

PREDSTAVITEV REZULTATOV
ŠTUDIJE VEDENJA, ODZIVOV
IN POČUTJA PRIPADNIKOV
SLOVENSKE VOJSKE
V MIRNODOBNIH RAZMERAH IN
NA VOJAŠKIH MISIJAH Z VIDIKA
STRESA IN IZGOREVANJA

INTRODUCTION OF
BEHAVIOURAL RESPONSES
AND BIO-PSYCHO-SOCIAL
WELL-BEING ANALYSIS AMONG
MEMBERS OF SLOVENE ARMED
FORCES IN PEACEFUL AND
SPECIAL (MISSION)
CIRCUMSTANCES – COPING
WITH STRESS AND BURN-OUT

.....

P O V Z E T E K

Študija odgovarja na vprašanje, kateri psihološki dejavniki delujejo oziroma jih je mogoče prepoznati pri osebah (vojakih), ki poročajo o slabšem biološkem in psihosocialnem blagostanju, dosegajo višje vrednosti izgorevanja in so posledično manj učinkoviti in manj motivirani za delo. Občutenje lastnega zdravja je okvirno merilo za zdravstveno stanje posameznika, slaba

¹ Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani.

samoocena zdravja pa je napovedni dejavnik povečane umrljivosti in večje potrebe po zdravstvenih storitvah. Uporabljena diagnostična strategija določa koncept zdravja kot biološko in psihosocialno blagostanje ter prinaša možnost novih ugotovitev o povezanosti stresa in izgorevanja, (samoocene) zdravja ter organizacijskega ozračja. Drugi del študije prikazuje prepoznavanje dejavnikov tveganja in zaščite glede prebolevanja travmatične (nasilne) situacije v vojnih ali mirnodobnih razmerah s poudarkom na osebnostnih potencialih (osebnostna struktura, obvladovalni mehanizmi, zmožnost za nadzorovanje svojega položaja, morebitne predhodne travmatične izkušnje), doživljanju pomembnih medsebojnih interakcij in predvsem na odnosu do rabe psihoaktivnih snovi. Uporabili smo test Eysenckovih osebnostnih lestvic, test o spoprijemanju s stresom, vprašalnik izgorelosti, vprašalnik o zadovoljstvu pri delu ter vprašalnik za oceno posebnih življenjskih obremenitev in samooceno zdravja. Analizirali smo odgovore 390 pripadnikov Slovenske vojske in jih razdelili v skupino zdravih, manj zdravih (po merilu bolniških odsotnosti zaradi bolezni) in skupino udeležencev misij. Rezultate razlagamo na podlagi domneve, da so preizkušenci verodostojno odgovarjali, opozorimo pa tudi na možnost zanikanja in/ali odpora. Posledice posebne življenjske obremenitve v izkušnji psihicne travme so v celotnem vzorcu zanemarljive, skupina udeležencev misij se po travmatiziranosti ne razlikuje od drugih dveh (SK1-Z in SK2-B). Ob domnevi, da so odgovori na vprašanja o posebnih življenjskih obremenitvah verodostojni, sta ključna dejavnika razlikovanja med skupinami izgorelost in (ne)zadovoljstvo z delom. Razlike med SK1-Z in SK2-B deloma pojasnujemo z osebnostnimi značilnostmi in t. i. psihosomatsko naravnanoostjo, deloma pa z nezadovoljstvom pri delu. Za skupino udeležencev misij so značilni splošno nezadovoljstvo, cinizem, mačzem in nezaupanje. Izgorelost (cinizem, nizka osebna izpolnitev) je znak izčrpanega oziroma okvarjenega biološkega in psihosocialnega blagostanja, ki lahko vodi v absentizem ali opustitev poklica oziroma dela. Če iz zadovoljstva sklepamo na organizacijsko ozračje, rezultat v skupini udeležencev misij zahteva posebno pozornost. Predlagamo spremembe v vodenju in izbirnih postopkih.

K L J U Č N E B E S E D E

Temeljne osebnostne lastnosti, spoprijemanje s stresom, izgorelost, zadovoljstvo pri delu, biološko in psihosocialno blagostanje, zdravje, travma.

A B S T R A C T

The study gives answers to a question about psychological factors influencing (and can be identified) individuals (soldiers) who report lower bio-psycho-social well-being and who attain higher burn-out values and are thus less effective (at work) and less motivated (for work). The perception of one's own health can be taken as an outline criterion of an individual's health condition. Consequently a poor self-assessment of one's health is a prognosticator of higher mortality and of an increased need for health care services. On the one hand, the diagnostic strategy used operationalizes the concept of health as bio-psycho-social well-being and on the other hand, it brings the possibility of new findings on the interdependence of stress, burnout (self) assessment of health and organizational climate. The second part of the study deals with the identification of the risk factors and protection relating to the recovery from a traumatic (violent) situation in the context of war or peace conditions, with the stress on personality aptitudes (personality structure, »coping« mechanisms, the ability to control one's own situation, possible precedent traumatic experience), on the experience of important interpersonal interactions and above all on the attitude towards the use of psychoactive substances. We used the Eysenck Personality Scales test, the Ways of Coping Questionnaire, the Burnout Questionnaire, the Satisfaction at Work Questionnaire, the Questionnaire on Special Life Strains on the Self-assessment of Health Questionnaire. We analysed the answers of 390 members of the Slovenian Armed Forces and divided them in the following groups: the healthy, the less healthy (based on sick leave criterion) and participants of missions. The interpretation of the results is based on a presumption that all respondents answered truthfully. The possibility of denial and/or resistance must also be taken into account. The consequences of a particular life strain in the form of

