s prijatelji in sodelavci, ki so lahko neizčrpen vir veselja, opore, spodbude in samopotrjevanja. Če bomo ravnovesje stresa gradili na takih temeljih, ki nas bodo navdajali z občutkom varnosti, bomo redkeje zabredli v območje škodljivega stresa in se pogosteje veselili prijaznega stresa (Lapajna, 2010, str. 48; Jerčič in Kersnič, 2004, str. 275).

2.11.7 Metode soočanja in pomoči pri pojavu izgorelosti

Spoprijemanje s stresom lahko opredelimo kot aktivni proces, s katerim posameznik poskuša obvladati, zmanjšati oziroma vzdržati notranje in/ali zunanje zahteve, ki so nastale kot rezultat stresnega dogodka. Ta proces vključuje vedenjske, čustvene in kognitivne poskuse obvladovanja stresne situacije. Gre torej za različne aktivnosti in prizadevanja, da se situacija, ki jo ocenimo kot obremenjujočo in za katero menimo, da presega naše moči, reši oziroma omili. Spoprijemanje pomeni kompleksen in večrazsežnosten proces, ki je pod vplivom tako situacijskih dejavnikov kot tudi posameznikovih osebnostnih lastnosti (Kovač - Vouk, 2010, str. 63–65).

2.11.8 Kognitivno-vedenjska terapija

Kognitivno-vedenjska terapija (v nadaljevanju KVT) je strukturirana, to pomeni, da je natančno določena zgradba posameznih seans in zgradba terapije kot celote. Poteka individualno in v skupini. Časovno je omejena, odvisno od obravnavane motnje. Usmerjena je v reševanje sedanjih težav. Prilagojena je potrebam in ciljem ljudi, ki iščejo pomoč. Cilje vsak posameznik določi sam s pomočjo terapevta, le-ti pa morajo biti realni in zelo konkretni, usmerjeni na vedenje. Cilj terapije je, da se človek sam nauči reševati svoje težave. KVT temelji na kognitivnem modelu, ki pravi, da je naše čustveno in vedenjsko odzivanje na zunanje dogodke odvisno od našega razumevanja, videnja, vrednotenja teh dogodkov. Glede na osebne izkušnje, stališča, razumevanje sebe in sveta različni ljudje različne dogodke doživljajo različno. Misli, ki se nehote sprožijo ob nekem dogodku, imenujemo avtomatske misli, le-te so hitre, kratke, komaj se jih zavemo. V skladu z avtomatskimi mislimi se čustveno odzivamo. Čustva pa vplivajo na številne fiziološke procese v organizmu, ki jih običajno zaznamo kot telesne znake. Vedenje ob določenem dogodku je tako odvisno od naših stališč, avtomatskih misli, čustvenega odzivanja in telesnih znakov (Kovač - Vouk, 2010, str. 64).

Sposobnost sproščanja kot ena osnovnih tehnik pri terapiji anksioznosti se je izkazala za zelo uspešno, če se je človek uči v skupini. Sproščanje je postalo tudi rdeča nit skupin v obliki dvanajstdnevni delavnic, ki jih izvajajo enkrat mesečno. V skupino zaprtega tipa je vključenih 10–12 ljudi različnega spola, starosti, veroizpovedi in izobrazbe. Njihove nevrotske in stresne motnje so različne, občasno se jim pridružijo tudi ljudje po prebolelem miokardnem infarktu, različnih karcinomih, z ortopedskimi težavami, fibromialgijo, nejasnimi nevrološkimi obolenji,

zdravljenci različnih odvisnosti. V osnovi so si zelo različni, pa vendar je njihov skupni cilj naučiti se znižati raven anksioznosti in bolj konstruktivno odreagirati v stresnih situacijah. Vse skupine so časovno omejene na 90 minut in so strukturirane iz treh delov. Prvi del je sproščanje, kjer se učijo dihalne tehnike in postopno mišično sproščanje (po Jakobsonu), z namenom doseči stanje globoke sprostitve na tak način, da mišice najprej napnejo za nekaj sekund, nato pa jih popustijo. Zatezanje in sproščanje različnih mišičnih skupin telesa privede do stanja sprostitve. Pri tem sta vključena dva procesa, zavedanje mišične napetosti (opazovanje telesa) in sproščanje te napetosti. Drugi del skupine je namenjen učenju. Ljudje se spoznavajo s telesnimi znaki svojih motenj, s kognitivno-vedenjskim modelom, učijo se redno spremljati in beležiti ogrožajoče situacije oziroma dogodke, misli, čustva, vedenja. Spoznavajo različne tehnike za premagovanje anksioznosti (tehnike preusmerjanja pozornosti, hitro sproščanje, stop tehnike, vizualizacijo pomirjujočega kraja, vodeno imaginacijo (predstavljanje)). Imaginacija (opis) – pri tej tehniki se osredotočimo na dihanje. Pozorni smo na mišice trebušne votline, ki se pri vdihu in izdihu počasi dvigajo in spuščajo. Dihamo počasi, mirno in nežno. Misli so se rešile našega nadzora, potujejo sem ter tja. Tako zlahka kot prihajajo, naj tudi zapuščajo našo zavest. Skušamo obuditi prijetne občutke. V spomin si prikličemo sprehod po gozdu, daleč v naravi. Gledamo drevesa, listje in prečudovite barve. Sprehajamo se po mehkih tleh in gledamo skozi krošnje. Vsa narava počiva v topllem popoldnevu, vse je mirno, vonj po borovcih, oblaki mirno plavajo, zrak se lenobno premika, čutimo blage sapice na obrazu in telesu. Obsedimo pri miru še nekaj minut in se popolnoma predamo prijetnemu občutku sprostitve, ki nas je povsem prevzel (Kovač - Vouk, 2010, str. 65).

2.11.9 Supervizija

Supervizija za področje zdravstvene nege je didaktična in podporna metoda, ki lahko spodbudi in stopnjuje profesionalni razvoj in osebno rast medicinskih sester. Zdravstvena nega je lahko emocionalno zelo zahtevna. Vsili zahteve okolja, poleg tega pa nekatere medicinske sestre preveč pričakujejo od samih sebe. Klinična Supervizija lahko pomaga medicinskim sestram, da zmanjšajo stres in preprečijo čustveno izčrpanost, ki često vodi k pomanjkanju zavzetosti in motivacije pri delu. V monografiji je predstavljenih le nekaj vidikov, ki pa so dovolj pomembni in spodbudni, da medicinske sestre že na začetku poklicne poti spoznajo vrednost in izkušnjo dobre supervizije, da le-ta postane integralni del njihovega delovnega procesa in stalnega razvoja, pa tudi pomemben del humanizacije zdravstvene nege (Skoberne, 2002, b. s.).

S pomočjo Supervizije lahko medicinske sestre izpopolnijo svoje poklicne vloge in dosežejo večjo kakovost dela. Prvi pogoj za učinkovito delo niso samo profesionalno znanje in spretnosti, temveč tudi zmožnost nadzorovanja in obvladanja čustev nekoristnosti in nezmožnosti obrambe, ki v skrajni obliki vodijo v sindrom izgorevanja. Nasproti temu so bili mnogi preventivni postopki, kot so npr. sprostitvene tehnike in joga, neučinkoviti, kar klinični Supervizija daje možnost, da se uveljavi na področju zdravstvene nege. Seveda od supervizije tudi ne smemo preveč pričakovati, kajti zavedati se moramo lastnih meja. Skoberne (2002, b. s.) navaja citat nizozemskega učitelja Hanekampa, ki je dejal: »Marsičesa se bomo obvarovali, če odkrijemo področja moči; to je, da s sproščenostjo sprejmemo, česar ne moremo spremeniti, da s pogumom spremenimo, kar moremo, in z modrostjo razlikujemo med obojim.«

Je način, prek katerega posameznik prepozna svoje osebne značilnosti, načine odzivanja na okolje, spreminjanje vedenjskih vzorcev pa je moč doseči prek poglobljenih individualnih, skupinskih, timskih ali strokovnih supervizij. Supervizija ima posebno mesto v psihodinamiki institucije, namenjena je strokovnim delavcem z namenom analiziranja, prepoznavanja in spreminjanja medsebojnih odnosov, ki pogojujejo ozračje, ustvarjalnost in uspešnost v odnosih

in v ustanovi sami. Če je le možno, naj bo supervizor »zunanji« sodelavec, ki ni vpleten v dogajanja znotraj ustanove. Supervizije bi morale postati trajna oblika strokovnega dela ustanove, saj predstavljajo najboljšo preventivo pred izgorevanjem (Hvala Cerkovnik in Bregar, 2010, str. 66).

V najširšem smislu je supervizija refleksija posameznika iz distance o tem, kar poklicno vidi, misli in čuti, ker nam pogled od zgoraj in z razdalje omogoča drugačno zaznavanje in razumevanje dogodkov. Kobolt in Žižak (2010, str. 152) meni, da supervizant v supervizijskem procesu reflektira svoje poklicne težave, probleme in dileme ter s pomočjo izkustvenega znanja izboljšuje svoje strokovne kompetence ter s tem posledično tudi kakovost svojega dela. Podobno pravi tudi Švagan (2010, str. 59), ki supervizijo opredeljuje kot obliko strokovne pomoči, ki s pomočjo poklicne refleksije omogoča vpogled v lastno delovanje, ki pripomore k razmišljanju o tem, kako bolje in predvsem z manj stresa opraviti delovne obveznosti. Milošević (1991, str. 4) pa opredeljuje supervizijo kot pomembno metodo pri preventivi stresa in poklicni izgorelosti, saj s pomočjo supervizije lažje postavimo mejo med poklicnim in zasebnim življenjem (Hvala Cerkovnik in Bregar, 2010, str. 154).

Namen supervizije je učenje, ki spodbuja refleksijo in samorefleksijo delavca ter dviguje njegove strokovne pristojnosti na višjo kakovostno raven, praviloma v poklicih, ki vključujejo čustveno intenzivno in metodično zahtevno delo z ljudmi (Šilak, 2008, str. 24).

Klemenc - Ketiš, Kersnik in Tratnik (2009, str. 176) supervizijo vidijo kot izziv strokovnjakom, da reflektirajo o svojem delu in tako predstavljajo meje svojega profesionalnega delovanja. Šilak, (2008, str. 24) opredeljuje supervizijo kot proces specifičnega učenja in razvoja, pa tudi kot metodo podpore pri profesionalnem reflektiranju, ki strokovnjakom omogoča, da osvojijo nove profesionalne in osebne uvide kot lastno izkušnjo. Strokovnjakom pomaga, da praktične izkušnje integrirajo s svojim teoretičnim znanjem in da pridejo do svojih lastnih rešitev problemov, s katerimi se srečujejo pri delu, da uspešneje obvladujejo stres in gradijo svojo profesionalno identiteto.

Za preprečevanje izgorelosti veliko organizacij že uporablja različne relaksacijske tehnike, meditacije, Balantove skupine in kognitivno-vedenjske obvladovane strategije. Supervizija pomaga pri razreševanju medosebnih odnosov. Supervizija je eden od načinov, kako se soočiti z izgorelostjo. S tem ko posameznik rešuje določene poklicne konflikte znotraj supervizije, je kasneje od njih razbremenjen in lažje funkcionira tako v poklicnem kot v privatnem življenju. Supervizor omogoča supervizantu ponovno procesirati nek izsek njegovega poklicnega dela, ponudi mu priložnost za analitično opazovanje sebe v delovni situaciji in mu skozi supervizijski proces omogoča strokovni in osebni razvoj (Praper, 2003, str. 9).

Supervizija je torej refleksija, reprocessiranje poteka poklicnega dela, usmerjena je na ekspertov vnos v poklicni odnos s klientom. Gre za izkustveno, ekspertno učenje, ki sčasoma postaja dejavnik profesionalne rasti. Namenjena je predvsem temu, da ekspert skozi zrcaljenje najde možnosti za ozaveščanje svojih latentnih psihičnih vsebin, ki se vpletajo v njegovo poklicno delo (Praper, 2003). Osrednji element supervizije je ozaveščanje supervizantove latentne motivacije, njegove vloge in pozicije v odnosu, kar vodi v osebno in profesionalno rast. Dejansko gre za verižni proces ozaveščanja, ki vodi k samospoznavanju in kasneje k samospreminjanju. Osnovni procesi ozaveščanja izhajajo iz psihoanalize in se nanašajo na dinamiko nezavednih teženj, konfliktov in obrambnih reakcij supervizanta, vendar le v dogajanju skozi njegovo profesionalno delo. Naravno je, da supervizant ob tem doživlja odpor,

za katerim je strah pred nezavednimi in iracionalnimi deli sebe, strah pred spremembo in zahtevo po samospreminjanju (Praper, 2003, str. 14).

Pri preprečevanju izgorevanja supervizija pomaga predvsem izpeljati in vzdrževati diferenciacijo med empatijo in zlivanjem v profesionalnih odnosih. Izjemno pomembno je namreč, da razlikujemo med empatičnim razumevanjem klientovega počutja ali stanja in simpatičnim zlivanjem ter utapljanjem v njegove probleme kot svoje. V poklicih pomoči je uveljavljena potreba po empatičnem odnosu, ki vključuje izpeljan proces diferenciacije. To pomeni, da mora posameznik, ki drugemu pomaga, kot človek doseči razvojni nivo samostojnega človeka z jasno identiteto, ki pa se zaveda svojega socialnega bistva in ustvarja odnose vzajemnosti, v katerih drugega ne doživlja kot del sebe in se mu tudi ne vsiljuje kot del njega (Praper, 2003, str. 16).

Raziskava, ki so jo izvedli Berg, Welander Hansson in Hallberg (1994, str. 742), poroča o pomembnem zmanjšanju utrujenosti in izgorelosti pri skupini negovalk po enem letu klinične supervizije, pri čemer sta utrujenost in izgorelost ostala enaka pri kontrolni skupini, ki klinične supervizije ni bila deležna. Kasnejše raziskave, ki so se nanašale na preučevanje odnosa med klinično supervizijo in izgorelostjo, so se izkazale za kontradiktorne. Tilley in Chambers (2003, str. 231) sta ugotovila, da so bili udeleženci zaradi iskanja časa za sestanke v natrpanem urniku po superviziji bolj izgoreli na področjih čustvene izčrpanosti in depersonalizacije. Takšne raziskave, ki ne govorijo v prid superviziji, tudi ne poročajo, za kakšno vrsto supervizije je šlo, niti o njenih teoretičnih podlagah, zato ne moremo reči, da gre za neuspešne poskuse klinično orientirane supervizije z razvojno psihoanalitično podlago, ki naj bi bila pri preprečevanju izgorelosti najučinkovitejša.

Skoraj sočasno s supervizijo je sindrom izgorevanja opazila Maslach (1976, v Maslach idr., 2001, str. 399), socialna psihologinja, ki je preučevala čustva na delovnem mestu. Pri intervjuvanju delavcev iz poklicev pomoči o emocionalnem stresu na delovnem mestu je ugotovila, da imajo strategije spoprijemanja s stresom velik vpliv na posameznikovo poklicno identiteto in vedenje na delovnem mestu.

Na evropskih tleh oziroma konkretnije v Nemčiji se je začel razvoj supervizije po drugi svetovni vojni. V Sloveniji se je o pojmu supervizije začelo podrobneje govoriti in razpravljati v 60. letih 20. stoletja na področju klinično-psihološkega in psihoterapevtskega dela, ko jo je profesor Leopold Bergant začel uvajati v praksi, in sicer na področjih socialnega, terapevtskega in tudi dela v zdravstvu. Na slednjih področjih so delavci spoznali, da kljub teoretičnim znanjem in praktičnim izkušnjam nimajo izoblikovane dokončne poklicne kompetence. Uveljavljanje supervizije se je razširilo z zavedanjem, da poleg veljavnih metod, postopkov, znanj strokovni delavci v svoje delo vnašajo tudi svoje osebne norme, vrednote, stališča in čustva (Kovač, 2013, str. 56).

Programi za preprečevanje nasilja vedno zahtevajo skrbno preoblikovanje delovnih mest in postopkov. Potrebujemo tudi tečaje, za povečanje ozaveščenosti o problemu in učenje obvladovanja spretnosti, kot so reševanje konfliktov in učinkovitih komunikacijskih strategij, identifikacij nasilja, ravnanje z nasilnimi dogodki, in strategije samozaščite (Magnavita, 2014, str. 373).

Delovno okolje v konceptualni okvir vključuje organizacijo dela in organizacijsko kulturo kot tudi stališča, vrednote, prepričanja in prakse, ki so dokazano dnevno v organizaciji in ki vplivajo na duševno in telesno dobro počutje zaposlenih.

Obsežna raziskava je opredelila devet psihosocialnih dejavnikov, ki predstavljajo največje tveganje za zdravje delavcev, in sicer vsebino dela, delovne obremenitve in delo tempa, delovni urnik, nadzor, okolje in opremo, organizacijske kulture in funkcijo, medosebne odnose na delovnem mestu, vlogo v organizaciji, usklajevanje dela in doma.

2.11.10 Čustvena inteligenca

Gorgens - Ekermans in Brand (2012, str. 2275) trdita, da so različne študije ugotovile, da raven čustvene inteligence ali angleško emotional intelligence (EI) vpliva na delo v praksi zdravstvene nege. Višja čustvena inteligenca je močno povezana z nižjo ravno stresa in nižjim pojavom izgorelosti. Čustvena inteligenca se v glavnem nanaša na pristojnost za ugotavljanje, izražanje in razumevanje čustev, asimiliranje čustev v misli in učinkovit nadzor nad pozitivnimi in negativnimi čustvi v sebi in drugih. Dokazano je, da ženske medicinske sestre z razmeroma visoko stopnjo EI poročajo o manjšem številu simptomov izgorelosti v primerjavi s kolegi z manjšo stopnjo EI. Klinični nadzor pomaga pri razvoju čustvene inteligence, kar pomaga medicinskim sestram pri uspešnem upravljanju s čustvenim stresom ter razvojem razumevanja in empatije do uporabnikov storitev oz. bolnikov (Warren in Terry, 2014, str. 39).

2.11.11 Vedenjska kognitivna terapija ali vaja pozornosti

Pozornost je psihološki proces, ki vpliva na prenaša pozornost, notranja in zunanja doživetja, ki se pojavljajo v tem trenutku. Mogoče jo je razviti s prakso meditacije in raznimi drugimi metodami. Izraz »pozornost« je prevod, ki je pomemben element nekaterih budističnih tradiciji (Semenič, 2016, str. 33).

Meighan (2015, str. 8) verjame, da lahko z vajami pozornosti, ki bi se jih študenti naučili med študijem in uporabo teh v praksi olajšali delo medicinskih sester, prispevali k razvoju kritičnega mišljenja, empatijo do bolnikov, drug do drugega in do sebe ter na ta način tudi zmanjšali možnost razvoja izgorelosti.

Usposabljanje s kognitivno terapijo pa z namenom za učenje, kako ustvariti in vzdrževati stabilni živčni sistem, ki bo ugodnejši za razvoj sočutja in vadbo kritičnega razmišljanja.

2.12 Medsebojni odnosi

Medsebojni odnosi v zdravstvu so napeti in stresni, zato velikokrat slišimo, da jih je treba izboljšati. Za neustrezne veljajo relacije med osebjem in pacienti, med zdravniki in medicinskimi sestrami ter med medicinskimi sestrami med seboj. Zanimivo je, da se malokdo vpraša, kaj bi lahko naredili na tem področju. Vezi, stiki med ljudmi se prek komunikacije in socializacije spletajo v socialno mrežo, prek katere posameznik bolj ali manj zadovoljuje socialne potrebe in tako dosega višjo ali nižjo kakovost delovnega življenja (Gomboc, 2008, b. s.).

2.12.1 Reševanje konfliktov

Konflikt je posledica boja med različnimi motivi in navadno ga spremljajo občutki nezadovoljstva, jeze, besa, zaskrbljenosti, nezaupanja in sumničenje v tuje namere. Za konflikt lahko trdimo, da je neizogiben del medsebojnih odnosov.