psychological trauma are negligible in respect to the entire sample group. The mission group does not differ from the other two groups (the SK1-Z and the SK2-B) by trauma-related experiences. Based on the presumption that the answers on particular life strains are truthful, the key factors of the distinction between the groups are burn-out and work (dis)satisfaction. The differences between the SK1-Z and the SK2-B group can be explained partly by personal characteristics and the so-called psychosomatic orientation and partly by dissatisfaction with work. The characteristics of the mission group are overall dissatisfaction, cynicism, machismo and distrust. Burnout (cynicism, low self-realization) is a sign of an exhausted/damaged bio-psycho-social well-being, which can lead to absenteeism or to resignation of one's profession/employment. If we make conclusions about the organizational climate from the point of view of satisfaction, the result in the mission group calls for special attention. A change in leadership and in selection procedures is suggested.

KEY WORDS

Basic personality traits, coping with stress, burnout, satisfaction at work, bio-psycho-social well-being, health, psychological trauma.

IZHODIŠČA

Stres

Vsaka sprememba v življenju posameznika lahko zanj predstavlja stres, če prilagajanje na nove razmere preseže njegove sposobnosti (prilagoditvene potenciale). S stresom navadno označujemo negativne posledice zunanjih vplivov, čeprav je stres lahko tudi pozitiven (Selič 1999). Dejavniki tveganja za stres v različnih poklicnih skupinah, na primer med kontrolorji letenja in vozniki tovornjakov, so preobremenjenost, vključevanje v različne prostovoljne dejavnosti in posledično pomanjkanje časa, pretiran nadzor nad opravljenim delom, spolno nadlegovanje na delovnem mestu ter kombinacija nočnega in dopoldanskega dela. Vsi ti stresorji se seštevajo in dolgoročno vplivajo na zadovoljstvo pri delu ter željo po menjavi službe.

»Samoučinkovitost« odraža posameznikovo prepričanje, da lahko uspešno

opravi neko nalogo. »Samoučinkovitost« in podpora iz okolja zmanjšujeta stres in izgorelost – pri nekaterih kulturah je za zmanjšanje stresa pomembnejše individualno, pri drugih pa skupinsko prepričanje v »samoučinkovitost« (Schaubroeck, Lam, Xie 2000). Nekateri avtorji ugotavljajo, da »samoučinkovitost« zmanjša stres le pri osebah, ki uporabljajo aktivne prilagoditvene tehnike. »Samoučinkovitost« je pozitivno povezana z dejansko učinkovitostjo, če je delovna obremenitev majhna, če pa je velika, ta povezava ni statistično pomembna. Občutek nadzora pri delu zmanjša stres samo pri »samoučinkovitih« in pri tistih, ki si ne pripisujejo odgovornosti za morebitni neuspeh. Občutek nadzora in prepričanje, da je delo pravično organizirano, znižata mogoče stroške zdravljenja v naslednjih petih letih, obremenjenost z delom ter konflikt med delom in družino. Zaščitni dejavniki pred stresom so trdnost, optimizem, samozavest ter nadzor nad opravljenim delom, ki je vsebinsko usmerjeno k učinkovitosti in je iz njega mogoče izluščiti koristne sklepe (Van Dick, Wagner 2001). Stres, ki predstavlja izziv, je pozitiven, prinaša večje zadovoljstvo pri delu in manj iskanja druge zaposlitve. Velja tudi obratno: stres, ki se zdi nepremagljiv, je negativen. Zlasti ženske na vodilnih položajih se s stresom spopadejo le, kadar ga ocenijo kot grožnjo socialnim odnosom, in menijo, da je obvladljiv. Osebnostni dejavniki, kot na primer negativno čustvovanje, statistično pomembno ne vplivajo na odnos med stresom in obremenjenostjo pri delu. Pri zaposlitvi za določen čas sta z večjo stresnostjo povezana občutek, da zaposlitev ni zanesljiva, in manjši vpliv pri odločanju (Nandi et al. 2004). Stres zmanjšuje manjša obremenitev z delom, zato je zaposlitev za določen čas vendarle manj obremenjujoča.

Izgorelost

Izgorelost je sindrom, ki je posledica dolgotrajnega delovanja čustvenih in medosebnostnih stresorjev pri delu. Opišemo ga s tremi dimenzijami: to so čustvena izčrpanost (ČI), depersonalizacija (D) in osebna izpolnitev (OI). Čustvena izčrpanost je najpomembnejša dimenzija izgorelosti in pomeni občutek preobremenjenosti in izčrpanosti lastnih psihofizičnih virov.

Depersonalizacija ali cinizem je medosebnostna komponenta izgorelosti; gre za negativen, neobčutljiv, otrdel odnos do dela, sodelavcev in strank (Buunk et al. 2001). Nizko osebno izpolnitev predstavljajo občutki pomanjkanja kompetence, nizke produktivnosti in neuspešnosti pri delu (Maslach, Schaufeli in Leiter 2001). Dejavniki tveganja za izgorelost so večje zahteve pri delu in pomanjkanje

podpore (ali negativna podpora) iz okolja, stres, nevrotičnost, manjša avtonomnost pri delu (za čustveno izčrpanost), previsoki cilji, težave pri usklajevanju med delom in družino (zlasti za čustveno izčrpanost), institucionalno usmerjena družba (za ČI), pomanjkanje občutka, da je poklic cenjen. To velja predvsem pri poklicnih skupinah, ki dajejo različne vrste pomoči ljudem. To so medicinske sestre, socialni delavci, delavci na zavodih za zaposlovanje in v klicnih centrih, skrbniki starejših, vojaki ipd. Ena glavnih razlik med izgorelostjo in depresijo je občutek manjvrednosti. Manjvrednost je pozitivno povezana z depresijo, medtem ko na čustveno izčrpanost nima vpliva. Na občutek manjvrednosti ne vplivajo starost, izobrazba ali ure (trajanje) dela. Vpliva pa spol – ženske se redkeje počutijo manjvredne.

Zaščitni dejavniki pri izgorelosti so »samoučinkovitost« in pozitiven odnos, optimizem, čustvena podpora iz okolja (pozitivna oziroma kadar ni povezana z delom), ekstravertiranost (le za osebno izpolnjenost) in sposobnost dobrega komuniciranja (za depersonalizacijo in osebno izpolnjenost). Posledice izgorelosti najhitreje odpravimo s kognitivno vedenjsko terapijo, svetovanjem in tehnikami sproščanja. Novejše študije odkrivajo izvor izgorelosti predvsem v prepletu zunanjih (administrativna opravila, težke delovne razmere ipd.) in notranjih (osebnostnih) dejavnikov (idealizem, narcisoidnost, perfekcionizem, osebnost tipa A), kot posledico razkoraka med (velikimi) pričakovanji in realnostjo (Bussing, Glaser in Hoge 2001).

Travma in posttravmatska stresna motnja

Travma je neprijetno čustveno doživetje, ki ima dolgo trajajoče učinke na duševnost. Pri ekstremni stresni izkušnji sta posebej pomembna dva občutka: pomanjkanje nadzora in nepredvidljivost dogodkov, ki so vitalnega pomena za posameznika. Občutek izgube nadzora se je izkazal za hujšega kot njegovo pomanjkanje (se pravi, da so bili bolj prizadeti ljudje, ki so imeli pred travmo več nadzora nad svojim življenjem). Doživljanje tako imenovanega posttravmatskega stresnega sindroma (gre za psihološke in vedenjske spremembe po izpostavljenosti različnim travmatičnim doživetjem) ima močno podlago v spremenjeni nevrobiologiji možganov: realno je pričakovati, da bodo travmatična doživetja zahtevala davek na psihosocialni in tudi na biološki ravni (Yehuda et al. 2005). Spomin na travmatične dogodke ne izzveneva tako kot običajno učenje. Hormona norepinefrin in adrenalin, ki se sprožata v travmatičnih situacijah, namreč krepijo dolgotrajni spomin. Ko možgani enkrat

postanejo občutljivi na tako učenje, lahko celo mogoča grožnja sproži ves opisani alarmni somatski sistem.

Pomembno je, da se ljudje, ki trpijo za temi simptomi, naučijo povečati svojo odpornost proti tesnobi in napetosti ter izoblikovati funkcionalen način psihosocialnega delovanja (Carlier, Voerman in Gersons 2000). Različni dejavniki v osebah, neposredni okolici in širšem sistemu lahko omilijo posttravmatske stresne izkušnje ali pa jih poslabšajo (Harvey 1996). Analiza pogostih nefunkcionalnih obvladovalnih (»coping«) mehanizmov kaže na zanikanje problema, pasivnost, beg v dnevno sanjarjenje, pretirano usmerjenost v obtoževanje samega sebe ali pa, nasprotno, zgolj drugih, izogibanje nekaterim okoliščinam ali ljudem ter uživanje psihoaktivnih snovi (McFarlane 1998). Eden izmed odzivov znotraj posttravmatske motnje je kronična oblika žalosti, ki se razvije naprej v depresijo, pri moškem obvladovalnem vedenju pa se utegnejo znaki posttravmatskega stresnega sindroma izraziteje kazati v povečani impulzivnosti in agresivnosti. Treba je tudi poudariti, da se pri moških depresivno razpoloženje bistveno pogosteje prikriva s povečano agresivnostjo, prepirljivostjo in uživanjem psihoaktivnih substanc (Werner 1993, Volpicelli et al. 1999). Večina ljudi simptome travmatske izkušnje (npr. vsiljivi mučni spomini na dogodek, močno vzdražen nevrovegetativni sistem, ki se kaže kot močno povišana tesnoba, izogibalno vedenje) pomembno omili v treh do štirih mesecih. Dramatičen takojšnji odziv pomeni manjše tveganje za pozne, odložene posledice na psihosocialnem področju, kot pa takojšnji odziv v obliki čustvene zamrznitve oziroma neodzivnosti. Pozno razviti ali nepreboleli posttravmatski stresni sindrom v subklinični in klinični obliki pomeni veliko tveganje za zmanjšano delovno zmožnost ter slabšo kakovost biološkega in psihosocialnega funkcioniranja.