Konflikt je nasprotje med interesi ljudi ali skupin ljudi, ki so sicer med seboj soodvisni. Vzroki za nastanek konfliktov so lahko racionalne ali emocionalne narave. Konflikt ne more nastati tam, kjer ljudje nimajo želja, hotenj ali motivov, in ravno tako ne povzročajo težav brezbržnim ljudem. Za nastanek konflikta ni nujno potrebna prisotnost več oseb, včasih se konflikt pojavi že v eni sami osebi. Konflikt se lahko imenuje tudi nesporazum v eni osebi ali med več ljudmi, posamezniki ali skupinami (Gomboc, 2008, b. s.).

Najpogostejši vzroki za nastanek konfliktov so neučinkovito komuniciranje, razlike v vrednotah, stališčih in prepričanju, kulturne razlike, pravila in predpisi pri delu, neustrezno vodenje in uporaba avtoritete, »težki ljudje«, percepcija neenake delitve virov, medsebojna trenja, razlike v statusu, ugledu, moči, nasprotujoči si cilji (Gomboc, 2008, b. s.).

Napake, ki pri komuniciranju povzročajo nepotrebne nesporazume (Gomboc, 2008, b. s.): preden spregovorimo, ne vemo, kaj bomo povedali; hočemo povedati preveč naenkrat; naša sporočila so pomanjkljiva, nepovezana, zapletena, nezanimiva; ne ugotovimo, ali je prejemnik razumel sporočilo; za pogovor izberemo neustrezen čas.

Gomboc (2008, b. s.): navaja šest faz reševanja konfliktov :

- I. prepoznavanje in opredelitev konflikta – opis;
- II. zbiranje možnih rešitev – kaj lahko storimo;
- III. kritična presoja predlogov – katera rešitev je najboljša;
- IV. odločanje za najbolj sprejemljivo rešitev;
- V. iskanje načina izvedbe – kako bomo uresničili rešitev;
- VI. pregled uspešnosti izbrane rešitve.

Predlagamo nekaj nasvetov, kako izboljšati odnose in delovno učinkovitost zlasti za tiste na odgovornih položajih:

- izogibajte se pokroviteljskemu vedenju;
- nikar ne jemljite ljudi za samoumevne;
- ne obljublajte ničesar, če tega niste pripravljene storiti;
- kadar storite napako, se ne skrivajte za drugimi;
- vzemite si čas, da boste spoznali svoje uslužbenke;
- izogibajte se ljudem, ki se osredotočajo samo na težave namesto rešitve;
- če kaj ne deluje, to spremenite, če pa odkrijete, da je bil prejšnji način dela učinkovitejši, ne bodite preponosni, da tega ne bi priznali;
- kadar se v podjetju obetajo spremembe, ki bodo vplivale tudi na zaposlene, jih o tem obvestite;
- kadar določate skrajne roke, se jih držite;
- opozorite zaposlene, kadar stvari ne potekajo v skladu z načrti in kakovost dela upada, vendar morate zaposlene tudi pohvaliti, ko si to zaslužijo;
- ugotovite, kje se začne vaša odgovornost in kje se konča, ni pravično, če prevzamete preveč obveznosti, kot jih zmorete učinkovito opraviti;
- vedite se dostojanstveno, spoštljivo ravnajte z drugimi, pomagajte si z blagim humorjem;
- ljudje morajo imeti občutek, da jih jemljete resno, in tudi, če ne morete storiti nič, da bi spremenili položaj, bodo raje sodelovali z vami, če bodo imeli vsaj občutek, da se zanimate za njihovo mnenje.

Smotrno bi bilo uvesti kontinuiran nadzor in opozarjanje najprej znotraj manjših skupin t. i. oddelčnega tima. Za to bi bila lahko odgovorna vodja oz. glavna medicinska sestra tima. Ta bi

predhodno z ustreznim izobraževanjem morala prepoznati simptome izgorelosti in na lastno pest »izgorelega« delavca izločiti iz tima ter zagotoviti ustrežno zamenjavo. O tem bi morala poročati nadrejenim in predlagati nadaljnje rešitve oz. preventivne ukrepe proti izgorelosti.

Chang in Chan (2015, str. 401) pišeta o proaktivnem spoprijemanju s stresom kot o preventivni strategiji proti izgorevanju. To je dejavno ali proaktivno spopadanje s stresom posameznikov, ki si prizadevajo za izboljšave. Gre za samoopazovanje lastnega vedenja, čustvovanja in pojavov telesnih simptomov ob soočanju s stresom in nato s prilagoditvijo in spremembo metode delovanja. Tako se v prihodnosti izognejo škodljivim življenjskim situacijam, ne pa samo pasivno reagirajo in ničesar ne spreminjajo, le sprejemajo določen nivo stresa. Proaktivno spoprijemanje bi lahko obravnavali kot obliko vedenja, ki določa cilj in s tem motivira ljudi, da premagajo težave za doseg želenih osebnih rezultatov in osebne rasti. Posamezniki, ki uporabljajo proaktivno spopadanje, lahko prepoznajo morebitne težave v svojem okolju in se spopadejo z njimi, preden pride do izgorelosti. V bistvu, proaktivno spoprijemanje sestavljajo kopičenje različnih virov in doseganje veččin, kot so organizacija, načrtovanje, postavljanje ciljev in duševna simulacija. Rezultati kažejo, da je zmanjšana izgorelost povezana z večjim proaktivnim spopadanjem.

Ta študija je bila navdih pozitivne psihologije in je dodana v trenutnem razumevanju povezav med optimizmom, proaktivnim spopadanjem in izgorelostjo ter njihovim pomenom v populaciji izvajalcev zdravstvene nege iz perspektive pozitivne psihologije. Izgorelost je sindrom, ki je sestavljen iz čustvene izčrpanosti, depersonalizacije in zmanjšanega osebnega dosežka in je bila povezana s preobremenitvijo zahtev in stresorjev ter pomanjkanjem ustreznih virov (Chang in Chan, 2015, str. 403).

Warren in Terry (2014, str. 40) trdita, da je pomembno vlagati v stalni osebni in profesionalni razvoj zaposlenih. Tako se zagotovi dobro počutje zaposlenih in jim omogoča uspešno preventivno držo proti izgorelosti. Podporni odnosi lahko pomagajo zdravstvenim delavcem pri upravljanju čustvenega stresa in tako nadgrajujejo osebni in strokovni razvoj, kar pa lahko zmanjša izčrpanost oziroma kasneje še sindrom izgorelosti.

2.12.2 Zdravo prehranjevanje

Če je utrujenost posledica dolgotrajnih naporov, kjer so izčrpane glikogenske zaloge, človek potrebuje prav tako primeren počitek in obrok hrane z veliko ogljikovih hidratov in tekočin ter zmerno količino beljakovinskih živil in zaščitnih snovi v sadju, zelenjavi ali prehranskih dopolnilih. V prehrani nekateri poudarjajo vitamine B3, B6 in C. Bolniki naj veliko pijejo in uživajo kisle mlečne proizvode. obroki hrane ne smejo biti obilni in jih dajemo večkrat v manjših količinah.

Utrujenost, ki je posledica kroničnega pomanjkanja življenjsko pomembnih esencialnih hranil in uživanja prazne hrane, zdravimo s prehrabnimi dopolnili in z biološko polnovredno hrano. Pomembna je zdrava prehrana z dovolj svežega sadja in zelenjave, polnovrednih žit in oreščkov. Iz prehrane izključimo čiste sladkorje, slaščice in bel kruh, alkoholne pijače, kavo in večje količine maščob. Namesto klavnega mesa jemo morske ribe. Pomembna je tudi redna telesna aktivnost, ki okrepi imunski sistem in ugodno vpliva pri depresijah (Pokorn, 2005, b. s.).

2.12.3 Razvijanje komunikacijskih spretnosti

Komunikacija je zelo pomembna v odnosih med zaposlenimi ter med zaposlenimi in nadrejenimi. Čim bolj učinkovito poteka komunikacija med nadrejenimi in zaposlenimi, tem manjša je verjetnost za nastanek stresa (Treven, 2005, b. d.). Učinkovitost komunikacije je pogosto odvisna od različnih oblik vedenja vodje, na primer spodbujanje uspešnosti zaposlenih, pohvale za dobro opravljeno delo, določanje smeri njihovega delovanja in zagotavljanja podpore pri delu (Tabela 1).

Tabela 1: Oblike vedenja, ki vplivajo na učinkovitost komunikacije

<i>Oblike vedenja</i>	<i>Opredelitev/primeri</i>
Spodbujanje uspešnosti	Izražanje trditev o ciljih, izzivih, zaupanju in visokih pričakovanjih. (»Prepričan sem, da zmorete opraviti to delo, čeprav ste novi na oddelku.«)
Pohvale	Pomoč zaposlenemu s tem, da zazna, kaj se od njega pričakuje. Manager izrazi svoje odobravanje glede izvedbe dela. (»Zelo dobro ste opravili vaše delo pri tem projektu«).
Določanje smeri	Predlaga smer delovanja, če to želi zaposleni ali so okoliščine takšne, da je to upravičeno. (»Prinesel sem vam seznam opravil, ki jih boste danes opravili, in navodila.«)
Podpora pri delu	Nakazuje skrb za zaposlenega kot osebo in ne kot sredstvo za proizvodnjo. (»Dobro jutro, kako ste preživeli konec tedna?«)
Sodelovanje	Pomaga zaposlenemu, da določi prihodnje cilje in načine, kako te doseči. Zmanjšuje možnost konflikta med nadrejenimi in zaposlenimi. (»Kaj menite o tej novi nalogi? Ali bi vam lahko kaj povzročalo težave pri njeni izvedbi?«)
Zmanjševanje samozaupanja	Deluje nasprotno od spodbujanja uspešnosti zaposlenega. Zmanjšuje samozaupanje in pri zaposlenemu zbuja občutek lastne nesposobnosti. (»Nikoli vam ne morem zaupati, da boste delo dobro opravili.«)
Graja	Učinkovita je le, če nakazuje smer reševanja konfliktov. (»Resnično ste slabo izpeljali ta projekt. Naslednjič naj sodelavec pregleda vaš načrt, preden začnete delati.«)

Vir: Treven, S. (2005). Premagovanje stresa. Ljubljana: GV Založba.

2.12.4 Ustvarjanje ugodne organizacijske klime

Tudi struktura organizacije in klima v delovnem okolju sta možen izvor stresa in izgorelosti. Treven (2005, b. s.) predlaga tri strategije za zmanjševanje stresa pri zaposlenih. To so: decentralizacija, participativno odločanje in izboljšanje klime v organizacijah.

Decentralizacija se nanaša na spreminjanje komunikacijskih vzorcev in povezav znotraj organizacije ter na oblikovanje delovnih skupin. Več delovnih skupin sestavlja tim, ki je avtonomen, kar pomeni, da člani tima sami oblikujejo cilje in postopke za doseg cilja. Tim si deli vse nagrade, kar pomeni, da vsi njegovi člani prejmejo enak delež za uspešno opravljeno delo.

Participativno odločanje zajema oblikovanje komunikacijskih sistemov in kanalov ter omogoča vsem zaposlenim vključitev v proces oblikovanja pomembnih odločitev. Tako pridobijo več informacij, to pa poveča njihov občutek moči in nadzora ter zmanjšuje negotovost in s tem tudi stres na delovnem mestu. Primer, ki ga navaja Treven (2005, b. s.): na oddelku za žilno kirurgijo imajo enkrat tedensko sestanek vsi člani oddelka. Tam imajo priložnost, da povejo svoje predloge, pripombe in mnenja. Zavedajo se, da imajo moč in vpliv, zato čutijo manj stresa zaradi konfliktnosti vlog in nimajo namena zapustiti organizacije.

Tretja strategija je skrb za dobro klimo v organizaciji. V mnogih organizacijah imajo neustrezno, nefleksibilno in neosebno ozračje, ki je posledica strogo formaliziranih ravni in odnosov med zaposlenimi. Takšno ozračje povzroča stres in zmanjšuje učinkovitost zaposlenih. Treba bi bilo vsaj enkrat letno preveriti organizacijsko klimo z ustreznimi vprašalniki, nato uvesti bolj decentralizirano in zaposlenim prijaznejšo strukturo ter ustvariti komunikacijske tokove, ki bi potekali od nižjih ravni odločanja k višjim. Osredotočenost na intervencije v delovnem okolju je ključna pri soočanju z izgorelostjo. Maslach idr. (2001, str. 420) sugerirajo, da je najučinkovitejši način preventive in odpravljanja izgorelosti kombinacija sprememb na upravno-vodstvenem področju z edukacijskimi intervencijami pri posameznikih.

Organizacijske spremembe na delovnih področjih so nujne, vendar so neučinkovite, če se posameznik ne nauči zahtevanih tehnik vedenja. Prednost preventivnega pristopa je tudi v tem, da pospešuje pozitivno predanost delu. Najpomembnejše je, da se vse zaposlene v organizaciji podpira v njihovem prizadevanju za popolnost. Poleg tega, da ima organizacija motivirane in izurjene delavce, je vsakodnevna naloga menedžmenta, da odstrani ovire za učinkovito delo, njegova dolgoročna naloga pa je razviti takšno organizacijsko okolje, ki delavcem zagotavlja še učinkovitejšo podporo. Pomemben cilj ni le reševanje problemov, temveč tudi ustvarjanje novih možnosti (Stanković, 2004, b. s.).

Maslach in Leiter (2002, b. s.) sta na podlagi mnogih raziskav ugotovila, da je izgorelost predvsem problem organizacije. Predstavila sta šest področij dela (preobremenjenost z delom, pomanjkanje nadzora, nezadostno nagrajevanje, razpad skupnosti, pomanjkanje poštenosti, nasprotujoče si vrednote), kjer prihaja do največjih neskladij med posameznikovimi pričakovanji in dejanskim delom. Na podlagi omenjenih šestih področij sta izdelala stopenjski načrt učinkovite organizacijske strategije za preprečevanje izgorelosti. Končni cilj te strategije je ustvarjanje predanosti delu, ki naj bi bil najboljši način za zmanjševanje tveganja za pojavljanje izgorelosti. Najpomembnejše komponente organizacijskih dejavnikov za preprečevanje izgorelosti so ukrepi, ki vplivajo na strukturo vlog, strukturo moči in normativno strukturo. Lamovec in Lešnik (1998, str. 199) svetuje izobraževanje in oporo zaposlenim, spremembe v strukturi dela in vlog, izobraževanje vodstva in oblikovanje jasnih ciljev in vizij. Izobraževanje in opora zaposlenim vključujeta skupinske pogovore o ciljih in pričakovanjih, redna izobraževanja za dvig občutka uspešnosti, učenje reševanja konfliktov na osebni in organizacijski ravni, spodbujanje skupin zaposlenih, da postanejo vir opore svojim članom, in izobraževanje novo zaposlenih. V delovni proces uvedemo manjše spremembe pri določanju del in nalog in iščemo ustrezno porazdelitev odgovornosti, ustrezen urnik delovnih dejavnosti in omogočimo odmor, ko ga zaposleni potrebuje (Lamovec in Lešnik, 1998, str. 433).

Maslach in Leiter (2002, b. s.) menita, da če želimo slediti učinkoviti organizacijski strategiji, moramo najprej oceniti raven izgorevanja in predanosti delu med zaposlenimi. Nato moramo oceniti obseg neskladij med zaposlenimi in delovnimi mesti po modelu šestih področij (preobremenjenost z delom, pomanjkanje nadzora, nezadostno nagrajevanje, razpad skupnosti,

pomanjkanje poštenosti, nasprotujoče si vrednote) ter odnos med vodilnimi strukturami, procesi in šestimi področji. Izboljšati moramo komunikacijo v vseh smereh in ravneh organizacije ter vzpostaviti nenehne procese za uvajanje organizacijskih sprememb, ki pospešujejo povezanost z delom in preprečujejo izgorevanje. Izgorelost bi se namreč morala znižati takrat, ko organizacija uvede ustrezne spremembe, s katerimi se zvišuje prilagojenost in predanost delu. Pri tem mora organizacija (Maslach in Leiter, 2002, b. s.):

- omogočati znosno obremenjenost z delom,
- delavcem vzbujati občutek za možnost izbiranja in nadzor nad delom,
- delavce nagrajevati in jim dajati priznanja,
- vzbujati občutek pripadnosti v skupini,
- graditi na poštenosti, spoštovanju in pravičnosti,
- delavcu vzbujati občutek, da je njegovo delo smiselno in cenjeno.

Poznavanje šestih področij delovnega življenja razširi možnosti za spremembe v organizaciji. Tako bo za neko organizacijo morda učinkoviteje, če bo več pozornosti posvetila spremembam na področju preobremenjenosti z delom, za neko drugo pa bo bolje, če bo svoje delavce motivirala, da bodo pripravljene opravljati več dela, ker bodo imeli občutek, da delajo nekaj pomembnega ali pa bodo za to nagrajeni (Maslach, 2002, b. s.).

Kaučič (2002, str. 104) meni, da so lahko delovne okoliščine tiste, ki zmanjšajo možnost za izgorevanje na delovnem mestu. Močna mreža podpore in realne dosegljive možnosti za poklicno napredovanje imajo pozitiven učinek. Ostale pogosto ugotovljene pozitivne okoliščine so prilagodljiv urnik, jasna opredelitev odgovornosti, sposobni vodilni delavci ter tekmovalna plačilna lestvica. Medicinska sestra mora včasih sama ukrepati: raziskati mora možnosti rasti in učenja ob delu, postavljanja dosegljivih osebnih in strokovnih ciljev, urjenja v učinkovitem upravljanju s časom in ločevati delovni in prosti čas. Prisluhni je treba svojemu telesu in umu in se zavedati nevarnih signalov ter si priznati svoja čustva. Izgorelost, če je diagnosticirana, lahko zmanjšamo s pazljivim načrtovanjem, z ukrepanjem in z ocenjevanjem svojega osebnega in strokovnega življenja.

Najučinkovitejša rešitev za zmanjšanje izgorelosti bi bila pridobiti več sodelavcev, več denarja, več časa, več medicinsko tehničnih pripomočkov. Žal pa je možnost takšne rešitve zelo majhna, v nekaterih organizacijah celo nemogoča. Zato je treba dobro razmisliti, kako uporabiti dana sredstva, da bo izgorelost čim manjša. Učinkovita sprememba na delovnem mestu je lahko tudi reorganizacija službenih nalog, delitev dela, sprememba postopkov, seveda v smeri razbremenitve posameznika ob spoštovanju delovnih kompetenc (Kastelic, 2011, str. 26).

Mnogi raziskovalci so odkrili povezanost med izgorelostjo in socialno oporo, ki je definirana kot podpora s strani sodelavcev, nadrejenih, supervizije in tudi zakonskih partnerjev. Etzion (1984, str. 259) poroča o pomembnem vplivu opore v zasebnem življenju na izgorelost pri ženskah in o vplivu opore na delovnem mestu pri moških. Različni vpliv socialne opore na izgorelost so ugotovili tudi pri drugih poklicih. Tako je na primer pri učiteljih zelo pomembna podpora ravnatelja in vodstva (Jackson, Schwab in Schuler, 1986; Russel, 1987), pri svetovalcih v ustanovah zaprtega tipa pa se je kot pomembnejša izkazala podpora sodelavcev v obliki skupinske povezanosti in zaznane kvalitete prijateljstva (Penko, 1994, str. 329).

Sodelavci lahko posamezniku pomagajo pri premagovanju izgorelosti predvsem tako, da mu nudijo čustveno oporo, mu pomagajo pri prepoznavanju občutkov, mu dajejo nasvete, posameznik se lahko od njih nauči raznih spretnosti in veščin, tudi humor je zelo dobrodošel. Organizacija lahko poskrbi, da se bodo med sodelavci razvili tesnejši odnosi tako, da omogoči

druženje delavcev med kosilom, odmori in na raznih srečanjih, saj je socialna in emocionalna podpora sodelavcev zelo pomembna za dobro počutje na delovnem mestu. Posameznik lahko socialno oporo dobi tudi preko organiziranih skupin, pri čemer lahko organizacija ustanovi formalno ali neformalno skupino za zviševanje medsebojne podpore (Kastelic, 2011, b. s.).