PROBLEM IN METODA

Študija obsega dva ključna kompleksa vedenja in doživljanja pripadnikov Slovenske vojske:

- a) poravnavanje s stresom in izgorelost pri delu,**
- b) poravnavanje s travmo in obravnavo posttravmatske stresne motnje.**

Zasnovana je bila, da bi opredelila celotno področje biološkega in psihosocialnega blagostanja oseb (vojakov) ter predlagala načine oziroma strategije znotraj institucije (SV), ki učinke teh stanj preprečuje in/ali zmanjšuje. Poravnavanje s stresom in počutje (v biološkem in psihosocialnem smislu) je pojav z več

razsežnostmi – posledica interakcij med socialnim okoljem, (vojakovo) osebnostjo, življenjskimi navadami, vedenjskimi vzorci, konstitucijo in dedno zasnovu. Študija je v zasnovi temeljila na presejalni analizi zdravja (kot biološkega in psihosocialnega blagostanja), poravnavanja s stresom in izgorevanja/izgorelosti vzorca pripadnikov SV. Prvi del problema študije je bilo vprašanje, kateri psihološki dejavniki delujejo (jih je mogoče prepoznati) pri osebah (vojakih), ki dosegajo višje vrednosti izgorevanja in so posledično manj učinkoviti in manj motivirani za delo. To smo ugotavljali z odkrivanjem razlik med vojaki, ki ne kažejo znakov izgorelosti, in tistimi, ki dosegajo višje vrednosti pri čustveni izčrpanosti in depersonalizaciji, vključno s pogostejšimi pritožbami o telesnih (zdravstvenih) težavah.

Na podlagi **presejalne analize** smo oblikovali **dve skupini** – prvo, ki je manj zdrava in ima višje vrednosti izgorelosti, in drugo, v kateri so pripadniki SV z nižjo vrednostjo izgorelosti in boljšim biološkim in psihosocialnim blagostanjem. Koncept zdravja na biološki ravni smo izvorno nameravali preveriti z vključevanjem ugotovitev rednih zdravstvenih pregledov. Pregled zdravstvenega stanja vojakov izvedbeno ni bil mogoč, zato smo komponento preoblikovali in namesto podatkov z rednih periodičnih pregledov izbranih oseb in ocene njihovega aktualnega zdravstvenega stanja ter pregleda zdravstvenih kartonov za pretekla tri leta izdelali vprašalnik za samooceno zdravstvenega stanja, ki so ga udeleženci izpolnjevali skupaj z drugimi psihodiagnostičnimi instrumenti. Pregled odsotnosti z dela zaradi bolezni (trajanje, razlog) je vključen v samooceno zdravstvenega stanja, SV pa je zagotovila kriterijske podatke. Samoocena zdravstvenega stanja je posameznikova subjektivna splošna ocena njegovega zdravja. Temelji na doživljanju lastnega zdravja in obsega biološke, sociološke in psihološke razsežnosti. Samoocena zdravja odraža obstoječo bolezen, simptome bolezni, dejavnike tveganja za bolezen ali funkcionalno stanje posameznika. Dodatni dejavniki, ki vplivajo na samooceno, so osebna izkušnja z zdravjem, znanje, povezano z zdravjem, in obvladovanje življenjskih okoliščin, kar vodi do značilnega posameznikovega obnašanja v zvezi z zdravjem. Poleg tega vplivajo še duševni, socialni, čustveni in družbenoekonomski dejavniki. Samoocena je povezana tudi s tveganim obnašanjem, predvsem s prehitro vožnjo, telesno nedejavnostjo in nezdravo prehrano. Občutenje lastnega zdravja je okvirno merilo za zdravstveno stanje posameznika, slaba samoocena zdravja pa napovedni dejavnik povečane umrljivosti in večje potrebe po zdravstvenih storitvah; uporablja se za oceno zdravja populacije. Vprašalnik za samooceno

Polona Seljč Maja Rus Makovec in Davorina Petek

zdravstvenega stanja smo sestavili na podlagi pregleda in uporabe številnih virov ter ga predhodno preizkusili na manjši skupini oseb. Uporabljena diagnostična strategija določa koncept zdravja kot biološko in psihosocialno blagostanje ter prinaša možnost novih ugotovitev o povezanosti stresa in izgorevanja, (samoocene) zdravja in organizacijskega ozračja.

Drugi del študije prikazuje prepoznavanje dejavnikov tveganja in zaščite glede prebolevanja travmatične (nasilne) situacije v vojnih ali mirnodobnih razmerah s poudarkom na osebnostnih potencialih (osebnostna struktura, obvladovalni mehanizmi, zmožnost za nadzorovanje svojega položaja, morebitne predhodne travmatične izkušnje), doživljanju pomembnih medsebojnih interakcij in predvsem na odnosu do rabe psihoaktivnih snovi.

Pripomočki

Vprašalnik za samooceno zdravstvenega stanja, EPQ-R (Eysenckove osebnostne lestvice) (Eysenck, H. J. 2003), Načini spoprijemanja s stresom (Folkman in Lazarus, v Lamovec 1994), Izgorevanje (Maslach, v Penko 1994), Zadovoljstvo pri delu (vprašalnik JDI, v Konrad 1994), Spoprijemanje s posebnimi obremenitvami (vprašalnik MINI International Neuropsychiatric Interview, različica 5.0.0., Lestvica samospoštovanja Rosenberg, polstrukturirani intervju glede značilnosti razvojnega obdobja).

Preizkušanci

Po opravljenem zajemu leta 2007 smo zbrali 448 diagnostičnih zvezkov, med katerimi je bilo približno 60 povsem neuporabnih. Ko smo izločili podatke preizkušancev, ki so puščali prazne odgovorne liste, smo v nadaljnjo analizo vključili 390 diagnostičnih zvezkov. Bolniški dopust zaradi bolezni (ne poškodb) smo pri preizkušancih, nastanjenih v Sloveniji, uporabili kot merilo delitve na skupini SK1-Z (zdravi) in SK2-B (bolni oziroma manj zdravi). Vsi preizkušanci so diagnostične zvezke izpolnjevali v vojašnicah, pripadniki misij pa po vrnitvi domov.

Tabela 1: Spol vključenih v študijo

	N	%	Povprečna starost (leta)	Mediana
Moški	342	87,7	30,7 ± 7,70	29
Ženske	48	12,3	31,1 ± 7,02	28
Skupaj	390	100	30,73 ± 7,61	29

Med moškimi in ženskami glede starosti ni statistične signifikantnosti ($p > 0,05$). Populacija (SV) v začetku leta 2008 šteje 6855 pripadnikov, od tega 5908 moških (86,19 %) in 947 žensk (13,81 %). Po spolu obravnavani vzorec ustrezno predstavlja populacijo. Variance se med skupinami razlikujejo statistično značilno (Levenov test: $p < 0,05$) – najmlajši so udeleženci misij, najstarejši iz skupine SK2-B. Skupaj 37,8 % je samskih, nikoli poročenih, od tega največ med udeleženci misij (14,4 % od vseh).

61 % vprašanih nima otrok, od tega največ med udeleženci misij (23,3 % od vseh). 93,9 % se ni (nikoli) razvezalo. Večina živi v mestnem ali vaškem okolju, najmanj v primestnem. Skupaj 78,5 % se s športom ukvarja več kot eno uro na teden – največ med udeleženci misij in v skupini SK1-Z. O največ poškodbah poročajo v skupini SK2-B (10,3 %), udeleženci misij pa o nepomembnih poškodbah (13,8 %), medtem ko so v skupini SK1-Z večinoma brez poškodb (20 %). 70,7 % vseh ni doživelo izgube bližnje osebe – razlik med skupinami ni. Vojaki na misijah imajo krajšo delovno dobo v primerjavi s tistimi v domovini. V SV je razmerje med deležem častnikov, podčastnikov in vojakov 22,8 % častnikov, 30 % podčastnikov in 47,2 % vojakov. V obravnavanem vzorcu je 60 % vojakov, 25,1 % podčastnikov in 14,9 % častnikov oziroma ni podatka o činu. Struktura vzorca se od populacije razlikuje predvsem po večjem deležu vojakov in manjšem deležu častnikov. Najnižjo izobrazbo dosegajo vojaki na misijah. Med službovanjem v SV so dosegli višjo izobrazbo vojaki iz skupin SK1-Z (7,4 %) in SK2-B (7,2 %), med udeleženci misij pa le 2,8 %. Vojaki iz SK2-B in udeleženci misij v večjem deležu odgovarjajo, da ne opravljajo dela, ki bi ga želeli (13,3 % oziroma 13,1 %). 41,8 % vseh vprašanih je želelo napredovati, a jim to ni uspelo, od tega so bili najmanj uspešni udeleženci misij. 66,9 % jih je napredovalo, kot so želeli, od tega največ udeležencev misij. 11,5 % je enkrat zamenjalo formacijsko dolžnost na svojo željo, skupaj 29,5 % pa zaradi službenih potreb, od tega največ iz SK2-B in udeležencev misij. Tvegano uživa alkohol 4,8 % preizkušancev (gre za pitje alkohola s povečanim tveganjem za neugodne posledice na psihosomatski in/ali telesni ravni). Rezultat kaže na manj tvegano vedenje v odnosu do alkohola, kot je to v slovenski populaciji (ocene tveganja 10 %). Ne kadi 56,5 % preizkušancev: 58,9 % v SK1-Z; 59,8 % v SK2-B in 50,8 % med udeleženci misij. Kadi 34,4 % preizkušancev: 31,7 % v SK1-Z, 29,8 % v SK2-B in 41,4 % med udeleženci misij. Včasih je kadilo 9,1 % preizkušancev: 9,4 % v SK1-Z, 10,2 % v SK2-B in 7,8 % v skupini udeležencev misij. Podatki kažejo, da med preizkušanci kadi

Polona Seljč Maja Rus Makovec in Davorina Petek

večji delež, kot so aktualni podatki v Sloveniji (77,2 % nekadilcev, delež kadilcev leta 2006 je 22,8 %), v skupini udeležencev misij je delež kadilcev skoraj še enkrat večji kot je slovensko povprečje. Večina preizkušancev izhaja iz družin z obema staršema – 81,2 %, iz enostarševske družine jih je 15,1 %, z drugimi skrbniki pa je živelo 2,5 %. Zadovoljivo doživetje varnih okoliščin med odraščanjem ima 90,5 %, okoliščine odraščanja so bile večinoma stabilne pri 94,8 %, dobre izkušnje z avtoriteto odraslega zunaj družine je imelo 50,5 %, brez te izkušnje pa je 37,4 % preizkušancev. 9,7 % je imelo izkušnjo z zelo obremenjujočim odnosom s skrbnikom (nenehni konflikti, nasilje), večina (84,8 %) pa takih izkušenj ni doživela. Delež slabe izkušnje s skrbniki je višji pri ženskah. Kot otroci so bili vedenjsko nemirni v 80,2 %, zelo plahih je bilo 4,3 %, posebno nadarjenih (šport, ustvarjalnost, učenje) je bilo po samooceni 12 %.