Ferčec (1996, str. 21) je izpostavila ukrepe za preprečevanje in zdravljenje pojava izgorelosti: verbalizacija problemov in stik z drugimi, vključitev v družabne in rekreacijske dejavnosti, sprememba poklica, individualna in skupinska psihoterapija, strukturne spremembe delovnega mesta, skrajševanje delovnega časa, izobraževanje vodilnih, več avtonomnosti pri delu, razvijanje občutja pripadnosti kolektivu, odstranitev vzroka stresa, odpravljanje delavčeve stiske, razvijanje podpornega socialnega okolja skupine samopomoči, spremembe delovanja institucij in sistema.

Edward in Hercelinskyj (2007, str. 241) opredeljujeta samopodobo kot produkt učenja, ki se razvije iz interakcije z drugimi. Sodobna zdravstvena nega je definirana kot poklic, ki ceni individualnost, samostojnost, samoodločanje, zagovorništvo in človeški potencial. Medicinskim sestram bi bilo treba podeliti pooblastila za kritično proučevanje in se lotiti kritičnega dialoga o dejavnikih, ki vplivajo na njihovo poklicno življenje in izkušnje, proučevanje s pomočjo odkrivanja in refleksije lastnega položaja – osebnega in profesionalnega. Ta proces bi moral vključevati pregled ključnih strokovnih vprašanj in ne bi se smeli osredotočiti izključno na dejavnike, ki vplivajo na njihov položaj v sistemu zdravstvenega varstva, ampak tudi celotno zgodovinsko ozadje sodobnih problemov, ki zadevajo njihovo prakso. Rezultati takih gibanj bi bile pobude za rešitve, povezane z izgorelostjo, poškodbami na delovnem mestu in ohranitvijo medicinskih sester na delovnih mestih. Odpornosti se lahko naučimo prek življenjskih in delovnih izkušenj in v zvezi s tem spodbujamo odpornosti z obstoječimi procesi na delovnem mestu, vključno z neformalno podporo in posvetovanjem, formalnim posvetovanjem, nadzorom in reflektivno prakso (Edward in Hercelinskyj, 2007, str. 241).

Maslach idr. (2001, str. 401) opozarjajo, da se večina predlogov za preprečevanje izgorelosti nanaša na rešitve, ki so naravnane na posameznika (npr. individualne strategije ali menjava službe), čeprav je glede na raziskave znano, da imajo situacijski in organizacijski dejavniki večjo vlogo pri nastanku izgorevanja kot individualni. Individualno naravnani pristopi (npr. učenje učinkovitega obvladovanja stresa ali globoke relaksacije) lahko pomagajo posamezniku, da ni več tako izčrpan, vendar ne morejo poseči na področja osebne izpolnitve in depersonalizacije. Poleg tega opozarja, da so individualne strategije neučinkovite na delovnih mestih, kjer ima posameznik manjšo kontrolo nad stresorji, kot jo ima sicer v življenju. Za poudarjanjem individualnih dejavnikov pa stoji predvsem pragmatični razlog, saj je lažje in ceneje spreminjati posameznika kot organizacijo (Maslach idr., 2001, str. 402).

Večina pristopov, ki se nanaša na posameznika, je usmerjenih na spreminjanje načinov spoprijemanja s težavami, zato se Maslach idr. (2001, str. 403) sprašujejo, če so takšni načini sploh lahko uspešni. Pri tem si zastavljajo tri glavna vprašanja, in sicer: ali se lahko ljudje naučijo tehnik spoprijemanja s stresom, ali jih znajo kasneje aplicirati na delovno situacijo in ali ti načini spoprijemanja s stresom vplivajo na pojav izgorelosti.

Raziskava Pšeničny (2006, str. 17) je dokazala, da izobraževanje lahko zviša posameznikove sposobnosti za obvladovanje službenih zahtev. Manj spodbuden pa je odgovor na drugo vprašanje, saj se je izkazalo, da je aplikacija naučenega znanja na delovnem področju za marsikoga zelo velik izziv. Vloge, ki jih ima posameznik na delovnem mestu, namreč zahtevajo

od njega specifično vedenje, organizacijski postopki pa določajo čas in prostor, v katerem se bo delo odvijalo. Če vseeno predpostavimo, da je posameznik sposoben prenesti naučene tehnike in znanje v delovno situacijo, nam ostane še vprašanje, ali ti načini vplivajo na izgorevanje. Rezultati raziskav, ki so preučevale ta problem, so mešani, nekateri poročajo o manjši izčrpanosti, drugi ne. Vendar pa skoraj nobena raziskava ne poroča o spremembah pri cinizmu oziroma depersonalizaciji in neučinkovitosti (Primožič, 2005, str. 28).

Po trditvah raziskovalcev pogostokrat posamezniku s temi pomanjkljivostmi ne preostane drugega, kot da se sam sooči s problemom in ne čaka na organizacijske spremembe. Posameznik uporabi dva glavna pristopa pri zmanjševanju ali preprečevanju izgorelosti, in sicer lahko spremeni način dela ali pa spremeni svoje življenjske navade (Demšar, 2003, b. s.).

Pri spreminjanju načina dela mora biti posameznik najprej pozoren na to, da si pri delu zastavi realne cilje. To še posebej velja za posameznike, ki delajo v poklicih pomoči. Njihovi cilji so pogostokrat zelo abstraktni in niso izvedljivi v kratkem času, kar pomeni, da zaposleni nima občutka, da jih dosega, ne glede na to, kako intenzivno dela. Poleg realnih ciljev je pomembno tudi, da posameznik pristopi drugače k vsakodnevnim stvarim, ki so mu postale rutina. Ko spremeni rutinske navade (tiste, ki se jih da spremeniti), posameznik dobi občutek, da ima nadzor nad svojim delom. Če je posameznikovo delo preveč naporno, je nujno, da si večkrat vzame čas za oddih, ko se lahko sprosti, s tem pa se tudi oddalji od določenih problemov. Za posameznika je dobro tudi, da poskuša probleme jemati manj osebno, temveč bolj na abstraktnem in inteligentnem nivoju. S tem, ko posameznik situacijo doživlja bolj objektivno, se bo vanjo manj čustveno vpletel in bo posledično manj čustveno izčrpan (Primožič, 2005, str. 34).

Posameznik lahko spremeni življenjske navade, če ugotovi, da je preveč nagnjen k izgorelosti. Psihično in fizično močni ljudje imajo namreč več možnosti, da se izognejo posledicam izgorelosti. Velik pomen pri preprečevanju izgorevanja ima poudarjanje pozitivnih stvari in spoznavanje samega sebe. Kadar ljudje doživljajo kroničen stres, se pogostokrat pojavijo fizični simptomi, kot na primer napetost mišic, povišan krvni pritisk in težave z želodcem, ki lahko imajo dolgoročne posledice. Zato se mora posameznik naučiti sprostitve, tako telesne kot mentalne. Zelo je tudi pomembno, da zna posameznik narediti prehod med delom in zasebnim življenjem, tako problemov in skrbi iz službe ne nosi domov. Poleg službe naj ima posameznik tudi druge aktivnosti, kjer se lahko sprosti in si »napolni baterije«. Občutek kompetentnosti, samospoštovanje in osebna identiteta temeljijo na tem, kar posameznik počne v življenju. Zato je zelo pomembno, da je privatno življenje ločeno od poklicnega, česar pa pogosto ni lahko doseči. Če se situacija kljub posameznikovim naporom ne spremeni, je zanj lahko najbolje, da razmisli o zamenjavi službe. Takšen korak je treba dobro premisliti in načrtovati, saj so le takšne spremembe pozitiven korak v osebni rasti (Maslach idr., 2001, str. 412).

3 RAZISKAVA

3.1 Metodologija

Zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi v socialnih zavodih se, tako kot zaposleni v zdravstvenih organizacijah, pogosto srečujejo s stresnimi situacijami. Tudi v Sloveniji že obstajajo raziskave, ki ugotavljajo stresne faktorje, obremenitve in doživljanje kritičnih situacij med zaposlenimi v zdravstveni negi in oskrbi.

Po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB) je izgorelost stanje izčrpanosti in predstavlja skupek neustreznih odzivov do drugih in sebe, kar je pogosto povezano z neprijetnimi duševnimi in telesnimi znaki (Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, 2005).

Izgorevanje je razkroj vrednot, dostojanstva, duha in volje – je razkroj človeške duše. To je bolezen, ki se postopoma in neprestano širi, ki vleče človeka v vrtimec propada, iz katerega se je težko izviti (Maslach in Leiter, 2002, str. 16).

Zaposleni v socialnih zavodih delajo z ljudmi, ki so potrebni skrbi in pomoči drugih pri zadovoljevanju svojih življenjskih potreb. To delo zahteva od zaposlenih poleg strokovnega znanja tudi veliko mero empatije, ki predstavlja čustveni napor.

Večina raziskav podpira tridimenzionalni koncept izgorelosti, za katerega je značilna emocionalna izčrpanost, depersonalizacija in zmanjšan občutek osebne izpolnitve. Gre za neskladje med človekom in delom, ki ga le-ta opravlja. To neskladje se kaže kot preobremenjenost in pomanjkanje nadzora nad delom. Neskladje se pogloblja z neustreznim in nezadostnim nagrajevanjem, razpadom pristnih vezi v skupnosti, pomanjkanjem zaupanja, odkritosti in spoštovanja in nasprotujočimi si vrednotami (Maslach in Leiter, 2002, str. 16–17).

Z delom povezan stres je večplasten problem, ki ga je mogoče povezati z organizacijskimi, fizikalnimi in socialnimi značilnostmi dela in delovnega okolja. Možno ga je opisati z več dejavniki: *Delovni položaj* – je med najpomembnejšimi stresorji in je povezan s prenasičenostjo z delom. *Pomanjkanje nadzora* – dela, ki ne dopuščajo avtonomije, svobodnega odločanja, časovne razporeditve in soodločanja. *Ponavljajoča se opravila* – dajejo občutke prenasičenosti in pomanjkanja nadzora. *Odgovornost za druge* – prinaša dodatne napetosti, skrbi in včasih tudi težavne medosebne odnose. *Zavira* lahko uspešno obvladovanje stresa in odločanje. *Konfliktnost vlog* – pojavi se, ko je oseba v primežu različnih pritiskov s strani nadrejenih in sodelavcev. *Nevarnost* – nekatera dela so lahko nevarna za zdravje. *Stresorji okolja* – vročina, neprijeten vonj, hrup, prah in podobno (Selič, 1999, str. 120).

Delo v službah pomoči drugim ljudem ima v primerjavi z delom v drugih dejavnostih še dodatne potencialne izvore stresa. To so delo v izmenah, dolgotrajni delavniki, ki presegajo 40 do 50 ur na teden in delo v neugodnih razmerah, kot so tveganje za okužbo, slabo vrednotenje dela, preobremenjenost zaradi neustrezne razporeditve dela in drugo. V teh službah so tudi številna delovna mesta (bolničarja, čistilke, perice, strežnice, kuhinjske pomočnice ipd.), v okviru katerih je delo v pretežni meri programirano in se izvaja zgolj pod nadzorom, zato je monotono in nezanimivo. Tako delo marsikomu ne ponuja kreativnosti in izzivov (Leskovic, 2011, str. 150).

3.2 Namen in cilji

Namen raziskave je bil, da pri negovalnem osebju, v socialnovarstvenih zavodih v Republiki Sloveniji, ugotovimo pojavnost težav z nastankom izgorevanja in povezanost le-teh z delovnimi in organizacijskimi dejavniki.

Z raziskavo smo želeli pridobiti realne podatke o psihični obremenjenosti zaposlenih na področju dela zdravstvene nege in oskrbe v socialnovarstvenih zavodih s ciljem, ugotoviti:

- dimenzije pojava izgorevanja,
- razlike v doživljanju izčrpanosti glede na demografske spremenljivke,
- povezanost doživljanja izčrpanosti z zadovoljstvom z delom,

- povezanost doživljanja izčrpanosti s psihosomatskimi motnjami.

3.3 Hipoteze

Zastavili smo si naslednje hipoteze:

Hipoteza 1: Doživljanje izčrpanosti se statistično značilno razlikuje glede na spol in starost negovalnega osebja.

Hipoteza 2: Doživljanje izčrpanosti se statistično značilno razlikuje glede na osnovni poklic.

Hipoteza 3: Doživljanje izčrpanosti se statistično značilno razlikuje glede na zadovoljstva z delom.

Hipoteza 4: Doživljanje izčrpanosti je statistično značilno glede na psihično napornost dela.

3.4 Metode in tehnika zbiranja podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja z opisno kategorijo raziskovanja. Kot instrumentarij smo razvili dva anketna vprašalnika, ki smo ju oblikovali na podlagi vprašalnika izgorelosti (MBI-Human Service Survey – MBI-HSS) in vprašalnika za ugotavljanje zadovoljstva dela (Job Descriptive Index – JSI). Na osnovi vprašalnikov smo oblikovali intervju z vprašanji zaprtega tipa in listo psihosomatskih motenj, ki smo jo oblikovali na podlagi mednarodne klasifikacije psihosomatskih motenj in obolenj.

3.5 Opis instrumenta

Doživljanje izčrpanosti smo merili z 31 dejavniki, ki so se nanašali na medosebne odnose in delovne situacije. Združili smo jih v izvedeno spremenljivko po metodi, ki so jo oblikovali Teeri idr. (2008). Uporabili smo mersko lestvico: 0 = ne, $\frac{1}{2}$ = občasno 1 = da. Pri ugotavljanju zadovoljstva z delom smo zajeli in merili 23 dejavnikov, ki so povpraševali po ocenjevanju dela s starostnikom. Uporabljena je bila merska lestvica: 0 = ne, $\frac{1}{2}$ = občasno 1 = da. Za merjenje težavnosti dela smo oblikovali izvedeno spremenljivko »težavnost dela«, v kateri smo zajeli pet delovnih nalog. Merska lestvica za vrednotenje težavnosti dela je bila: če se delovna naloga opravlja, smo jo vrednotili kot 1, sicer 0. Z multiplo linearno regresijo so bile izračunane vrednosti koeficienta beta, t-vrednosti in p-vrednost. Statistična analiza je bila izvedena z SPSS programom, ver. 18.00.

Tabela 2: Spremenljivke izčrpanosti

Spremenljivke	Število dejavnikov	\bar{x}	σ
Doživljanje izčrpanosti	31	0.43	0.10
Zadovoljstvo z delom	23	0.47	0.12
Težavnost dela	6	0.50	0.11

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Uporabljeni vprašalniki niso bili namenjeni neposrednemu merjenju pojavnih oblik sindroma izgorelosti, temveč opazovanju omenjenih reakcij, ki so predstopnja oziroma prediktor izgorevanja. Zanje je značilno, da zunanjemu opazovalcu niso neposredno dostopne (opazne), pogosto pa se jih ne zavedajo niti zaposleni sami.

S psihosomatsko kontrolno listo smo prikazali motnje, ki so posledica primarne fizične reakcije na stres. Ugotavljali smo tudi morebitne pridružene morfološke okvare tkiv in objektivne organske znake.

3.6 Opis vzorca

Raziskava o pojavu izgorevanja pri negovalnem osebju je potekala v desetih domovih za starejše občane v slovenskem prostoru in je zajela 10 % vseh domov v Sloveniji: Dom upokojencev Center, Dom Tabor-Poljane v Ljubljani, Dom starejših občanov Šiška v Ljubljani, Dom starejših Bežigrad v Ljubljani, Dom za starejše občane Kočevje, Dom ob Savinji Celje, Obalni Dom v Kopru, Dom starejših občanov v Sežani, Dom starejših občanov Maribor, Dom starejših občanov Domžale in Dom starejših občanov Litija. Vključeni v raziskavo so bili zaposleni s področja zdravstvene nege in oskrbe. V eksperimentalni del raziskave smo vključili 228 zaposlenih na področju dela s starejšo populacijo. Na začetku raziskave je bilo razdeljenih 500 vprašalnikov za 10 % vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege in oskrbe.

3.7 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Vprašalnike smo poslali po pošti na naslove v domovih za starejše občane, vodjem služb zdravstvene nege in oskrbe po predhodnem soglasju vodstva domov za sodelovanje. Vodje služb zdravstvene nege in oskrbe so bile zaprosene za pomoč pri razdeljevanju in reševanju vprašalnikov. Vsi sodelujoči so bili obveščeni, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno in da se v primeru nejasnosti obrnejo na vodjo službe po dodatna pojasnila ter, upoštevajo Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije (2005) Izpolnjene vprašalnike smo prejeli po pošti.

Podatke smo obdelali s statističnim paketom SPSS 18.00. Uporabili smo naslednje statistične metode: opisno statistiko in bivariantno korelacijo. Za statistično značilne smo upoštevali vplive na ravni statistične značilnosti $p < 0,05$. Raziskava analizira tri dimenzije doživljanja emocionalnih reakcij na komponentah: osebna izpolnitev, depersonalizacija in čustvena izčrpanost udeležencev. Nadalje analizira njihove reakcije pri soočanju z obremenitvami, delovnimi situacijami, odnosi med zaposlenimi, s starostniki in svojci, ki v opisu svojih emocionalnih reakcij razkrivajo znake ali predznake izgorelosti zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih pri delu s starostniki.

4 REZULTATI RAZISKAVE IN INTERPRETACIJA

V raziskavi smo analizirali sindrom izgorevanja zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v socialnovarstvenih zavodih po Sloveniji. V raziskavi smo ugotovili in analizirali doživljanje izčrpanosti skozi tri dimenzije emocionalnih reakcij na komponentah: čustvena izčrpanost udeležencev, depersonalizacija in osebna izpolnitev. Nadalje smo ugotavljali in merili njihove reakcije in soočanja z obremenitvami, delovnimi situacijami, odnosi med zaposlenimi, s starostniki in njihovimi svojci. Skozi opis lastnih emocionalnih reakcij so potrdili in razkrili znake ali predznake izgorelosti. S psihosomatsko kontrolno listo smo prikazali motnje, ki so posledica primarne fizične reakcije na stres. Pri tem smo ugotovili pridružene morfološke okvare tkiv in objektivne organske znake.

4.1 Doživljanje izčrpanosti

Anketiranci menijo, da so večinoma zelo angažirani na delu (80,4 %), manjši delež jih je včasih (17,9 %) in le neznamenit delež stalno angažirani (1,7 %). Izjavljajo, da večinsko niso leni (94 %), samo 1,2 % jih izjavlja, da so leni. Napake jih je stalno strah 38,1 %, včasih jih je strah 36,4 % in nikoli jih ni strah 25,5 %. Delo se jim zdi premalo plačano (78,6 %), imajo občutek, da je delo umazano (stalno 39 %, včasih 21,1 %), menijo, da je delo premalo cenjeno (78 % stalno, 16 % občasno) in da je delo vredno truda (55,2 %). Težave oskrbovancev razumejo (stalno

75,1 %, občasno 21,6 %), varovanci se jim smilijo (91,3 %), osebno doživljajo težave oskrbovancev (stalno 17,1 %, občasno 55,7 %), so stalno (47,6 %) ali občasno (38,6 %) v skrbeh za oskrbovance. Jezo na oskrbovance izraža stalno 16,3 % anketirancev, občasno pa nadaljnjih 46,1 %. Občutek žalosti zaradi oskrbovancev izraža večina anketirancev (stalno 36,7 %, občasno 44,5 %). V dobro voljo jih oskrbovanci spravijo ves čas 91,9 %, občasno pa 6,5 %. V odnosu oskrbovancev do anketirancev smo zaznali neprijaznost (1,2 %), nesramnost (stalno 5,3 %, občasno 62,6 %), indiferentnost do mnenja oskrbovancev o anketirancu (stalno 8,8 %, občasno 11,2 %), občutek, da morajo »požreti« veliko nesramnosti (stalno 39,6 %, občasno 40,8 %). Anketiranci navajajo težave s svojci varovancev (stalno 44,2 %, včasih 4,4 %), o starosti menijo, da je osamljeno življenjsko obdobje (45,7 %) in ni lepo življenjsko obdobje (77,3 %).