REZULTATI

Samoocena zdravstvenega stanja

Vojaki so ocenjevali pogostnost težav, s katerimi so se spoprijemali v zadnjih treh letih: finančne težave (prenizki dohodki), stanovanjski problem (nimam rešenega stanovanjskega vprašanja), težave s starši (bolezen, nesoglasja ipd.), težave s partnerjem (nerazumevanje, konflikti), težave z otroki (vzgojni problemi), bolezen partnerja, bolezen otrok, težave v službi (odnosi s sodelavci, podrejenimi, nadrejenimi), težave v službi (neustrezne razmere – materialno-tehnična sredstva), težave z lastnim zdravjem, težave zaradi poškodb (pri delu), težave zaradi poškodb (v prostem času) in druge vrste težav. Pri analizi smo upoštevali samo odgovore, ki presegajo delež 1 % v vzorcu. SK1-Z: 11,6 % finančne težave (prenizki dohodki), stanovanjski problem (nimam rešenega stanovanjskega vprašanja), težave v službi (neustrezne razmere – materialno-tehnična sredstva). SK2-B: 11,8 % finančne težave (prenizki dohodki), težave zaradi poškodb (v prostem času), stanovanjski problem (nimam rešenega stanovanjskega vprašanja), težave v službi (odnosi s sodelavci, podrejenimi, nadrejenimi), težave v službi (neustrezne razmere – materialno-tehnična sredstva). Ta skupina navaja več težav. Udeleženci misij: 9,5 % finančne težave (prenizki dohodki), težave v službi (neustrezne razmere – materialno-tehnična sredstva), stanovanjski problem (nimam rešenega stanovanjskega vprašanja), težave v službi (odnosi s sodelavci, podrejenimi, nadrejenimi). Variance se med skupinami ne razlikujejo statistično značilno (Levenov test: $p > 0,05$), skupine

se ne razlikujejo statistično značilno glede samoocene zdravja in počutja, razen leta 2007, pa še to je minimalno ($p < 0,49$) – izstopa SK2-B.

Pri vseh skupinah v določenem odstotku (10,8 % v SK2-B, 26,9 % v SK1-Z, 27,7 % v skupini udeležencev misij) ni podatka o vrsti zdravstvenih težav.

SK1-Z: Na prvem mestu je pri moških in (glede na večino moških v vzorcu) tudi v celotnem vzorcu najpogostejša težava splošno slabo počutje z utrujenostjo in motnjami spanja (zdravstvene težave s psihološko komponento), in sicer v 17,6 %. Ta zdravstvena težava se pojavlja ločeno ali pa skupaj z drugimi, npr. alergijami in boleznimi mišično-kostnega sistema ter nevrološkimi in psihološkimi težavami. Je najpogosteje opredeljena zdravstvena težava moških v tem vzorcu (SK1-Z). Pri ženskah so zdravstvene težave z zelo različnih področij in popolnoma razpršene. Vzorec žensk je majhen.

SK2-B: Najpogostejša zdravstvena težava v skupini (moški in ženske skupaj) je splošno slabo počutje z utrujenostjo in motnjami spanja, pojavlja se v 19,9 %. Ta zdravstvena težava se pojavlja sama ali skupaj z boleznimi mišic in kosti, psihološkimi težavami (depresivno-anksiozni simptomi) ali z nespecifičnimi nevrološkimi težavami, kot so glavobol, omotičnost, zvonjenje v ušesih, motnje koncentracije.

16,1 % predstavljajo težave v zvezi z mišično-kostnim sistemom, kar lahko povezujemo z naravo dela, ki zahteva telesne napore. Vendar se tudi tukaj v več kot polovici odstotkov (9,2 %) te težave povezujejo s splošnimi (utrujenost) in nespecifičnimi nevrološkimi težavami (3,8 %) ter psihološkimi motnjami (1,5 %). Manjši del (1,5 %) pa je navajal sočasno vrsto zdravstvenih težav: utrujenost, težave gastrointestinalnega trakta in kostno-mišičnega sistema ter depresivno-anksiozna stanja. Kot samostojne bolezenske težave se pojavljajo predvsem bolezni dihal in gastrointestinalne težave. Zdravstvene težave žensk so tudi pri tej skupini razpršene.

UDELEŽENCI MISIJ: Izstopa (v 20,6 %) slabo počutje, ki se v 6,1 % pojavlja v kombinaciji s težavami gastrointestinalnega trakta, v 5,3 % z nevrološkimi težavami, redkeje pa skupaj s prehladom ali v kombinaciji s slabim počutjem in nevrološkimi ter psihološkimi težavami. Bolezni kostno-mišičnega sistema ali poškodbe so kot samostojne zdravstvene težave navedene največkrat. Med udeleženci misij so poškodbe na drugem mestu opredeljenih zdravstvenih težav, medtem ko se v drugih dveh skupinah pojavljajo mnogo redkeje.

Izkušnja izjemno obremenjujočega dogodka

Ena četrtnina (26,6 %) vseh preizkušancev je imela v življenju izkušnjo z izjemno obremenjujočim dogodkom (IOD), in sicer večji delež žensk (50 %) kot moških (25,2 %). 73,8 % preizkušancev je imelo pri tej izkušnji izjemno aktivno vlogo (reševanje položaja in pomoč drugim), 15,5 % pa izrazito pasivno (lahko so samo čakali, da nevarnost mine, potrebovali so pomoč drugih). Vpliv izjemno obremenjujočega dogodka na aktualno psihosocialno delovanje: 8,7 % tistih, ki so mu bili izpostavljeni, je doživelo pri tem močan strah, občutek nemoči ali groze. 7,7 % preizkušancev je doživelo enega ali več simptomov, ki so neposredno povezani s posttravmatsko stresno motnjo (PTSM), 28,1 % je doživelo njene simptome, ki so povezani s povečanim draženjem vegetativnega živčnega sistema oziroma z anksioznostjo, 6,8 % preizkušancev so simptomi PTSM v zadnjem mesecu močno motili pri delu, družabnih dejavnostih oziroma so jim povzročali hude stiske; samo ena oseba (0,9 % – moški iz skupine SK2-B) pa je dosegla klinično pomembna merila za PTSM.

Načini prebolevanja oziroma spopadanja z IOD v skupini vseh preizkušancev s to izkušnjo so opisani s šestimi faktorji, ki pojasnijo do 64 % variance:

F1 ima visoko korelacijo z uživanjem pomirjeval in potrebo po več pogovorih s strokovnjaki ter srednje visoko korelacijo s povečanim uživanjem alkohola, izražanjem jeze, razdražljivostjo, potrebo po več počivanja in umikanjem pred družinskimi člani – dekompenzacija s simptomi PTSM in potreba po strokovni pomoči. Ta faktor ima največji delež razlage prebolevanja oziroma obvladovanja v celotni podskupini.

F2 ima srednje visoko korelacijo s težnjo po obvladovanju lastnih odzivov, da ne bi bili drugi prizadeti, usmerjenostjo v čim večjo delavnost, najlažje v samoti, in trudom, da bi izkušnji dali pomen – obzirnost do drugih in tendenca k sublimaciji.

F3 ima visoko korelacijo s potrebo po druženju z bližnjimi ter željo pomagati ljudem, ki imajo podobne izkušnje – tendenca k povečani intenziteti medosebnih odnosov.

F4 kaže na več razumevanja do drugih in povečano telesno dejavnost – večja empatičnost in obvladovanje simptomov z vadbo.

F5 kaže na težnjo po pogovoru z ljudmi, ki imajo enako izkušnjo, in na pogovore z bližnjimi – verbalizacija izkušnje.

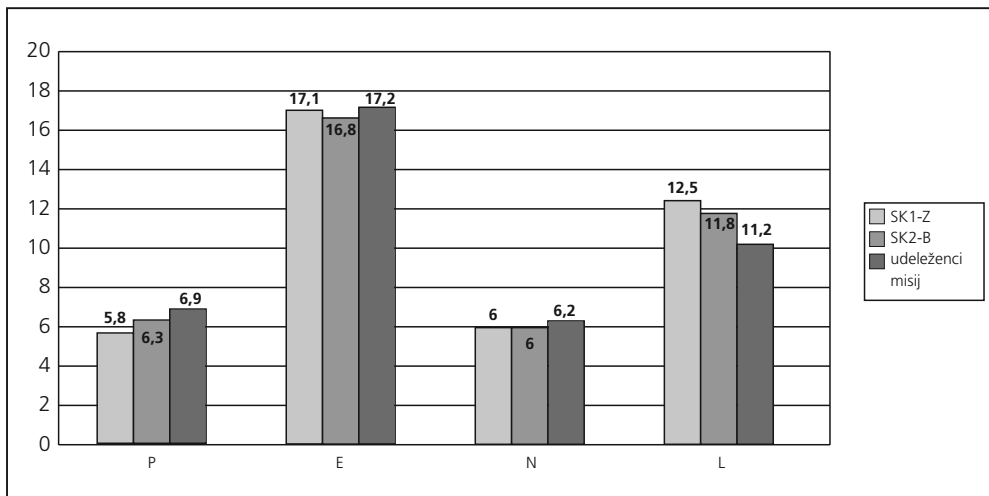
F6 kaže na umikanje pred družinskimi člani – odtujitev od družinskih članov.

Tabela 2: Faktorska analiza o načinih obvladovanja izjemno obremenjujočih dogodkov (vsi z izkušnjo IOD, n = 95)

	Komponenta					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
V1	0,045	0,064	-,097	0,323	0,730	-,037
V2	0,192	0,266	-,038	-,074	-,435	0,423
V3	-,095	0,226	0,250	-,087	-,214	0,700
V4	0,172	0,007	0,265	-,228	0,763	-,049
V5	0,016	0,696	-,006	0,086	0,278	0,222
V6	0,588	0,140	-,473	0,105	-,071	0,227
V7	0,120	-,290	0,251	0,650	0,079	0,343
V8	-,042	0,198	0,097	0,783	0,067	-,146
V9	0,562	0,280	0,061	0,206	0,088	0,182
V10	0,724	-,056	0,281	0,053	0,029	-,122
V11	0,499	0,160	-,018	0,114	0,145	0,573
V12	0,801	0,092	0,086	-,072	0,112	0,008
V13	0,334	0,659	0,363	-,150	-,038	-,067
V14	0,667	0,335	-,354	-,178	-,085	0,131
V15	0,041	0,347	0,702	0,204	0,009	0,045
V16	0,098	0,021	0,766	0,142	0,117	0,202
V17	0,320	0,574	-,149	0,003	-,110	0,143
V18	0,066	0,632	0,289	0,155	-,132	0,120
V19	0,461	0,340	0,315	0,451	-,099	-,309

F1 pojasni 22,91 % variance, F2 12,65 %, F3 9,76 %, F4 6,77 %, F5 6,04 %, F6 5,91 %.