Rezultati so skladni z ugotovitvami drugih študij različnih držav v razvitem svetu, ki so pokazale, da med 30 in 50 % ali celo več zdravstvenih delavcev v domovih za ostarele poročajo o različnih oblikah oziroma fazah izgorelosti (Drennan, Lafferty, Treacy, Fealy, Phelan idr., 2012; Neuberg, Železnik, Meštović in Ribić, 2017, str. 198; White, Aiken, McHugh, 2019, str. 2019).

Rezultati kažejo, da ima največji vpliv na doživljanje izčrpanosti anketirancev, da morajo požreti veliko nesramnosti s strani oskrbovancev in da so jezni na svoje oskrbovance. Vse navedene podatke lahko interpretiramo kot zelo pomemben dejavnik, ki vodi v doživljanje izčrpanosti. Chang in Chan (2015, str. 401) pišeta o proaktivnem spoprijemanju s stresom kot o preventivni strategiji proti izgorevanju. To je dejavno ali proaktivno spopadanje s stresom posameznikov, ki si prizadevajo za izboljšave. Gre za samoopazovanje lastnega vedenja, čustvovanja in pojavov telesnih simptomov ob soočanju s stresom in nato s prilagoditvijo in spremembo metode delovanja. Tako se v prihodnosti izognejo škodljivim življenjskim situacijam, ne pa samo pasivno reagirajo in ničesar ne spreminjajo, le sprejemajo določen nivo stresa. Proaktivno spoprijemanje bi lahko obravnavali kot obliko vedenja, ki določa cilj in s tem motivira ljudi, da premagajo težave za doseg želenih osebnih rezultatov in osebne rasti. Posamezniki, ki uporabljajo proaktivno spopadanje, lahko prepoznajo morebitne težave v svojem okolju in se spopadejo z njimi, preden pride do izgorelosti. V bistvu, proaktivno spoprijemanje sestavljajo kopičenje različnih virov in doseganje veččin, kot so organizacija, načrtovanje, postavljanje ciljev in duševna simulacija. Rezultati kažejo, da je zmanjšana izgorelost povezana z večjim proaktivnim spopadanjem. Warren in Terry (2014, str. 41) trdita, da je pomembno vlagati v stalni osebni in profesionalni razvoj zaposlenih. Tako se zagotovi dobro počutje zaposlenih in prevencija proti izgorelosti. Podporni odnosi lahko pomagajo zdravstvenim delavcem pri upravljanju čustvenega stresa in tako nadgrajujejo osebni in strokovni razvoj, kar pa lahko zmanjša izčrpanost oziroma kasneje še sindrom izgorelosti.

Delo s starostniki je specifično in zelo zahtevno. Zaradi večjega deleža zaposlenih z nizko stopnjo izobrazbe na področju oskrbe in varstva starejših je razumevanje procesa staranja težje, v triletni poklicni šoli za bolničarja/negovalca ne dobijo dovolj specifičnega in poglobljenega znanja na področju gerontologije in geriatrije in se posledično tudi težje izognejo konfliktom z oskrbovanci in svojci (Leskovic in Vuković, 2011, str. 1707).

4.2 Zadovoljstvo z delom

Manjši delež anketirancev (16,0 %) meni, da bi pustili stvari enake, večji delež anketirancev bi stvari spremenilo (84,0 %). Izjavljajo, da bi število zaposlenih povečali (34,4 %), in 65,6 % jih izjavlja, da ga ne bi povečali. Več časa za oskrbo oskrbovancev potrebuje 8,6 % vprašanih, in

91,4 % anketirancev čas zadostuje. Odnosa ne bi izboljševalo 84,0 %, 16 % vprašanih pa bi izboljšalo odnos. Organizacijo bi spremenilo 28,2 % in 71,8 % organizacije ne bi spreminjalo. O zamenjavi službe ne razmišlja 54,5 %, delež tistih, ki bi službo menjali pa je 45,5 %. Dober odnos ima do oskrbovancev 44 %, slab pa 54,7 %. Korekten odnos do oskrbovancev ima 27 % anketirancev, nekorekten pa 73 %. O spoštljivem odnosu do oskrbovancev govori 24,5 % in o nespoštljivem 74,8 %. Prijazen odnos do oskrbovancev ima 19,1 %, neprijazen pa 80,9 %. Starost kot lepo življenjsko obdobje vidi 22,7 % in 77,3 % jih meni, da starost ni lepo življenjsko obdobje. Da starosti ne vidijo kot težko življenjsko obdobje, se je strinjalo 51,4 %. Da je starost težko življenjsko obdobje, jih je odgovorilo 48,6 %. Anketiranci v 41,6 % izjavljajo, da je starost umirjeno življenjsko obdobje in 58,4 % jih meni, da starost ni taka. 26,4 % vidi starost kot utrujeno življenjsko obdobje in 73,6 % je ne vidi tako.

Menijo, da je starost brezskrbna (8,2 %) in 91,8 % jih misli obratno. Da je starost kakovostno obdobje življenja, se strinja 54,4 %, ostalih 13,7 % se ne strinja s tem. 38,8 % se pogovori s sodelavcem in 60,6 % se jih ne pogovarja s sodelavcem. Z nadrejenim se pogovarja manjši delež (19,8 %), pogovora z nadrejenim jih nima 80,2 %. Z bližnjimi se pogovarja samo 3,7 % anketirancev. Pogovora z bližnjim nima 96,3 %.

Težave skuša samo rešiti 20,3 %, ostalih 79,7 % jih ne rešuje. O težavah pri delu se pogovarja s sodelavci 78,0 % in samo 3,3 % se jih ne pogovarja. Z nadrejenim se o težavah pri delu pogovarja 58,9 %, ne pogovarja se jih 9,3 %. Z domačimi in prijatelji se o težavah pogovarja 17,8 % in 42,5 % se o tem ne pogovarja. Delovni pogoji negovalnega osebja so odvisni od odnosa oskrbovancev do osebja in možnosti pogovora z nadrejenim oz. sodelavcem. Pri preverjanju statistične pomembnosti razlik med skupinama v doživljanju izčrpanosti glede na odnos oskrbovancev do negovalnega osebja smo ugotovili, da posamezniki, ki imajo z oskrbovanci slab odnos, doživljajo manj znižane osebne izpolnitve in manj čustvene izčrpanosti, medtem ko doživljajo več depersonalizacije. Ugotovili smo, da so najmanj čustveno izčrpani posamezniki, ki se o svojem delu pogovorijo tako s sodelavcem kot tudi z nadrejenim, najbolj pa posamezniki, ki o svojem delu ne govorijo z nikomer. Prav tako posamezniki, ki se o svojem delu pogovorijo s sodelavcem in tudi z nadrejenim, občutijo najmanj depersonalizacije, največ pa prav tako posamezniki, ki o svojem delu ne govorijo z nikomer. Tisti, ki se o delu pogovorijo z obema skupinama sodelavcev, občutijo največ znižane osebne izpolnitve, najmanj pa tisti, ki o delu ne govorijo z nikomer.

Pri nobeni izmed komponent čustvene izčrpanosti ni prišlo do statistično značilnih razlik med skupinami udeležencev glede na to, ali se lahko pogovorijo o svojem delu in težavah, ki pri njem nastajajo.

Pomembno je namreč, da ima posameznik na delovnem mestu socialno podporo okolja, saj leta lahko, kot smo že omenili, omili ostale stresorje delovnega okolja. Še bolj kot socialna podpora sodelavcev in nadrejenih ima vlogo blažitelja supervizija. Zdravstveno negovalno osebje v domovih za ostarele se ne udeležuje supervizije, imajo pa timske sestanke, na katerih načeloma lahko izrazijo svoje težave (večina pravi, da jih lahko). Po raziskovalnih ugotovitvah ti sestanki ne vplivajo na doživljanje izgorelosti, zato je zelo pomembno, kakšno podporo si najde anketiraneec. Veliko osebja se pogovarja o težavah s sodelavci ali nadrejenimi, kar je eden od načinov sproščanja negativnih občutkov. Drugače se anketiranci med sabo precej razlikujejo v reagiranju na težavne delovne situacije na delovnem mestu; medtem ko se nekateri bolj odprejo in potrebujejo pogovor, se drugi zaprejo vase.

Študiji o delovnih pogojih, izvedena v Franciji na vzorcu 1943 negovalcev in tehnikov zdravstvene nege v 105 domov za ostarele, je ugotovila, da je 10 % zaposlenih poročalo o

jasnem neravnovesju med naporom in nagradami ter slabo podporo nadrejenih (Pélissier, Vohito, Fort, Sellier, Agard, Fontana idr., 2015, str. 286).

O zamenjavi službe ne razmišlja več kot polovica zaposlenih, menjalo pa bi jo 45,5 %, če bi imeli za to priložnost. Med tistimi, ki bi službo zamenjali, bi jih največ pet rado opravljalo delo zdravstvenega tehnika, saj imajo temu primerno izobrazbo ali pa se še dodatno izobražujejo. Štirje anketiranci si sicer želijo še naprej opravljati poklic bolničarja/negovalca, vendar pod drugačnimi pogoji (za višjo plačo ali v drugačni instituciji). Prav toliko anketirancev bi najraje opravljalo delo vzgojiteljice v vrtcu, nekatere (ženske) bi bile rajši šivilje ali učiteljice. V Gruziji je bila izvedena raziskava z namenom proučitve izgorevanja med skrbniki domov za starejše. Udeleženci študije so bili licencirani skrbniki domov za starejše (N = 363). Podobno kot naši tudi gruzijski rezultati kažejo, da je težko privabiti in obdržati usposobljene zaposlene za domove starejše (Wilson in Saint, 2018, str. 31).

Tudi rezultati študije avtorja Yanga (2017, str. 45) so pokazali, da zadovoljstvo z delom pomembno prispeva k izgorelosti pri oskrbi v domovih za starejše. Rezultati te študije so tudi pokazali, da lahko izboljšanje in optimizacija na organizacijski ravni učinkovito preprečita in omilita izgorevanje izvajalcev zdravstvene nege v domovih za starejše. Optimizem in preoblikovanje zaposlitve v zdravstveni negi, zadostna podpora na delovnem mestu, upravljanje udeležencev, fleksibilen urnik dela in obilice ugodnih delovnih mest bi lahko bila dobra rešitev za izgorelost v zdravstveni negi.

4.3 Težavnost dela

V tabeli 3 je predstavljen vpliv dejavnikov težavnosti dela v socialnovarstvenih zavodih na pojavnost izčrpanosti zaposlenih.

Tabela 3: Vpliv dejavnikov težavnosti dela na pojav izčrpanosti

<i>Dejavniki težavnosti z delom</i>	<i>Drži v %</i>	<i>Ne v %</i>
delo je fizično naporno	37,0	63,0
delo je psihično naporno	49,5	50,5
delo je nedinamično/nerazgibano	72,0	28,0
delo ne daje zadovoljstva	88,8	11,2
delo je odgovorno/zahtevno	22,4	77,6
delo je splošno naporno	32,7	67,3
izvedena spremenljivka: 0,50±0,11 [0,00-0,83]		

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Da je delo fizično naporno, je potrdilo 37,0 % vprašanih, ostali menijo, da delo ni fizično naporno (63,0 %). Psihično napornost dela doživlja 49,5 % in skoraj v enakem deležu (50,5 %) so odgovorili, da ga ne doživljajo tako. 72,0 % jih meni, da delo ni dinamično/razgibano, (28,0 %) jih je odgovorilo, da je dinamično. Da jim delo ne daje zadovoljstva, izjavlja 88,8 % in samo 11,2 % jih je odgovorilo pozitivno. Da je delo odgovorno in zahtevno, se je opredelilo 22,4 % vprašanih, da ni 77,6 %. Ena tretjina anketirancev pravi, da je delo splošno naporno (32,7 %), in dve tretjini, da ni (67,3 %).

4.4 Delovne naloge

V tabeli 4 so predstavljeni delovne naloge zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih in njihov vpliva na izčrpanost.

Tabela 4: Vpliv delovnih nalog na pojav izčrpanosti

Dejavniki težavnosti z delom	Da v %	Ne v %
izvajanje zdravstvena nega	28,2	71,8
razdeljevanje/priprava zdravil	21,3	78,7
delitev hrane, hranjenje	27,4	72,6
neg	45,8	54,2
pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih	15,1	84,9

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Da zdravstvena nega ni težka delovna naloga meni 71,8 % vprašanih. 28,0 % jih je odgovorilo, da je težka. Večji delež (78,7 %) razdeljevanja zdravil nima za težko delovno nalogo, 21,3 % jih meni, da je. Za delitev hrane in hranjenje izjavlja 72,6 %, da ni težavna naloga, in 27,4 %, da je. Izvajanje zdravstvene nege v 45,8 % navajajo anketiranci, da je težka naloga in 54,2 % da ni. Da je urejanje ožje okolice pri oskrbovancih težka naloga, je odgovorilo manj vprašanih 15,1 %, 84,9 % pa, da ni. Anketiranci doživljajo svoje delo kot fizično in psihično naporno, težko in stresno. To pomeni, da večina vprašanih svoje delo doživlja kot obremenilno, posledično pa tudi, da je takšno delo za anketirance lahko izvor mnogih stresnih situacij. S pomočjo regresijske analize smo dobili podatek, da so blizu statistične pomembnosti delovna naloga hranjenje ($\beta = 0,15$), izvajanje nege ($\beta = 0,06$) ter razdeljevanje in priprava zdravil ($\beta = 0,04$).

Kot smo že mnogokrat omenili, je podaljšan stres na delovnem mestu eden od glavnih dejavnikov za nastanek izgorevanja. Anketiranci raziskave so svoje delo opisali kot družabno, takšno, ki jih osrečuje, saj lahko pri tem pomagajo ljudem, ter takšno, ki zahteva veliko potrpežljivosti in prijaznosti. Ti opisi kažejo na to, da udeleženci zaznavajo svoje delo kot močno zaznamovano z odnosi znotraj njega.

Omenimo lahko, da ob delu s strankami nastajajo emocionalni stresorji, ki zvišujejo možnost za pojav izgorelosti. Kot kaže, imata tudi delo in delovne situacije zdravstveno negovalnega osebja v domovih za starejše občane pred-dispozicije za nastanek takšnih stresorjev.

Skupini zaposlenih, ki menijo, da je delo psihično naporno, in tistih, ki menijo, da ni, sta dokaj izenačeni. Razvidno je, da so anketiranci, ki menijo, da je delo psihično naporno, bolj čustveno izčrpani kot drugi, ki menijo, da delo ni psihično naporno. Tisti, ki se jim zdi delo psihično manj naporno, imajo bolj znižano osebno izpolnitev ter doživljajo višjo stopnjo depersonalizacije.

Razlike med skupinama, ki menita, da delo je oz. ni psihično naporno, niso statistično značilne na nobeni izmed komponent doživljanja izčrpanosti.

Kljub svoji različnosti so študije vendarle pokazale, da so zaposleni na področju zdravstvene nege dejansko izpostavljeni dejavnikom tveganja za nastanek izgorevanja (Leskovic, 2011, str. 144–151).

Ugotovili smo, da imajo sodelujoči v raziskavi, ki menijo, da je delo dinamično oz. razgibano, na vseh komponentah čustvene izčrpanosti v povprečju višje vrednosti kot tisti, ki menijo, da delo ni dinamično/razgibano, na preostalih dveh komponentah pa je slika ravno obratna. Med skupinama posameznikov, ki menijo, da delo je oz. ni razgibano/dinamično, ni statistično značilnih razlik (Leskovic in Leskovic, 2012, str. 241–248).

Razlike med skupinama tistih, ki menijo, da delo daje zadovoljstvo, niso statistično značilne pri stopnji tveganja 5 % na komponentah depersonalizacije in znižane osebne izpolnitve, medtem ko na komponenti čustvene izčrpanosti prihaja do statistično pomembnih razlik med obema skupinama. Tisti, ki menijo, da je delo odgovorno/zahtevno, doživljajo manj čustvene izčrpanosti, več depersonalizacije in več znižane osebne izpolnitve.

Razlike med skupinami niso statistično značilne pri nobeni izmed komponent doživljanja izčrpanosti.

Pri preverjanju doživljanja izčrpanosti glede na napornost dela, smo ugotovili, da negovalno osebe, ki meni, da je delo naporno, v povprečju dosega nižje rezultate na komponentah depersonalizacije in znižane osebne izpolnitve, medtem ko na komponenti čustvene izčrpanosti dosegajo višje rezultate.

Razlike med skupinama tistih, ki menijo, da je delo naporno oz. ni naporno, niso statistično značilne.

Če pogledamo povezanost po posameznih aspektih in faktorjih zadovoljstva pri delu, opazimo, da preiskovanci, ki so bolj zadovoljni z osebnim dohodkom, redkeje in manj intenzivno doživljajo izgorelost, se redkeje in manj intenzivneje počutijo čustveno izčrpani ter so večkrat osebno izpolnjeni od preiskovancev, ki so manj zadovoljni z osebnim dohodkom. Nadalje se je izkazalo, da tisti, ki pogosteje in intenzivneje doživljajo čustveno izčrpanost in doživljajo intenzivnejšo depersonalizacijo, na delovnem mestu zaznavajo več stresogenih učinkov dela in obratno. Ugotovili smo tudi, da manj izgoreli preiskovanci zaznavajo manj negativnih karakteristik svojih nadrejenih kot bolj izgoreli preiskovanci.

Podobne precej nizke koeficiente povezanosti sta ugotovili Um in Harrison (1998, str. 104), ki sta proti pričakovanjem ugotovili nizko povezavo med izgorelostjo in zadovoljstvom pri delu. Drugi avtorji (Koeske in Koeske, 1993; Oktay, 1992, v Um in Harrison, 1998, str. 105) so med izgorelostjo in zadovoljstvom pri delu dobili večjo povezanost, vseeno pa avtorjem še ni uspelo postaviti teorije, ki bi zadovoljivo pojasnila odnos med izgorelostjo in zadovoljstvom pri delu. Večina avtorjev (Cherniss, 1980; Burke in Greenglass, 2001; Greenglass in Burke 2002, str. 96; Koeske in Koeske, 1993, v Um in Harrison, 1998, str. 108) meni, da je nezadovoljstvo pri delu posledica izgorelosti, žal pa vzročna zveza še ni bila potrjena. Čeprav ne moremo reči, da zadovoljstvo z delom vpliva na izgorelost, lahko rečemo, da sta pojava vsaj do neke mere povezana. Potemtakem bi tudi vplivanje na enega od pojavov potencialno lahko povzročilo spremembe drugega. Takšno sklepanje lahko vodi do optimistične misli, da bi se s programi za preprečitev izgorelosti lahko povečalo tudi zadovoljstvo na delovnem mestu, kar pa je zanimiva tema za nadaljnje raziskovanje.

4.5 Sociodemografske spremenljivke

V tabeli 5 so prikazani sociodemografski dejavniki vpliva na izčrpanost zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih.

Tabela 5: Vpliv sociodemografskih dejavnikov na izčrpanost

<i>Demografski dejavniki v povezavi s težavnostjo dela</i>	
starost v letih (PV±SO)	42,1±8,9 [20-60]
ženski spol (v %)	94,6
zakonski stan (v %)	53,9
število otrok (PV±SO)	1,7±0,9 [0-7]
stopnja zaključene izobrazbe (PV±SO)	4,7±0,9 [3-6]
trenutni poklic: DMS (v %)	11,5
trenutni poklic: ZT (v %)	37,4
trenutni poklic: bolničar (v %)	37,4

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Anketiranci so bili rojeni v razponu od 1950 do 1990 leta. Največ zaposlenih je bilo v starosti 50 in več (6,4 %) in najmanj med 20 in 30 letom starosti (0,4 %). Večina anketirancev je bila žensk (94,6 %) in le 5,4 % moških. Poročenih anketirancev je 53,9 %, samskih 14,4 %, ločenih 9,1 % in ovdovelih 2,9 %. Število otrok: ni jih imelo 8,2 %, enega otroka ima 27,3 %, dva 53,2 % tri 10,5 %, več kot tri - do sedem 0,5 %. Končano osnovno šolo jih ima 0,5 %, nedokončano srednjo 3,7 %, končano 3-letno 23 %, končano 4-letno 43,3 %, končano višjo ali visoko šolo pa 20,6 %. Po trenutnem poklicu, ki ga opravljajo, so: diplomirana. medicinska sestra (11,5 %), zdravstveni tehnik (37,4 %) in bolničar/negovalec (37,4 %). Rezultati v raziskavi so pokazali, da se doživljanje izčrpanosti ne razlikuje pomembno glede na spol in starost zdravstveno negovalnega osebja, saj rezultati jasno kažejo, da ni razlik med spoloma glede izraženih posameznih komponent izčrpanosti ali pa same izčrpanosti. Prav tako rezultati jasno kažejo na to, da se starostni skupini ne razlikujeta glede na izčrpanost, tudi regresijski koeficient ni statistično značilen. Ženske (za razliko od moških) nekaj več izčrpanosti doživljajo na vseh treh komponentah: čustveni izčrpanosti, depersonalizaciji in znižani osebni izpolnitvi, vendar razlike, ki jih opazimo med spoloma, niso statistično značilne.

Udeleženci, stari pod 33 let, doživljajo malo manj čustvene in malo več izčrpanosti na komponenti znižane osebne izpolnitve. Višjo mero izčrpanosti doživljajo starejši od 33 let na komponenti depersonalizacije. Naša ugotovitev se ne sklada z ostalimi raziskavami, ki so v glavnem poročale o tem, da mlajši zaposleni poročajo o višji izgorelosti v primerjavi s tistimi, ki so starejši od 33 ali 40 let (Maslach in Leiter, 2001; Hellmich in Reinke, 1994, b. s.).

Zmanjšanje izgorelosti z ozirom na starost so povezovali z izkušnostjo, ki si jo posamezniki pridobijo sčasoma. Poleg tega obstaja tudi teza o neki vrsti naravne selekcije, da bolj izgoreli posamezniki slej kot prej zamenjajo poklic in ostanejo tisti, ki se lažje soočajo z zahtevami delovne situacije in so zato manj izgoreli tudi kasneje v karieri.

Najvišjo čustveno izčrpanost doživljajo fizioterapevti, najnižjo pa pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege. Najvišjo raven depersonalizacije doživljajo fizioterapevti, najnižjo pa delovni inšpektorji. Najvišjo raven znižane osebne izpolnitve doživljajo delovni inštruktorji, najnižjo pa bolničarji. Rezultati so pokazali, da med poklici ne prihaja do statistično pomembnih razlik.

Na podlagi tristopenjskega modela, ki sta ga izdelala Cahoon in Rowney (v Wolpin idr., 1990, str. 452), lahko rečemo, da najvišjo stopnjo čustvene izčrpanosti doživljajo posamezniki z nedokončano srednjo šolo, medtem ko najvišjo stopnjo depersonalizacije, znižane osebne izpolnitve in izčrpanosti na splošno doživljajo posamezniki z višjo ali visoko šolo. Najnižjo

stopnjo čustvene izčrpanosti doživljajo posamezniki z dokončano 3-letno šolo, najnižjo stopnjo depersonalizacije, znižane osebne izpolnitve in splošne izčrpanosti pa posamezniki z dokončano osnovno šolo.

Ob ugotovitvi, da udeleženci izčrpanost doživljajo na eni od treh komponent, lahko sklepamo, da je problematika izgorelosti med osebjem v obravnavanih domovih za starejše občane prisotna in je potrebna obravnava.

Podobne rezultate je ugotovil Åström (1990, str. 44), saj je med negovalnim osebjem, ki dela s starejšimi, našel približno 25 odstotkov takšnih z visokimi ravnmi izgorevanja in približno 35 % takšnih, ki so bili že rizični za razvoj izgorevanja. Naši odstotki so malce višji, vendar težko delamo natančno primerjavo, saj je bila slednja raziskava opravljena v drugačnem okolju, izgorelost pa so merili z drugim merskim inštrumentom.

Bolničar/negovalec ima srednjo poklicno izobrazbo, medicinske sestre/zdravstveni tehnik pa srednjo oziroma visoko strokovno izobrazbo. Bolničar/negovalec izvaja oskrbo stanovalcev in zagotavlja pomoč pri izvajanju zdravstvene nege. Delo je delno programirano, metode dela so predpisane, naloge so enovite, v manjši meri tudi delno sestavljene. Delo je triizmensko in poteka vse dni v tednu (Leskovic, 2014, str. 6.)

Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege izvaja zdravstveno nego in v odsotnosti nadrejenih v okviru svojih kompetenc rešuje nujne primere. Tudi tu je delo delno programirano, metode dela so predpisane, naloge pa delno sestavljene. Zaposlena je odgovorna za strokovno, natančno in ažurno izvrševanje delovnih nalog in ustrezno dokumentacijo. Delo je triizmensko in poteka vse dni v tednu (Leskovic, 2014, str. 6).

Za poklice z visoko strokovno izobrazbo je značilna večja zahtevnost dela. Zaposleni v teh poklicih so odgovorni za pravilno in pravočasno izvrševanje delovnih nalog in doseganje načrtovanih ciljev. Delo je dvoizmensko in poteka pet dni v tednu. Diplomirana medicinska sestra usklajuje, vodi in nadzira delo zaposlenih v delovni enoti. Načrtuje, izvaja in vrednoti proces zdravstvene nege stanovalcev in se vključuje v programe delovnih enot. (Leskovic, 2014, str. 6).

Kavšek (2006, str. 24) je primerjala različne kategorizacije bolnikov in sistematizacijo delovnih mest v bolnišnicah in v socialnovarstvenih zavodih. Ugotovila je, da imajo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi za pomoč oskrbovancem v domovih kar 40 % manj časa v primerjavi z izvajalci zdravstvene nege v bolnišnici. Glede na kategorizacijo zdravstvene nege je v socialnovarstvenih zavodih premalo zaposlenih, ki imajo zato manj časa za opravljanje dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe po veljavnih standardih. Potrebni so večji napor za dvig strokovnosti in izboljšanje kakovosti zdravstvene nege.

Manj kot 11–20 letno delovno dobo v trenutnem poklicu, najvišjo znižano osebno izpolnitev in najvišjo stopnjo depersonalizacije doživljajo posamezniki z manj kot 10 letno delovno dobo. Najnižje vrednosti na vseh treh komponentah izčrpanosti dosegajo posamezniki z več kot 20 let delovne dobe.

Na podlagi sociodemografskih spremenljivk smo ugotovili, da ženske za razliko od moških nekaj več izčrpanosti doživljajo na vseh treh komponentah: čustveni izčrpanosti, depersonalizaciji in znižani osebni izpolnitvi.

4.6 Pojav psihosomatskih simptomov

Tabela 6 prikazuje delež prisotnih psihosomatskih simptomih pri zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih.

Tabela 6: Delež prisotnih psihosomatskih simptomov

<i>Psihosomatski simptomi</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
brez PS	46	20,2
eden ali več PS	182	79,8

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Bolezni dihal ni imelo 82,8 % vprašanih, imelo pa 17,2 %; bronhialna astma (ne 53,1 %, da 46,9 %), kašljanje in kolcanje (ne 56,3 %, da 43,8 %), živčni dihalni sindrom (ne 84,4 %, da 15,6 %), hiperventilacijski sindrom (ne 93,8 %, da 6,3 %), pljučna tuberkuloza (ne 96,9 %, da 3,1 %), druga obolenja (ne 75,8 %, da 24,2 %); bolezni srca in ožilja (ne 90,8 %, da 9,2 %), funkcionalne srčne motnje (ne 88,2 %, da 11,8 %), koronarna srčna bolezen (ne 93,8 %, da 6,3 %), esencialna hipertenzija (ne 56,3 %, da 43,8 %) pod druga srčna obolenja (ne 64,7 %, da 35,3 %), motnje prehranjevanja (nima 81,5 %, ima 18,5 %), debelost (pretirana ješčnost) (ne 12,9 %, da 87,1 %), anoreksije (neješčnosti) ne navaja nihče (100 %), bulimije (bruhanja) ravno tako ne navaja nihče (100 %), druga obolenja (ne 87,1 %, da 12,9 %). Motnje prebavnega trakta (ne 79,4 %, da 20,6 %), razjeda v želodcu/dvanajsterniku (ne 60,5 %, da 39,5 %), zaprtje (ne 50,0 %, da 50,0 %), čustvena driska (ne 78,9 %, da 21,1 %), iritabni kolon (napenjanje, driske) (ne 97,4 %, da 2,6 %), ulcerativni kolitis (vnetje črevesja) (ne 100 %), Crohnova bolezen (ne 97,4 %, da 2,6 %), endokrine in presnovne bolezni (ne 91,6 %, da 8,4 %), hipertiroza (ne 81,8 %, da 18,2 %), druga endokrina in presnovna obolenja (ne 58,3 %, da 41,7 %), alergije (ne 79,7 %, da 20,3 %), kožne bolezni (ne 87,8 %, da 12,2 %), urtikarija (ne 68,0 %, da 32,0 %), srbenje (ne 80,0 %, da 20,0 %), atopični dermatitis (ne 92,0 %, da 8,0 %), srbenje v anogenitalnem predelu (ne 92,0 %, da 8,0 %), luskavica (ne 72,0 %, da 28,0 %), samopoškodba kože (ne 84,6 %, da 11,5 %), drug kožna obolenja (ne 80,8 %, da 19,2 %), glavobol (ne 49,0 %, da 51,0 %), nespečnost (ne 72,1 %, da 27,9 %), ginekološke bolezni (ne 89,1 %, da 10,9 %), dismenoreja (ne 92,3 %, da 7,7 %), funkcionalna sterilnost (ne 69,2 %, da 30,8 %), druga obolenja (ne 42,9 %, da 57,1 %), bolezni mišic, veznega tkiva in sklepov (ne 52,5 %, da 47,5 %), revmatizem mehkih tkiv (ne 90,9 %, da 9,1 %), bolečina v hrbtu (ne 12,5 %, da 87,5 %), revmatoidni artritis (ne 89,9 %, da 10,2 %), druga obolenja (ne 90,8 %, da 9,2 %). V povprečju so anketirani navajali $2,3 \pm 2,0$ različnih psihosomatskih simptomov, kar pomeni, da so preiskovanci v povprečju navajali več kot dva psihosomatska simptoma hkrati.

Ugotovili smo, da so bili koeficienti korelacije večji v primeru povezanosti psihosomatskih simptomov s čustveno izčrpanostjo kot z izgorelostjo samo. To potrjujejo tudi druge študije, ki kažejo, da prav vse bolezni na neki način povzročajo psihosomatske motnje, saj negativna čustva in stresne situacije oslabijo imunski sistem. To dokazujejo tudi nekatere raziskave (npr. Nakamura, 1999, str. 576). Zato smo preverili tudi prisotnost telesnih in duševnih bolezni oziroma težav, prisotnost kroničnih bolezni in koriščenje bolniškega staleža v zadnjem letu ter preverili njihovo povezanost z izgorelostjo.

Pokazalo se je, da imata kar slabi dve tretjini anketirancev posamezno telesno motnjo ali bolezen, dobra četrtina pa določeno duševno motnjo ali bolezen. Dobra tretjina je poročala o kroničnih boleznih, slaba polovica pa je bila zaradi bolezni odsotna z delovnega mesta več kot teden dni. Ob preverjanju povezanosti z izgorelostjo se je izkazalo, da so zaposleni s telesnimi težavami bolj in pogosteje čustveno izčrpani, pogosteje doživljajo občutke depersonalizacije

ter so na splošno bolj in pogosteje izgoreli. Tisti z duševnimi težavami in boleznimi pa so pogosteje in bolj intenzivno čustveno izčrpani. Razlike med vprašanimi v izgorelosti glede na kronične bolezni in bolniški stalež niso bile statistično pomembne.

Ob zasnovi raziskave se nismo imeli namena poglobljati v posamezne psihosomatske bolezni, vendar nas je pojavnost le-teh močno presenetila. Dobri dve tretjini obravnavanih v raziskavi je poročalo o prisotnosti psihosomatskih simptomov in obolenj. Ti podatki govorijo o tem, da je duševno stanje pomembno prisotno med zdravstveno negovalnim osebjem in vredno nadaljnje obravnave. Ob takšni pojavnosti ne gre namreč le za problem posameznika, temveč to postane tudi problem organizacije in širše skupnosti.

O pozitivni povezanosti med izgorelostjo in psihosomatskimi simptomi so govorili in poročali že prvi raziskovalci o izgorelosti (Augilera, 2001; Maslach, 1982; Nakamura, 1999; Almborg idr., 1997). Poleg tega pa med pregledom tuje in slovenske literature nismo zasledili raziskav, ki bi omenjeno povezanost zanikale. Večina avtorjev meni, da so psihične težave izvor psihosomatskih bolezni (Schwartz, 2000, str. 456). Če se opremo na to predpostavko, lahko povezanost izgorelosti in psihosomatskih simptomov pri zdravstveno negovalnem osebju razložimo s predpostavko, da je izgorelost pri določenih posameznikih povzročila nastanek psihosomatskih bolezni. Tega ne moremo zagotovo trditi, saj v raziskavi nismo preverjali vzročnega odnosa, ali obstaja možnost, da gre za ravno obraten proces ali pa vpliv tretjega dejavnika. Vendar lahko sklepamo, da bi ob zmanjšanju pojava izgorelosti upadle tudi psihosomatske težave osebjem.

Bolj fizično zdravo osebje pa je za organizacijo seveda boljše delovna sila. Zdrav človek lahko več naredi, je bolj skoncentriran, se na splošno bolje počuti in navadno manj izostaja z dela (čeprav se razlike med anketiranci glede na bolniški stalež sicer niso izkazale za statistično pomembne). Za organizacije je torej zelo pomembno, da se začno soočati s problematiko izgorelosti in zoper njo ukrepati, saj, kot smo ugotovili, izgorelost ni problem sama po sebi, temveč je del celega sklopa težav, kamor spadajo tudi psihosomatske težave in telesna obolenja (Leskovic, 2014, str. 62).

Ugotovili smo, da je za zaposlene delo v domovih za starejše občane psihično in fizično obremenilno. Potrdili smo, da ima zdravstveno negovalno osebje v povprečju več kot dva psihosomatska simptoma in da je zaradi duševnih težav pogosto iskalo pomoč pri zdravniku. Oboleli s psihosomatsko boleznijo potrebuje dolgo časa za rehabilitacijo, kar je zaskrbljujoč podatek. Z ustreznimi metodami razbremenitev in motivacijo, bi lažje vplivali na preprečevanje invalidnosti in trajno nedelazmožnost zaposlenih. Ovrednotili smo stroške ukrepov delovnega mesta, kjer smo upoštevali finančne vidike zdravljenja posamezne incidence psihiatričnih obolenj. Pri podatkih o pojavu teh obolenj smo upoštevali medicinske objave po svetu in v Sloveniji ter statistične podatke Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Nacionalni program zdravja in varstva pri delu, 2000).

Prvotne raziskave, ki so se spraševale, ali je izgorelost resnično drugačen fenomen od že uveljavljenih konstruktov, so se osredotočile predvsem na depresijo in zadovoljstvo na delovnem mestu.

Sprva se je pokazalo (Maslach idr., 2001, str. 397), da se izgorelost povezuje z anksioznostjo in depresijo. Kasneje so razliko med izgorelostjo in depresijo tudi empirično dokazali v številnih študijah, v katerih so uporabili vprašalnik MBI in različne inštrumente za merjenje depresivnosti (Maslach idr., 2001, str. 398). Te študije so dognale, da naj bi bila izgorelost problem, ki je specifičen za delovno situacijo, depresija pa naj bi prežela vsa področja

človekovega življenja. Kljub temu velja, da naj bi bili za izgorelost bolj občutljivi posamezniki, ki dosegajo višje rezultate na lestvici nevroticizma in so zato bolj podvrženi depresivnosti.

Izgorelost je torej povezana z duševnim zdravjem, ki ga Jeriček Klanšček idr. (2008, str. 8) razume kot širok koncept, ki vključuje tako pozitivno duševno zdravje, npr. pozitiven odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi, pozitivno samopodobo, visoko samospoštovanje, občutek moči, optimizem in sposobnost soočanja s težavami, kot tudi negativno duševno zdravje, npr. težave v duševnem zdravju in duševne bolezni. V ospredju spremljanja duševnega zdravja tako pri nas kot v tujini so še vedno predvsem duševne motnje in bolezni, šele v zadnjem času se poudarjajo tudi pozitivni vidiki duševnega zdravja. V Sloveniji je bilo v zadnjih letih opravljenih le nekaj nacionalnih raziskav, ki so se deloma ali v celoti dotikale duševnega zdravja prebivalcev in posameznih populacijskih skupin. Najbolj celovit pregled in tudi največ pozitivnih vidikov duševnega zdravja najdemo v raziskavi o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije iz leta 2006, ki je pokazala, da ima 59 % vprašanih nizko stopnjo vitalnosti in energije (Indeks energije in vitalnosti). Povprečna vrednost indeksa je pri nas nižja (54,1) kot v drugih državah EU (od 59 do 65,2).

Za preprečevanje delovne izčrpanosti in ohranjanje duševnega zdravja je pomembno spremljanje in merjenje občutka obvladovanja lastnega življenja. Raziskava o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije (2006) je merila občutke obvladovanja lastnega življenja, ki je pokazala, da 11,5 % vprašanih spada v skupino z nizkim občutkom obvladovanja svojega življenja, medtem ko merjenje splošne ravni samospoštovanja (lestvica samospoštovanja RSES) kaže, da imamo Slovenci v splošnem visoko samospoštovanje, le 2,7 % vprašanih ima nizkega. Podatki o velikosti omrežja čustvene opore (lestvica socialne opore) kažejo, da bi se v poprečju oseba, ki ima osebne težave, po pomoč lahko obrnila na štiri do pet ljudi, medtem ko je v tujini povprečje med devet do 18 ljudi. Kar 13 % vprašanih pravi, da so morali zaradi duševnih težav omejiti svoje dejavnosti in so izostali z dela, pomoč pa je poiskalo le 6 % ljudi, kar kaže na to, da je iskanje pomoči zaradi duševnih težav še vedno stigmatizirano. Zdravila zaradi duševnih težav je jemalo 10 % vprašanih, kar lahko pomeni, da so jih jemali dlje časa. Povezanost med številom psihosomatskih simptomov in doživljanjem izčrpanosti je tudi statistično pomembna, kar pomeni, da višje kot je število psihosomatskih simptomov, višja je stopnja izčrpanosti pri zaposlenih (Leskovic in Leskovic, 2012, str. 243).

Anketiranci, ki se čutijo izčrpane, navajajo težave z nespečnostjo, ta podatek nam zgovorno napoveduje stresne in obremenilne delovne situacije zaposlenih. Tisti, ki so brez energije, si želijo samote - kot beg pred totalno izčrpanostjo. Podatek povezujemo z bolniško odsotnostjo več kot mesec dni, ki so jo navajali udeleženci v raziskavi. Poleg tega, da imajo zdravstvene težave, je izgorelost velik družbeni in ekonomski problem. Večina zaposlenih svoje delo ocenjuje in doživlja obremenilno, posledično pa je takšno delo za zaposlene izvor mnogih stresnih situacij. Anketiranci menijo, da je njihovo delo preslabo plačano, majhen delež vprašanih meni, da njihovo delo ni slabo ovrednoteno. Verjetno gre ta podatek na račun odgovorov vodstvenih delavcev. Več kot dve tretjini vprašanih je menilo, da je njihovo delo premalo cenjeno. To najverjetneje pomeni, da iz okolice zaznavajo, da njihov poklic ni tako spoštovan, kot bi po njihovem mnenju moral biti. V tem vidimo pozitivno noto, in sicer, da verjetno anketiranci sami spoštujejo svoje delo in poklic, čeprav ga okolica ne zaznava tako in ne ceni. Po drugi strani pa lahko mnenje okolice vpliva na posameznike, da se težje identificirajo s svojim poklicem ter tako čutijo večjo razdvojenost med seboj in svojim delom. Ko so brez energije, se zatekajo v spanje. Zadostno število ur spanja jim povrne energijo za nadaljnje obremenitve na delu. Posameznik se lahko od njih nauči raznih spretnosti in veščin, tudi humor je zelo dobrodošel. Organizacija lahko poskrbi, da se bodo med sodelavci razvili

tesnejši odnosi tako, da omogoči druženje delavcev med kosilom, odmori in na raznih srečanjih, saj je socialna in emocionalna podpora sodelavcev zelo pomembna za dobro počutje na delovnem mestu. Posameznik lahko socialno oporo dobi tudi preko organiziranih skupin, pri čemer lahko organizacija ustanovi formalno ali neformalno skupino za zviševanje medsebojne podpore Laschinger, Leiter in Day (2009, str. 305) menijo, da je zagotavljanje varnosti pacientov povezana s kakovostjo storitev zdravstvene nege, delovnega okolja in kakovostjo vodenja. Priporočata sistematično spremljanje potreb pacientov in prilagajanje delovnega okolja zaposlenim glede na preobremenjenost, kar vodi v zmanjšanje izgorelosti.

4.7 Regresijska analiza

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati regresijske analize za posamezno spremenljivko. Izračunani linearni regresijski model statistično pomembno napoveduje doživljanje izčrpanosti ($F = 2,775$; $df = 22$; $p < 0,001$). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 7.

Tabela 7: Povezava neodvisnih dejavnikov z doživljanjem izčrpanosti

Neodvisni dejavniki	Beta	t-vrednost	p-vrednost
zadovoljstvo z delom	-0,23	-2,93	0,004
težavnost dela	0,15	1,80	0,075
število psihosomatskih simptomov	0,17	2,09	0,038
zdravstvena nega	-0,06	-0,55	0,582
razdeljevanje, priprava zdravil	-0,04	-0,43	0,667
delitev hrane, hranjenje	0,15	1,74	0,084
nega	-0,06	-0,60	0,551
pomoč v OŽA	-0,01	-0,12	0,904
starost	0,01	0,04	0,967
ženski spol	0,03	0,43	0,670
zakonski stan	0,07	0,83	0,409
število otrok	-0,13	-1,55	0,124
stopnja izobrazbe	-0,08	-0,52	0,606
poklic ZT glede na ostale	0,15	0,72	0,473
poklic DMS glede na ostale	-0,04	-0,30	0,763
poklic bolničarja glede na ostale	0,20	0,86	0,393
število delovnih izmen v službi	0,12	1,09	0,277
sodelavec prisoten v izmeni	0,00	0,00	0,997
oddaljenost od doma do službe	-0,03	-0,42	0,677
delovna doba	-0,06	-0,26	0,797
delovna doba v trenutnem poklicu	0,03	0,26	0,795
pogodba o delovnem razmerju za nedoločen čas	-0,10	-1,08	0,280

$R = 0,579$, $R^2 = 0,335$.

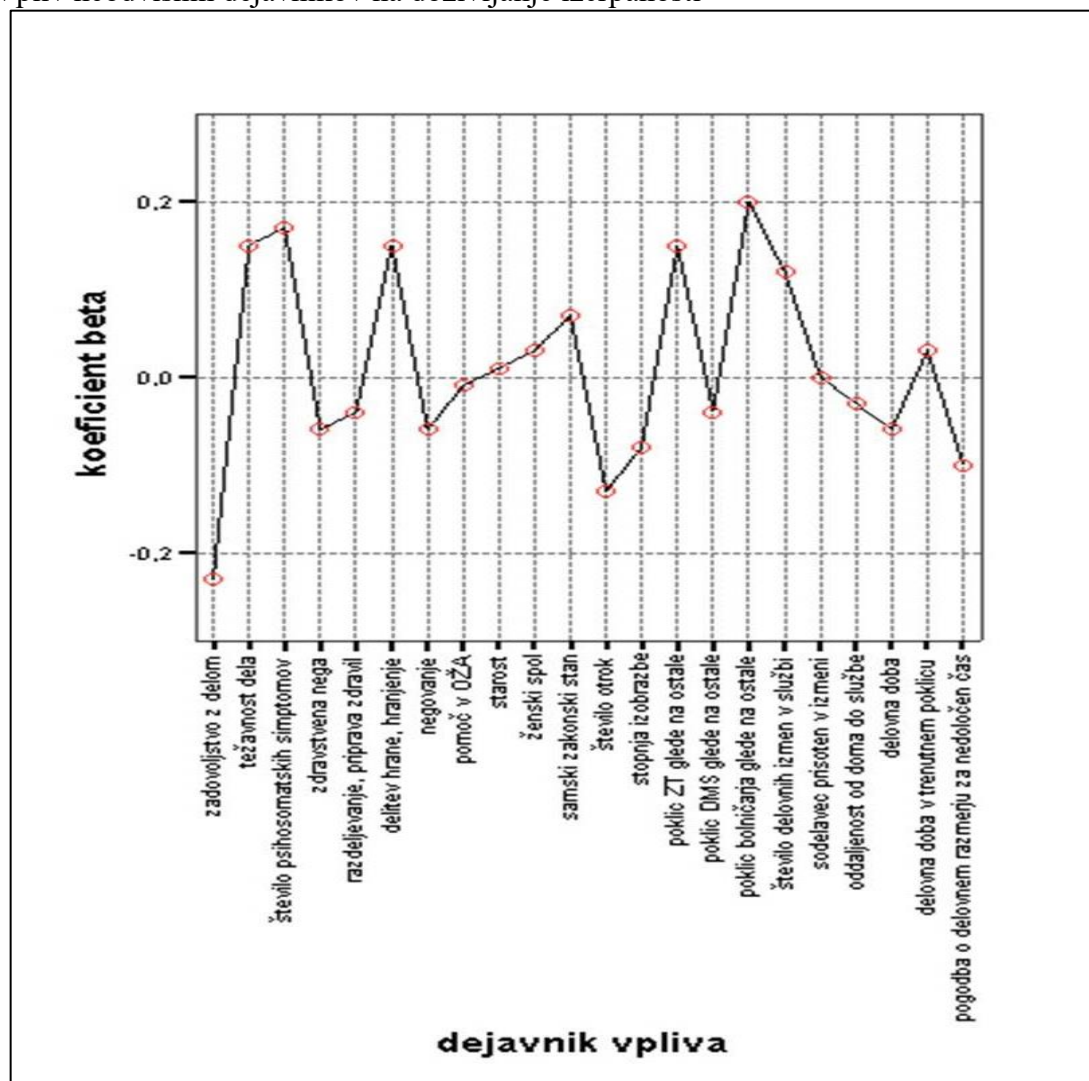
Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Rezultati linearne regresije so pokazali, da je z doživljanjem izčrpanosti statistično pomembno povezano le zadovoljstvo z delom ($p = 0,004$). V raziskavo je bilo vključenih pet delovnih nalog, ki so najpogostejši pokazatelj težavnosti dela zdravstveno negovalnega osebja. V tabeli 4 je delež preiskovancev, ki so podali odgovore katere delovne naloge jim predstavljajo problem

pri izvedbi med delovnim procesom. Dobili smo podatek, da so blizu statistične pomembnosti delovna naloga hranjenje (beta = 0,15), zdravstvena nega (beta = 0,06) in razdeljevanje in priprava zdravil (beta = 0,04). V raziskavo je bilo vključenih nekaj sociodemografskih dejavnikov, ki naj bi med zaposlenimi vplivali na stopnjo težavnosti opravljanja dela. V tabeli 7 so prikazane vrednosti regresijske analize, in sicer (beta koeficient; t-testa; p-vrednost za posamezno spremenljivko). Ostali podatki pa v so prikazani v odstotkih. Z doživljanjem izčrpanosti se je statistično pomembno povezal le število otrok (beta = -0,12). S kontrolno listo psihosomatskih simptomov smo merili 11 psihosomatskih simptomov: bolezni dihal, bolezni srca in ožilja, motnje prehranjevanja, motnje prebavnega trakta, endokrine in presnovne bolezni, alergije, kožne bolezni, glavobol, nespečnost, ginekološke bolezni, bolezni mišic, veznega tkiva in sklepov.

V povprečju se je navajalo $2,3 \pm 2,0$ različnih psihosomatskih simptomov, kar pomeni, da so preiskovanci v povprečju navajali več kot dva psihosomatska simptoma hkrati. Rezultati so pokazali, da je z doživljanjem izčrpanosti statistično pomembno povezano število psihosomatskih dejavnikov ($p = 0,038$).

Graf 1: Vpliv neodvisnih dejavnikov na doživljanje izčrpanosti



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

4.8 Preverjanje hipotez

Po izračunu komponent izčrpanosti smo najprej testirali normalnost porazdelitve treh komponent izčrpanosti. Kolmogorov - Smirnov test normalnosti porazdelitve spremenljivk je pokazal, da se komponente izčrpanosti ne porazdeljujejo normalno - čustvena izčrpanost: $Z = 6,86$ $p = 0,00$; depersonalizacija: $Z = 1,86$, $p = 0,000$ in znižana osebna izpolnitev: $Z = 2,43$ $p = 0,000$).

Tabela 8: Test normalne porazdeljenosti spremenljivk

		čustvena izčrpanost	depersonaliz acija	osebna izpolnitev
N		246	241	107
Normalni parametri	<i>Povprečje</i>	1,35	2,15	2,06
	<i>Standardni odklon</i>	0,20	0,53	0,19
Večina skrajnih razlik	<i>Absolutno</i>	0,44	0,12	0,23
	<i>Pozitivno</i>	0,44	0,12	0,23
	<i>Negativno</i>	-0,30	-0,11	-0,22
<i>Kolmogorov-Smirnov Z</i>		6,86	1,86	2,43
<i>Asymp. Sig.(2-stranski)</i>		0,00	0,00	0,00

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Sledi predstavitev in testiranje hipotez.

H1: Doživljanje izčrpanosti se statistično značilno razlikuje glede na spol in starost.

Za testiranje hipotez smo uporabil MannWhitneyev Utest.

Testiranje je pokazalo, da se vse tri komponente izčrpanosti nepomembno razlikujejo glede na spol. Nivoji signifikantnosti so med 0,174 in 0,716. Moški v poprečju kažejo večjo čustveno izčrpanost in znižano osebno izpolnitev, ženske pa večjo depersonalizacijo. Globlja interpretacija zaradi majhnega števila moških (13) v primerjavi z ženskami (med 96 in 222) ni utemeljena.

H2: Doživljanje izčrpanosti se statistično značilno razlikuje glede na osnovni poklic.

Za testiranje hipotez smo uporabil Kruskal - Wallisov H-test.

Tabela 9: Rangi izčrpanosti pri posameznih poklicih.

	<i>čustvena izčrpanost</i>		<i>depersonalizacija</i>		<i>znižana osebna izpolnitev</i>	
	<i>N</i>	<i>Rang</i>	<i>N</i>	<i>Rang</i>	<i>N</i>	<i>Rang</i>
zdravstveni tehnik	86	115,74	82	124,26	38	47,92105
dipl. med. sestra	29	118,91	28	126,84	13	56,53846
bolničar/ negovalec bolniški strežnik	88	104,15	87	84,63	40	50,5125
čistilka	3	212,00	4	149,63	0	
fizioterapevt	3	176,83	3	190,83	3	67,5
delovni terapevt	5	137,60	5	147,80	3	67,5
pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege	8	139,31	8	138,06	3	67,5
delovni inštruktor	2	150,00	2	179,75	1	9
socialni delavec	5	131,90	5	173,00	1	81,5
drugo	2	150	2	154,00	1	81,5

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Pri testiranju treh komponent izčrpanosti glede na starostno skupino (do 33 let starosti in nad 33 let) so nivoji signifikantnosti med 0,226 in 0,558. Zato statistično pomembnih razlik v doživljanju treh komponent izčrpanosti med opazovanima skupinama nismo ugotovili. Nekoliko večjo izčrpanost pri vseh treh komponentah doživlja starostna skupina nad 33 let. Nivoji signifikantnosti pri posameznih komponentah so prikazani v tabeli 10.

Tabela 10: Kruskal - Wallisov test za doživljanje izčrpanosti pri posameznih poklicih.

	<i>Čustvena izčrpanost</i>	<i>depersonalizacija</i>	<i>znižana osebna izpolnitev</i>
hi-kvadrat	23,693	35,898	8,804
df	9	9	8
Asymp. Sig.	0,005	0,000	0,359

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Pomembne razlike med poklici so se pokazale pri čustveni izčrpanosti in depersonalizaciji. Ker so nekateri poklici manj pogosti, smo test ponovili samo za skupine zdravstvenih tehnikov, negovalcev in diplomiranih medicinskih sester. V tem primeru se je pomembna razlika pokazala le pri dimenziji depersonalizacije, medtem ko pri čustveni izčrpanosti in znižani osebni izpolnitvi statistično pomembnih razlik nismo ugotovili.

H3: Doživljanje izčrpanosti se statistično značilno razlikuje glede zadovoljstva z delom.

Za testiranje hipotez smo uporabil Mann - Whitney v u-test.

Tabela 11: Opisne statistike doživljanja izčrpanosti glede na zadovoljstvo pri delu

<i>delo daje zadovoljstvo</i>		<i>Čustvena izčrpanost</i>	<i>Depersonalizacija</i>	<i>Znižana osebna izpolnitev</i>
ne	N	93	92	91
	Mean	4,0215	1,1848	5,3846
	Median	4,0000	0,5000	1,55470
	Std. Deviation	2,11608	1,59621	1,55470
da	N	12	12	12
	Mean	5,2500	0,8333	5,9167
	Median	5,0000	0,0000	6,5000
	Std. Deviation	1,65831	1,40346	1,65831

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Posamezniki, ki menijo, da delo, ki ga opravljajo, daje zadovoljstvo, doživljajo višjo čustveno izčrpanost in znižano osebno izpolnitev, medtem ko na komponenti depersonalizacije v povprečju dosegajo nižje rezultate kot njihovi kolegi, ki menijo, da delo ne daje zadovoljstva.

Tabela 12: Mann-Whitney U test razlik med skupinama glede na zadovoljstvo pri delu v komponentah doživljanja izčrpanosti

	<i>Čustvena izčrpanost</i>	<i>Depersonalizacija</i>	<i>Znižana osebna izpolnitev</i>
Mann - Whitney U	351,500	472,000	447,000
Wilcoxon W	4722,500	550,000	4633,000
Z	-2,105	-0,887	-1,055
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,035	0,375	0,291

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Mann - Whitney test kaže, da razlike med skupinama, ki so predstavljene v tabeli 12 niso statistično značilne pri stopnji tveganja 5 % na komponentah depersonalizacije in znižane osebne izpolnitve, medtem ko na komponenti čustvene izčrpanosti prihaja do statistično pomembnih razlik med skupinama posameznikov.

H4: Doživljanje izčrpanosti je statistično značilno glede na psihično napornost dela.

Tabela 13: Opisne statistike komponent doživljanja izčrpanosti, glede na psihično napornost dela

Delo je psihično naporno		Čustvena izčrpanost	Depersonalizacija	Znižana osebna izpolnitev
da	N	53	50	53
	Mean	1,3679	2,1850	1,9528
	Median	1,2500	2,2500	2,0000
	Std. Deviation	,22255	,49952	,15548
ne	N	52	53	54
	Mean	1,3462	2,1604	2,1713
	Median	1,2500	2,0000	2,2500
	Std. Deviation	,18625	,55707	,16699

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Razvidno je, da so posamezniki, ki menijo, da je delo psihično naporno bolj čustveno izčrpani, kot posamezniki, ki menijo, da delo ni psihično naporno. Posamezniki, ki pa menijo, da delo ni psihično naporno, imajo bolj znižano osebno izpolnitev ter doživljajo višjo stopnjo depersonalizacije.

Tabela 14: Mann - Whitney U test psihične napornosti dela, glede na komponente doživljanja izčrpanosti

	Čustvena izčrpanost	Depersonalizacija	Znižana osebna izpolnitev
Mann - Whitney U	1308,000	1300,000	529,500
Wilcoxon W	2686,000	2731,000	1960,500
Z	-,565	-,167	-6,064
Asymp. Sig. (2-tailed)	,572	,868	,000

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Mann - Whitney test kaže, da razlike med skupinama posameznikov, ki menijo, da delo je oz. ni psihično naporno niso statistično značilne na komponentah čustvene izčrpanosti in depersonalizacije in so statistično značilne na komponenti znižane osebne izpolnitve.

5 PREDLOGI ZA PREPREČEVANJE IZGORELOSTI

Delo v zdravstveni negi je težko ter eden najbolj stresnih poklicev, ki je povezan z visoko stopnjo pretočnosti zaposlenih, odsotnostjo in visoko stopnjo izgorelosti (Harrad in Sulla, 2018, str. 60). Medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci, ki delajo v domovih za starejše, poročajo o višjih stopnjah izgorelosti kot zaposleni v kateri koli drugi zdravstveni organizaciji (McHugh, Kutney - Lee, Cimiotti, Sloane in Aiken, 2011, str. 208), kar predstavlja veliko grožnjo varnosti pacientov in kakovosti zdravstvenega varstva (Adams in Walls, 2020, str. 1439).

Področje psihosocialnih in zdravstvenih dejavnikov tveganj, ki se neposredno navezujejo na poklicni stres in z njim povezane pojave (absentizem, prezentizem, fluktuacija, izgorevanje, usklajevanje poklicnega in družinskega življenja) je slabo raziskano, še posebej na področju razumevanja povezanosti in prepletenosti okoliščin, ki izvirajo neposredno iz značilnosti delovnega okolja ter širših družbeno kulturnih ozadij. Ker je ustrezno prepoznavanje

dejavnikov tveganj, ki povečujejo dovzetnost posameznika za poklicni stres, ključnega pomena pri oblikovanju učinkovitih strategij za zmanjševanje in omejevanje njegovih posledic, je nujno potrebno v okviru vsake delovne organizacije razviti postopek za vrednotenje psihosocialnih in zdravstvenih dejavnikov tveganj, povezanih s poklicnim stresom, ki bo predstavljal referenčni okvir, prilagojen nekaterim posebnostim slovenskega okolja, pri obravnavanju stresa in z njim povezanih pojavov. Vanj bo vključen sklop referenčnih vprašalnikov, ki so namenjeni vrednotenju prisotnosti stresa, absentizma in prezentizma na delovnem mestu. Razvili bi novo orodje, namenjeno ekspertni napovedi psihosocialnih in zdravstvenih dejavnikov tveganj, povezanih s poklicnim stresom, ki bo omogočalo identifikacijo širšega spektra dejavnikov tveganj za razvoj poklicnega stresa in so jim zaposleni izpostavljeni na delovnem mestu, pa tudi izven njega.

Glasberg, Eriksson in Norberg, (2007, str. 392) v raziskavi o izgorelosti med zdravstvenimi delavci navaja, da trenutna turbulentna zdravstvena reorganizacija povzroča strukturno nestabilnost, več konfliktov in nejasne odgovornosti, kar vse prispeva k povečanju števila dni bolniške odsotnosti, ki jo povzročajo simptomi izgorelosti. Pomembno je, da vodje dojamejo pojav izgorelosti in njenih virov, saj te zaznave usmerjajo ukrepe, ki se sprejemajo za preprečevanje izgorelosti. Nadalje ugotovljaj, da stalne reorganizacije in zmanjševanje zdravstvenih storitev vodijo v zmanjšanje kadrovskih in finančnih virov, kar vpliva na večje zahteve in odgovornost zaposlenih. Te težave se prepletajo z visokimi ideali in pričakovanji zaposlenih. Postavlja se vprašanje lastne sposobnosti in vrednosti, pa tudi njihova potrditev pomembnosti kot človeka oz. državljana. Glavna ugotovitev kaže, da so se zdravstveni delavci vrgli v spiralo občutka nezadostnosti in nastajajočega občutka pesimizma in nemoči. Ta študija kaže na zapletenost povezovanja med viri izgorevanja, kot jih zaznavajo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi, ter poudarja spodbujanje realizma brez uničevanja navdušenja kot pomembnega dejavnika pri upravljanju z izgorevanjem v zdravstveni praksi.

Zmanjševanje stresa temelji na prepoznavanju simptomatike in zgodnjem ukrepanju. Pomembno je zavedanje, da ne moremo vedno nadzorovati povzročiteljev stresa, vedno pa lahko kontroliramo naše reakcije na stres. Pomembno je prepoznavanje stresorjev, vpogled in nadzor nad le-timi. Stalna napetost brez možnosti sprostitve vodi v psihično obremenjenost, zato so pomembne priložnosti in različne oblike sproščanja. To so rekreacija, nova znanstva, potovanja, glasba, knjige in podobno. Pomembno je sprotno reševanje različnih stisk, ki nastajajo v zvezi z delom in konstruktivno reševanje konfliktov, ki nastajajo v medsebojnih odnosih. Pomaga že pogovor s sodelavcem ali predpostavljenim, partnerjem ali prijateljem. Skrivanje ali zanikanje čustev škoduje, prav tako potreba po močni kontroli ob kontaktu z drugimi. Pomembna je meja med poklicnim in zasebnim življenjem in zadovoljujoče osebno življenje. Prav tako je pomembno sprejemanje in upoštevanje lastnih objektivnih in subjektivnih meja (Kastelic, 2011, str. 32).

Ob ugotovitvah o značilnostih izgorevanja so se pojavili mnogi pozivi k učinkoviti intervenciji in preprečevanju izgorelosti (Maslach idr., 2001, str. 420). Mnogo avtorjev je preprečevanje izgorelosti preučevalo skozi dejavnike, ki naj bi pripomogli k njenemu zmanjšanju, relativno malo pa je bilo opravljenih dejanskih sistematičnih raziskav. K neredu na tem področju prispeva tudi veliko število predlogov, kako preprečiti izgorevanje, razlike pa se pojavijo tudi glede na to, ali želimo izgorelost omiliti, ko se le-ta že pojavi, ali pa želimo preprečiti, da bi se ta sploh pojavila.

Poznavanje šestih področij delovnega življenja razširi možnosti za spremembe v organizaciji. Tako bo za neko organizacijo morda bolj učinkovito, da bo več pozornosti posvetila

spremembam na področju preobremenjenosti z delom, za neko drugo pa bo bolje, če bo svoje delavce motivirala, da bodo pripravljene opravljati več dela, ker bodo imeli občutek, da delajo nekaj pomembnega ali pa bodo za to nagrajeni.

Kaučič (2002, str. 104) meni, da so lahko delovne okoliščine tiste, ki zmanjšajo možnost za izgorevanje na delovnem mestu. Močna mreža podpore in realne dosegljive možnosti za poklicno napredovanje imajo pozitiven učinek. Ostale pogosto ugotovljene pozitivne okoliščine so prilagodljiv urnik, jasna opredelitev odgovornosti, sposobni vodilni delavci ter tekmovalna plačilna lestvica. Medicinska sestra mora včasih sama ukrepati: raziskati mora možnosti rasti in učenja ob delu, postavljanja dosegljivih osebnih in strokovnih ciljev, urjenja v učinkovitem upravljanju s časom in ločevanje delovnega in prostega časa. Prisluhni je treba svojemu telesu in umu in se zavedati nevarnih signalov ter si priznati svoja čustva. Izgorelost, če je diagnosticirana, lahko zmanjšamo s pazljivim načrtovanjem, z ukrepanjem in z ocenjevanjem svojega osebnega in strokovnega življenja.

Poznamo pa tudi drugačne organizacijske pristope (Demšar, 2003, b. s.), ki bi jih lahko v grobem razdelili na organizacijske spremembe na delovnem mestu in zviševanje socialne podpore.

Najučinkovitejša rešitev za zmanjšanje izgorelosti bi bila pridobiti več sodelavcev, več denarja, več časa, več medicinsko tehničnih pripomočkov. Žal pa je možnost takšne rešitve zelo majhna, v nekaterih organizacijah celo nemogoča. Zato je treba dobro razmisliti, kako uporabiti dana sredstva, da bo izgorelost čim manjša. Učinkovita sprememba na delovnem mestu je lahko tudi reorganizacija službenih nalog, delitev dela, sprememba postopkov, seveda v smeri razbremenitve posameznika ob spoštovanju delovnih kompetenc (Kastelic, 2011, str. 39).

Mnogi raziskovalci so odkrili povezanost med izgorelostjo in socialno oporo, ki je definirana kot podpora s strani sodelavcev, nadrejenih, supervizije in tudi zakonskih partnerjev. Etzion je že leta 1984 poročal o pomembnem vplivu opore v zasebnem življenju na izgorelost pri ženskah in o vplivu opore na delovnem mestu pri moških. Razlike o različnem vplivu socialne opore na izgorelost so ugotovili tudi pri različnih poklicih. Tako je na primer pri učiteljih zelo pomembna opora ravnatelja in vodstva (Jackson, 1986; Russel, 1987, v Penko, 1994), pri svetovalcih v ustanovah zaprtega tipa pa se je kot pomembnejša izkazala opora sodelavcev v obliki skupinske povezanosti in zaznane kvalitete prijateljstva (Penko, 1994, str. 327).

Sodelavci lahko posamezniku pomagajo pri premagovanju izgorelosti predvsem tako, da mu nudijo čustveno oporo, mu pomagajo pri prepoznavanju občutkov, mu dajejo nasvete, posameznik se lahko od njih nauči raznih spretnosti in veščin, tudi humor je zelo dobrodošel. Organizacija lahko poskrbi, da se bodo med sodelavci razvili tesnejši odnosi tako, da omogoči druženje delavcev med kosilom, odmori in na raznih srečanjih, saj je socialna in emocionalna podpora sodelavcev zelo pomembna za dobro počutje na delovnem mestu. Posameznik lahko socialno oporo dobi tudi preko organiziranih skupin, pri čemer lahko organizacija ustanovi formalno ali neformalno skupino za zviševanje medsebojne podpore

Laschinger in Leiter (2006, str. 259) menijo, da je zagotavljanje varnosti pacientov povezana s kakovostjo storitev zdravstvene nege, delovnega okolja in kakovostjo vodenja. Priporočata sistematično spremljanje potreb pacientov in prilagajanje delovnega okolja zaposlenim glede na preobremenjenost, kar vodi v zmanjšanje izgorelosti.

6 ZAKLJUČKI

V raziskavi smo pridobili reprezentativne podatke o psihični in fizični obremenjenosti zaposlenih na področju dela zdravstvene nege in oskrbe v socialnovarstvenih zavodih, pojavu psihosomatskih simptomov in obolenj ter rezultate o zadovoljstvu z delom in delovnimi situacijami. Vzorec je obsegal 228 primerov zaposlenih, kar predstavlja 12 % vseh zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih.

V raziskavi smo ugotovili, da so poglavitni razlogi za nastanek izgorevanja: starost negovalnega osebja, delovne situacije, delovni pogoji negovalnega osebja, preobremenjenost, neustrezna razporeditev dela, nizek osebni dohodek, nezadostno nagrajevanje glede na učinkovitost, delovne situacije, žaljiv in nespoštljiv odnos oskrbovancev, njihovih svojcev in nadrejenih, hiter tempo dela, veliko število obravnavanih oskrbovancev, delovna doba.

Doživljanje izčrpanosti in zadovoljstvo z delom niso statistično značilni pri stopnji tveganja 5 % na komponentah depersonalizacije in znižane osebne izpolnitve, medtem ko na komponenti čustvene izčrpanosti prihaja do statistično pomembnih razlik med starostno skupino do 33 let starosti in starostno skupino nad 33 let starosti zaposlenih.

Doživljanje izčrpanosti z delom in pojav psihosomatskih motenj se statistično pomembno povezujeta. Ugotovili smo, da so koeficienti korelacije večji pri povezanosti psihosomatskih simptomov s čustveno izčrpanostjo kot z izgorelostjo samo.

V raziskavi smo ugotovili obremenjenost zaposlenih pri delu s starejšo populacijo. Posamezniki, ki menijo, da je delo fizično naporno, doživljajo več čustvene izčrpanosti kot tisti, ki menijo, da delo ni fizično naporno. Nasprotno pa zaposleni, ki menijo, da je delo fizično naporno, doživljajo manjšo mero depersonalizacije in znižane osebne izpolnitve.

Pri komponentah znižane osebne izpolnitve in depersonalizacije ni statistično značilne razlike med skupinama.

Skupini posameznikov, ki menijo, da je delo psihično naporno, in posameznikov, ki menijo, da delo ni psihično naporno, sta dokaj izenačeni.

Delovne in organizacijske spremenljivke med skupinama niso statistično pomembne pri stopnji tveganja 5 % na komponentah depersonalizacije in znižane osebne izpolnitve, medtem ko na komponenti čustvene izčrpanosti prihaja do statistično pomembnih razlik med starostno skupino do 33 let starosti in starostno skupino nad 33 let starosti zaposlenih.

Podrobna analiza posledic sindroma izgorevanja na člane zdravstveno negovalnega osebja, ki opravljajo neposredno zdravstveno nego in oskrbo pri starejši populaciji, je pokazala, da psihosomatskih simptomov ni imelo 20,2 % anketiranih, enega ali več pa 79,8 %. Potrdili smo, da se doživljanje izgorelosti na našem vzorcu pozitivno in statistično pomembno povezuje s psihosomatskimi simptomi, tako v preteklosti kot v zadnjem letu. Lahko torej sklepamo, da anketiranci, ki izgorelost doživljajo kot izčrpanost na vseh treh komponentah, zaznavajo tudi več simptomov psihosomatskih obolenj kot anketiranci, ki izgorelost doživljajo na eni od treh komponent izčrpanosti. Ugotovili smo, da so bili koeficienti korelacije večji v primeru povezanosti simptomov psihosomatskih obolenj s čustveno izčrpanostjo kot z izgorelostjo samo.

Testiranje hipotez o nepomembnosti razlik glede na spol in starost je pokazalo, da se vse tri komponente izčrpanosti nepomembno razlikujejo glede na spol. Nivoji signifikantnosti so med 0,174 in 0,716. Moški v poprečju kažejo večjo čustveno izčrpanost in znižano osebno izpolnitev, ženske pa večjo depersonalizacijo. Pri testiranju treh komponent izčrpanosti glede na starostno skupino (do 33 let starosti in nad 33 let) so nivoji signifikantnosti med 0,226 in 0,558. Statistično pomembnih razlik v doživljanju treh komponent izčrpanosti med opazovanima skupinama nismo ugotovili. Nekoliko večjo izčrpanost pri vseh treh komponentah doživlja starostna skupina nad 33 let.

Pomembne razlike med poklici so se pokazale pri čustveni izčrpanosti in depersonalizaciji. Ker so nekateri poklici manj pogosti, smo test ponovili samo za skupine zdravstvenih tehnikov, negovalcev in diplomiranih medicinskih sester. V tem primeru se je pomembna razlika pokazala le pri depersonalizaciji, medtem kot pri čustveni izčrpanosti in znižani osebni izpolnitvi statistično pomembnih razlik nismo ugotovili.

Rezultati raziskave prinašajo celovit vpogled v problematiko delovnih in organizacijskih dejavnikov ter na dokazih temelječe predloge normativne ureditve v socialnovarstvenih zavodih pri delu s starejšo populacijo, ki jih lahko uporabijo pristojna ministrstva in inštituti.

7 LITERATURA

1. Adams, J. G. in Walls, R. M. (2020). Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*, 323 (15), 1439–1440.
2. Aguilera D. C. (1998). *Crisis intervention: theory and methodology*. St. Luis: Mosby.
3. Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behaviour*, 79 (2), 549–562.
4. Almberg, B., Grafström, M. in Winblad, B. (1997). Caring for demented elderly person – burden and burnout among care giving relatives. *Journal of Advanced nursing*, 25 (1), 109–116.
5. Analiza stanja psihosocialnih tveganj na delovnih mestih v mikro, malih in srednje velikih podjetjih (2011). Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča.
6. Astrom, S. (1990). Attitudes, empathy and burnout among staff in geriatric and psycho geriatric care. Umeå: Umea University medical dissertations, (267), 1–19. Pridobljeno 14. 7. 2020, s <https://www.umu.se/en/department-of-community-medicine-and-rehabilitation/sports-medicine/research-projects/dissertations/>.
7. Berg, A. Welander Hansson, U. in Hallberg, I. R. (1994). Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (4), 742–749.
8. Bilban, M. in Pšeničny, A. (2007). *Izgorelost. Delo in varnost*, 52 (1), 22–30.
9. Bizjak, K. (2008). Slovenci smo nezadovoljni. Pridobljeno 14. 7. 2020, s <https://www.zurnal24.si/slovenija/slovenci-smo-bolj-zadovoljni-s-svojem-zivljenjem-303593>.
10. Borritz, M. (2006). Burnout among employees in human service work: Design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34 (1), 49–58.
11. Brečko, D. (2001). *Karierna sidra kot model za razvoj kariere zaposlenih*. Ljubljana: Planet GV.

12. Burke, R. J. in Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of perceived hospital and union support. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 14 (1), 93–115.
13. Čebašek - Travnik, Z. (1998). Nekatere značilnosti procesa izgorevanja pri terapevtih, ki zdravijo bolniki odvisnosti (Doktorska disertacija). Ljubljana: Medicinska fakulteta.
14. Cergol Lipnik, M. (2012). Obvladovanje stresa na delovnem mestu. V A. Lipnik (ur.), *Delo in zdravje?* (str. 77–90). Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.
15. Cergol Lipnik, M. Vatovec, M., Medarič, Z. in Mežnar Steklasa, D. (2012). SOS in teh workplace: a guide to improving employee health and wellbeing in teh workplace. Koper: University of Primorska, Science and Research Centre, Annales University Press
16. Černigoj Sadar, N. (2002). Stres na delovnem mestu. *Teorija in praksa*, 39 (1), 81–102.
17. Chang, Y. in Chan, H. (2015). Optimism and proactive coping in relation to burnout among nurses. *Journal of nursing management*, 23 (3), 401–408.
18. Chaoping, L., Kan, S. in Zhengxue, L. (2003a). Work - family conflict and job burnout of doctors and nurses. *Chinese Mental Health Journal*, 1 (12), 807-809.
19. Chaoping, L., Kan, S. in Zhengxue, L. (2003b). An investigation on job burnout of doctor and nurse. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 11 (3), 170–172.
20. Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage.
21. Čuk, V. in Klemen, J. (2010). Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. *Obzor Zdr N*, 44 (3), 179–187.
22. Demir, A., Ulusoy, M. in Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (8), 807–827.
23. Demšar, I. (2003). *Sindrom izgorelosti pri učiteljih (Magistrsko delo)*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
24. Dernovšek, M. Z., Gorenc, M. in Jeriček, H. (2006). *Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
25. Dipboye, L. R., Smith, S. C. in Howel, C. W. (1994). *Understanding industrial and organizational psychology*. Forth Worth: Hartcourt Brace College.
26. Drennan, J., Lafferty, A., Treacy, M. P., Fealy, G., Phelan, A. in Lyons Hall, P. (2012). *Older People in Residential Care Settings: Results from a National Survey of Staff-Resident Interactions and Conflicts*. Dublin: NCPOP, University College Dublin.
27. Edelwich, J. in Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping profession*. New York: Human Sciences Press.
28. Edward, K. in Hercelinskyj, G. (2007). Burnout in the caring nurse: learning resilient behaviours. *British journal of nursing*, 16 (4), 240–242.
29. Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship. *J Appl Psychol*, 69 (4), 615–622
30. Farber, B. A. (2000). Introduction: understanding and treating burnout in a changing culture. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (5), 589–594.
31. Ferčec, K. (1996). Sindrom izgorevanja ali burnout. *Educa*, 6 (1–2), 14–24.
32. Fiabane, E., Dordoni, P. in Argentero, P. (2016). Subjective and objective indicators of job stress and burnout in a residential home for the elderly. *Giornale Italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 38 (1), 42–49. Pridobljeno 10. 11. 2019, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27311144>.
33. Findeisen, D. (2005). Osebni izobraževalni moduli za preprečevanje in zdravljenje izgorelosti (1. del). *Andragoška spoznanja*, 11 (2), 37–51.

34. Fisher, J. in Brumley, D. (2016). Nurses' and carers' wellbeing in the workplace. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (4), 49–57. Pridobljeno 11. 10. 2016, s http://www.ajan.com.au/Vol25/Vol_25-4_Fisher.pdf.
35. Glasberg, A. L., Eriksson, S. in Norberg, A. (2007) Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (4–9), p392–403.
36. Gold, Y. in Roth, R. A. (2013). *Teachers Managing Stress & Preventing Burnout*. London: Taylor & Francis. Pridobljeno 16. 8. 2020, s <https://www.taylorfrancis.com/books/9780203209899/chapters/10.4324/9780203209899-16>.
37. Golembiewski, R. T., Boudreau, R. A., Sun, B. C. in Luo, H. (1998). Estimates of burnout in public agencies: worldwide how many employees have which degrees of burnout, and with what consequences?. *Public Administration Review*, 58, 59–65.
38. Gomboc, N. (2008). *Komunikacija in konflikti v delovnem okolju* (Diplomsko delo). Lesce: B&B Višja strokovna šola. Pridobljeno 19. 1. 2017, s https://www.bb.d.i/doc/diplome/Gomboc_Natasa.pdf.
39. Görgens - Ekermans, G. in Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a question study on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (15–16), 2275–2285.
40. Greenglass, E. in Burke, R. J. (2002). Hospital restructuring and burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*, 25 (1), 89–114.
41. Guzina, V. (1986). *Poplars and Willows in Yugoslavia*. Poplar Research Institute Univerza Wisconsin-Madison.
42. Hafner, M. in Ihan, A. (2014). *Prebujanje: psiha v iskanju izgubljenega Erosa – psihonevroimunologija*. Ljubljana: Alpha center, d. o. o.
43. Harrad, R. in Sulla, F. (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomedica*, (89), 60–69.
44. Hellmich, S. in Reincke, A. (1994). Das Burnout-Syndrom in der Krankenpflege. *Pflegezeitschrift*, (3), 3–20.
45. Horvat, L. (2008). Adrenalna izgorelost ni depresija. Pridobljeno 14. 6. 2018, s http://www.burnout.si/index.php?n=SubMenu&Menu_ID=8&SubMenu_ID=21&id_NZ=136.
46. Hrovatič, M. (2008). Stres in izgorevanje na delovnem mestu ter učinkovite tehnike za premagovanje stresa. *Neprofitni management*, 4 (6), 51–55.
47. Hvala Cerkovnik, M. in Bregar, B. (2010). Supervizija – zaščita pred izgorevanjem na delovnem mestu. V B. Bregar in J. Peterka Novak (ur.), *Zbornik prispevkov z recenzijo: kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu* (str. 66–72). Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
48. Ivanko, Š. in Stare, J. (2007). *Organizacijsko vedenje*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
49. Izgorevamo zaradi slabih odnosov, ne zaradi preobilice dela. (19.1.2017), U. (2017). Pridobljeno 1. 2. 2017, s <http://www.nt-rc.si/novi-tednik/izgorevamo-zaradi-slabih-odnosov-ne-zaradi-preobilice-dela/>.
50. Jackson, S. E., Schwab, R. L. in Schuler R. S. (1986). Toward an Understanding of the Burnout Phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71 (4), 630–640.
51. Jennings, B. M. (2012). Work Stress and burnout among nurses: role of the work environment and working conditions. V R. G. Hughes (ur.), *Patient safety and quality: an evidencebased handbook for nurses* (str. 138–148). New York: Rockville. Pridobljeno 10. 10. 2016, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/>.
52. Jerčič, L. in Kersnič, P. (2004). Medicinska sestra in humor na delovnem mestu. *Obzornik zdravstvene nege*, 38 (4), 275–285 Pridobljeno 10. 9. 2016, s <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2004.38.4.275>.

53. Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. in Roškar, S. (2008). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
54. Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. in Roškar, S. (2008). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
55. Južnič, S. (1998). Človekovo telo med naravo in kulturo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
56. Kane, P. (2009). Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 13 (1), 28–32. Pridobljeno 20. 10. 2010, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2822165/>.
57. Kapacitete - domovi za starejše in posebni SVZ. (2020). Skupnost socialnih zavodov. Pridobljeno 13. 8. 2020, s <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/Register-kapacitet-1.1.2020.pdf>.
58. Karan, M. (2007). Odsotnost z dela-velik strošek za podjetja. Pridobljeno 16. 1. 2010, s <http://revija.mojedelo.com/hr/odsotnost-z-dela-velik-strosek-za-podjetja-77.aspx>.
59. Kaschka, W. P., Korczak, D. in Broich, K. (2011). Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl int*, 108 (46), 781–787. Pridobljeno 16. 7. 2020, s 10.3238/arztebl.2011.0781.
60. Kastelic, M. (2011). Zadovoljstvo zaposlenih v socialno varstvenih zavodih kot dejavnik proti izgorevanju pri delu. (Magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
61. Kaučič, B. M. (2002). Proces izgorevanja pri članih negovalnega tima v patronažnem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 36 (2), 101–104.
62. Kavšek, M. (2006) Smernice kategorizacije za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege in oskrbe v domovih starejših občanov (Diplomska naloga). Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
63. Klemenc - Ketiš, Z., Kersnik, J. in Tratnik, E. (2009). The presence of anxiety and depression in the adult population of family practice patients with chronic diseases *Zdrav Var*, 48 (4), 170–176
64. Kobolt, A. in Žižak, A. (2010). Prispevek supervizije k uspešnosti in vzdušju v delovnih skupinah in timih. V A. Kobolt (ur.), *Supervizija in koučing* (str. 151–188). Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Zavod RS za šolstvo.
65. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (3. izd.). (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
66. Koeske, G. F. in Koeske, R. D. (1993). A preliminary test of a stress-strain-outcome model for reconceptualizing the burnout phenomenon. *Journal of Social Service Research*, 17 (3/4), 107–135.
67. Kovač - Vouk, L. (2010). Psihoedokacijski program za stresne in nevrotske motnje. V B. Bregar in J. Peterka Novak (ur.), *Zbornik prispevkov z recenzijo: kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu* (str. 63–65). Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
68. Kovač, J. (2013). Supervizija, stres in poklicna izgorelost šolskih svetovalnih delavcev. Maribor: Mednarodna založba Oddelka za slovanske jezike in književnosti, Filozofska fakulteta.
69. Kralj, A., Sedmak, M., Kotnik, V., Medica, K., Sekloča, P., Medarič, Z. idr. (2011). Analiza stanja psihosocialnih tveganj na delovnih mestih v mikro, malih in srednje velikih podjetjih. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper.
70. Lamovec, T. in Lešnik, B. (1998). Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana Visoka šola za socialno delo.
71. Lapajna, A. (2010). Doživljanje in soočenje medicinske sestre s stresom na intenzivnem psihiatričnem oddelku. V B. Bregar in J. Peterka Novak (ur.), *Zbornik prispevkov z*

- recenzijo: kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu (str. 47–54). Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
72. Laschinger, Leiter in Day (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: Impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*, 17 (3), 302–311
 73. Lee, R. in Ashfort, B. (1990). On the meaning of Maslach's three dimension of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75 (6), 743–747.
 74. Leeuwen, R. in Schep - Akkerman, A. (2015). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care in different health care settings in the netherlands. *Religions*, 6 (4), 1346–1357. Pridobljeno 28. 10. 2016, s www.mdpi.com/2077-1444/6/4/1346/pdf.
 75. Leskovic, L. (2006). Absentizem. V J. Tršek (ur.), *Zbornik predavanj*, 19. Strokovno srečanje MS in ZT v socialnih zavodih (str. 3–9). Lendava: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
 76. Leskovic, L. (2011). Vpliv dejavnikov na nastanek doživljanja psihične izčrpanosti v socialnovarstvenih zavodih v Republiki. V D. Železnik in B. M. Kaučič (ur.), *Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved: zbornik predavanj z recenzijo* (str. 144–151). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
 77. Leskovic, L. (2014). Vpliv delovnih in organizacijskih spremenljivk na nastanek sindroma izgorevanja v socialno varstvenih zavodih v Republiki Sloveniji (Doktorska disertacija). Maribor: Fakulteta za organizacijske vede Kranj.
 78. Leskovic, L. in Leskovar, R. (2012). Povezanost psihosomatskih simptomov z izgorevanjem zaposlenih v zdravstveni negi. V B. Skela - Savič, S. Hvalič Touzery, K. Skinder Savič in J. Zorc (ur.), *Zbornik predavanj z recenzijo* (str. 241–248). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
 79. Leskovic, L. in Vukovič, G. (2011). The impact of working and organizational factors on the occurrences of burnout syndrome in Slovenian social welfare institutions. V M. Ferjan, M. Kljajić Borštnar in A. Pucihar (ur.), *Organizacija prihodnosti* (str. 1706-1712). Kranj: Moderna organizacija.
 80. Leskovic, L., Leskovar, R. in Miglič, G. (2012). Povezanost doživljanja psihične in fizične izčrpanosti v zdravstveni negi pri delu s starostniki. V B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery in I. Avberšek Lužnik (ur.), *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv: zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 146–156). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
 81. Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. V M. D. Dunnette (ur.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (str. 1297–1349). Chicago: Rand McNally College.
 82. Luban - Plozza, B., Pöldinger, W. in Kröger, F. (1993). Psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
 83. Magnavita, N. (2014). Workplace violence and occupational stress in health care workers: a chicken and egg situation, result of a 6-years follow up study. *Journal of nursing scholarship*, 46 (5), 366–376.
 84. Maslach - Pines, A. (2005). The Burnout Measure, Short Version. *International Journal of Stress Management*, 12 (1), 78–88.
 85. Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
 86. Maslach, C. (2003). *Burnout, The cost of caring*. Cambridge: Malor Books.
 87. Maslach, C. in Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journl of Occupational Behavior*, 2 (2), 99–113.
 88. Maslach, C. in Leiter, M. P. (2002). Resnica o izgorevanju na delovnem mestu. Ljubljana: Educy.

89. Maslach, C., Schaufeli, W. B. in Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
90. McHugh, M. D., Kutney - Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M. in Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Public Access*, 30 (2), 202–210.
91. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (2005). MKB-10: deseta verzija. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
92. Megla M. (2019). Izgorelost: klonila tudi Svetovna zdravstvena organizacija. Pridobljeno 11. 5. 2020, s <https://majamegla.si/2019/06/05/izgorelost-klonila-tudi-svetovna-zdravstvena-organizacija-who>.
93. Meighan, J. (2015). Considering mindfulness practice as a primary intervention for bullying and burnout nurses. *The Florida nurse*, 63 (2), 8.
94. Meško, M. (2011). Stres na delovnem mestu. Visokošolski učbenik z recenzijo. Ljubljana: Zavod za varnostne strategije pri Univerzi v Ljubljani.
95. Middleton, K. (2014). Stres: kako se ga znebimo. Ljubljana: Mladinska knjiga.
96. Mihalič, R. (2008). Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih: praktični nasveti, metodologija, interni akt in model usposabljanja za celostno upravljanje, učinkovito merjenje in uspešen razvoj ustrezne in spodbudne organizacijske kulture in klime. Škofja Loka: Mihalič in partner.
97. Milošević A. (1991). Predstavitev supervizijske metode. V V. Milošević Arnold, M. Vodeb Bonač, D. Erzar Metelko in M. Možina (ur.), *Supervizija- znanje za ravnanje* (str. 3–46). Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije.
98. Molan, M. in Molan, G. (2008). Psihična obremenjenost na delovnem mestu - pojavljanje, prepoznavanje in obvladovanje: prikaz preverjanja modela RH v realnem delovnem okolju. *Zdravstveno varstvo*, 47 (1), 37–46.
99. Mrak, L. (2015). Vpliv delovnih obremenitev na absentizem zaposlenih v zdravstveni negi slovenske psihiatrije (Magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za organizacijske vede. Pridobljeno 13. 6. 2020, s <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=47740>.
100. Nakamura, H. (1999). Natural killer cell activity and cell subsets in workers with tendency of burnout. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (6), 569–578.
101. Neuberg, M., Železnik, D., Meštović, T. in Ribić, R. (2017). Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes: a cross-sectional study among nurses? *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 68 (3), 190–197.
102. Omogočimo varnejša, bolj zdrava in produktivnejša delovna mesta v Evropi. (2012). EU-OSHA: Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu. Pridobljeno 18. 8. 2020, s <http://osha.europa.eu/sl/about>.
103. Péliissier, C. Vohito, M., Fort, E., Sellier, B., Agard, J. P., Fontana, L. in Charbotel, B. (2015). Risk factors for work-related stress and subjective hardship in health-care staff in nursing homes for the elderly: A cross-sectional study 57 (3), 285–296. Pridobljeno 16. 7. 2020, s <https://doi.org/10.1539/joh.14-0090-OA>.
104. Penko Šajn, B. (2013). Poklicna izgorelost zaposlenih na področju vzgoje in izobraževanja. (Magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo. Pridobljeno 20. 8. 2020, s <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=94786&lang=slv>.
105. Penko, T. (1994). Izgorelost pri delu. V T. Lamovec (ur.), *Psihodiagnostika osebnosti 1* (str. 323–343). Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
106. Pines, A. M. (2000). Treating career burnout: A psychodynamic existential perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (5), 633–642.

107. Pines, A. M. (2002). A psychoanalytic-existential approach to burnout demonstrated in the cases of a nurse, a teacher, and a manager. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39 (1), 103–113.
108. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški dejavnosti. (2008). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pridobljeno 13. 8. 2020, s <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu/kompetence-aktivnosti>).
109. Pokorn, D. (2005). *Dietna prehrana bolnika*. Ljubljana: Marbona.
110. Poredoš, P. (2004). Kronične bolezni v starosti. *Zdravstveni vestnik*, 73 (10), 753–751.
111. Potter, B. A. (1998). Job burnout. What it is & what you can do about it?. Pridobljeno 13. 5. 2020, s http://www.docpotter.com/art_bo-summary.html.
112. Praper P. (1996b). Koncepti in modalitete razvojne analitične psihoterapije. *Psihološka obzorja*, 5 (3), 93–111.
113. Praper, P. (2003). Socialno delo – supervizija – psihoterapija. V J. Tršek. Zbornik predavanj: 14. strokovno srečanje Strokovne sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih (str. 9–25). Zreče: Zbornica zdravniške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
114. Pregled prošenj in prostih mest v domovih za starejše (2020). Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Pridobljeno 5. 11. 2020, s <https://www.ssz.si>.
115. Preventing Job stress. National Institute Occupational Safety and Health. (1992). Cincinnati: International Labour Office.
116. Primožič, S. (2005). *Sindrom izgorevanja pri negovalkah v domovih za starejše občane*. (Diplomsko delo). Ljubljana: Filozofska fakulteta.
117. Promocija zdravja na delovnem mestu. (2015). /Ministrstvo za delo družino, socialne zadeve in enake možnosti. Pridobljeno 13. 8. 2020, s <https://www.gov.si teme/promocija-zdravja-na-delovnem-mestu/>.
118. Pšeničny, A. (2006). Reciprocal burnout model (RMI) show the links between interpersonal and intrapersonal factors. *Horizons of Psychology*, 15 (3), 19–36.
119. Pšeničny, A. in Findeisen, D. (2005). Poklicna izgorelost ali zavzetost za delo, to je zdaj vprašanje: Osebni in skupinski izobraževalni moduli za preprečevanje poklicne izgorelosti: 2. del. *Andragoška spoznanja*, 11 (3), 53–64.
120. Rakovec - Felser, Z. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
121. Rakovec - Felser, Z. (2011). Professional burnout as the state and process-what to do? *Coll. Antropol*, 35 (2), 577–585.
122. Rakovec Felser, Z. (2006). Pojav izgorevanja med zdravstvenim osebjem. *Obzornik zdravstvene nege*, 40 (3), 143–148.
123. Resnik, K. (2015). Krepitev zdravja delavcev v zdravstvu: delovni stres, poklicna izgorelost in novodobne rešitve za uspešno soočanje. *Zdravniška zbornica Slovenije*. Pridobljeno 9. 6. 2020, s <https://issuu.com/gooya/docs/isis2015-05/20?viewMode=doublePage>.
124. Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu (2018-2027). *Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011)*. Uradni list Republike Slovenije št. 43. Pridobljeno 13. 8. 2020 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=STRA75>.
125. Riahi, S. (2011). Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 19 (6), 721–731
126. Ruotsalainen, J., Verbeek, J. H., Mariné, A. in Serra, C. (2015). *Preventing occupational stress in healthcare workers*. London: John Wiley & Sons, Ltd.
127. Saha, L. in Dworkin, A. G. (2009). *International Handbook of Research on Teachers and Teaching*. New York: Springer.

128. Scammell, J. (2016). Should I stay or should I go? Stress, burnout and nurse retention. *British journal of nursing*, 25 (17), 990.
129. Schaufeli, W. B. in Buunk, B. P. (2011). Professional burnout. Pridobljeno 18. 8. 2020, s <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/074.pdf>.
130. Schwartz, G. E. (2000). Psychosomatic illness. V A. E. Kadzin (ur.), *Encyclopedia of psycho-logy* (str. 456–457). Washington, London: American Psychological Association, Oxford University.
131. Selič, P. (1999). *Psihologija bolezni današnjega časa*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
132. Selič, P. (2010). Stres in izgorelost: kako je mogoče razumeti in uporabiti podatke o izgorelosti na primarni ravni zdravstvenega varstva. V B. Bregar in J. Peterka Novak (ur.), *Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 7–18). Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pridobljeno 1. 2. 2017, s http://www.sekcijapsih-zn.si/wp-content/uploads/2011/02/Stres_TISK_small1.pdf.
133. Selič, P., Serec, M., Petek, D. in Makovec, M. (2010). Basic personality traits and coping strategies in relation to health and burnout among members of Slovenian Armed Forces. *Slovenian Journal of Public Health*, 49 (2), 61–75.
134. Šilak M. (2008). *Stališča negovalnega tima o potrebah supervizije v kliničnem okolju*. (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru. Pridobljeno 19. 8. 2020, s <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=9345>.
135. Skinner, V., Madison, J. in Harris Humphries, J. (2010). Individual responses to stress and burnout: Issues for Australian nurses and midwives. Callaghan (NSW, Australia): School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, The University of Newcastle.
136. Skoberne, M. (2002). Duhovnost in duhovno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 36 (1), 23–31. Pridobljeno 26. 9. 2016, s <https://www.dlib.d.i/stream/URN:NBN:SI:DOC-V91242B8/16ac7e0a-77cf.../PDF>.
137. Smith, M., Segal, J. in Segal, R. (2011). Preventing Burnout: signs, symptoms, causes, and coping strategies. Pridobljeno 20. 8. 2020, s http://www.helpguide.org/mental/burnout_signs_symptoms.htm.
138. Šprah, L. in Dolenc, B. (2014). *Priročnik za obvladovanje psihosocialnih tveganj in absentizma*.
139. Stanković, T. (2004) *Izgorevanje na delovnem mestu*, Edupool. E - mesečnik za strokovni razvoj, 1 (3), 33–36.
140. Strauch, A. (2012). *Izgorelost pri delu medicinskih sester kot psihološki in ekonomski dejavnik* (Magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
141. *Stres ter z njim povezani pojavi: absentizem, prezentizem, fluktuacija, izgorevanje ter usklajevanje poklicnega in družinskega življenja: publikacija za managerje, sindikalne zaupnike in zaposlene*. (2012). Zveza svobodnih sindikatov Slovenije, Inštitut za razvoj in inovacije.
142. Švagan, J. (2010). Dejavniki, ki vplivajo na supervizijske poteke in izkušnje supervizantov. V A. Kobolt (ur.), *Supervizija in Koučing* (str. 59–90). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
143. Tilley, S. in Chambers, M. (2003). Research in brief: the effectiveness of clinical supervision on burnout amongst community mental health nurses in Wales. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10 (2), 231–238.
144. Treven, S. (2005). *Premagovanje stresa*. Ljubljana: GV založba.
145. Turk, E. in Albreht, T. (2010). Ekonomsko breme duševnih bolezni. *Zdravniški vestnik*, 79, 531–536.

146. Um, M. Y. in Harrison, D. F. (1998). Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress – strain – outcome model and empirical test. *Social Work Research*, 22 (2), 100–115.
147. Veber Rasiewicz, B. (2008). *Psihologija dela*. Konzorcij višjih strokovnih šol za izvedbo projekta IMPLETUM. Ljubljana: Zavod IRC.
148. Vogt, M. (2008). *Caring professions at risk of job burnout*. Eurofond, Dublin. Pridobljeno 15. 6. 2020, s <https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2008/caring-professions-at-risk-of-job-burnout>.
149. Vučković, R. (2010). *Obvladovanje zdravstvenega absentizma - izziv za družbo*. V D. Kos (ur.), *Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik promerov iz prakse 14 slovenskih podjetij* (str. 10–20). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
150. Wang, S., Liu, Y. in Wang, L. (2013). Nurse burnout: personal and enviromental factors as predictors. *International journal of nursing practice*, 21 (1), 78–86.
151. Warren, S. in Terry, L. (2014). Reducing burnout in nurses and care workers in secure settings. *Nursing standard*, 28 (34), 37–45.
152. Weber, M. (1978). *Economy and Society*. University of California Press.
153. White, E. M., Aiken, L. H. in McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of American Geriatrics Society*, 67 (10), 2065–2071.
154. White, R. W. (1948). *The abnormal personality*. New York: Ronald Press Company.
155. Wolpin, J., Burke, R. J. in Greenglass, E. R. (1990). Golembiewski's phase model of psycho-logical burnout: some issues. *Psychological Reports*, (66), 451–457.
156. Wolpin, J., Burke, R. J. in Greenglass, E. R. (1995). A longitudinal study of psychological effect on psychosomatic symptoms. *Journal of Health and Human Services Administration*, 18 (1), 286–303.
157. Yang, D. (2017). *Stress and Burnout in Demanding Nursing Home Care. A literature review of the causes, prevention and coping strategies*. Bachelor's thesis. Pridobljeno 14. 6. 2020 s [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/131893/Yang_Di .pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/131893/Yang_Di.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
158. Youngs, B. B. (2001). *Obvladovanje stresa za ravnatelje in druge vodstvene delavce v vzgoji in izobraževanju: priročnik za uspešnejše odzivanje na stres*. Ljubljana: Educy.
159. *Zakon o varnosti in zdravju pri delu* (2011). Uradni list Republike Slovenije, št. 43. Pridobljeno, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5537>.
160. *Zakona o uravnoteženju javnih financ* (2012). Uradni list Republike Slovenije, št. 40. Pridobljeno, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6388>.
161. Zellars, K. L., Hochwarter, W. A., Perrewe, P. L., Hoffman, N. in Ford, E. W. (2004). Experiencing job burnout: The roles of positive and negative traits and states. *Journal of Applied Social Psychology*, 34 (5), 887–911.
162. *Znaki in faze izgorelosti* (2008). Sindikalnikovo ogledalo. Pridobljeno s, https://www.burnout.si/uploads/clanki/izgorelost%20poljudni/08_07SindikatiIzgorelost.pdf.