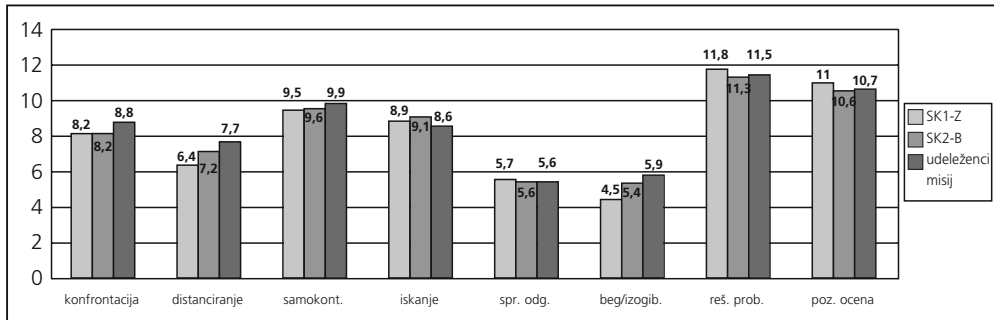
Eysenckove osebnostne lestvice



Graf 1: Razlike med skupinami glede na srednjo vrednost (M) temeljne dimenzije osebnosti: P – psihotocizem; E – ekstraverzija; N – nevroticizem; L – lestvica iskrenosti

(Levenov test $p > 0,05$; ANOVA: $p > 0,05$) – skupine se razlikujejo statistično značilno v dimenzijah P (najvišja vrednost pri udeležencih misij) in L (najvišja vrednost pri SK1-Z). T-test razlik med aritmetičnimi sredinami je statistično pomemben ($p < 0,05$), ko primerjamo SK1-Z in SK2-B na lestvici L ($t = 2,117$), predvsem pa pri SK1-Z in udeležencih misij ($t = 2,862$; $p < 0,01$) na lestvici L ter pri SK1-Z in udeležencih misij na lestvici P ($t = -2,684$; $p < 0,01$). SK1-Z se v dimenziji P pomembno razlikuje od slovenske norme ($p < 0,05$ – velja za moške in ženske), enako SK2-B (za moške $p < 0,01$, za ženske $p < 0,05$), pri udeležencih misij se od norme razlikujejo le moški ($p < 0,01$). Moški v SK1-Z se razlikujejo od slovenske norme v dimenziji N ($p < 0,05$), v tej dimenziji se od norme razlikujejo tudi moški na misijah ($p < 0,01$). V dimenziji L se od norme razlikujejo moški v SK2-B. Po metodi analize glavnih komponent smo s faktorjsko analizo v latentnem prostoru za vsako skupino izločili po dva faktorja. Uporabili smo rotacijo varimax in Kaiserjevo normalizacijo. SK1-Z: F1 pojasni 38,41 % variance, F2 33,54 %. SK2-B: F1 pojasni 38,30 % variance, F2 31,78 %. Udeleženci misij: F1 pojasni 35,71 % variance, F2 34,96 %.

Strategije spoprijemanja s stresom



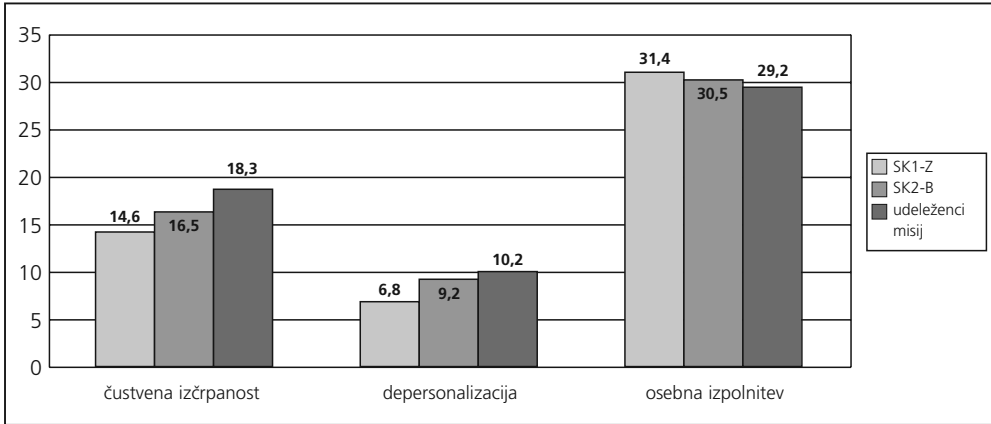
Graf 2: Razlike med skupinami pri spoprijemanju s stresom glede na srednjo vrednost (M)

Glavne štiri strategije spoprijemanja s stresom so reševanje problemov, pozitivna ponovna ocena, samokontrola in iskanje socialne pomoči. Skupine se statistično pomembno razlikujejo pri distanciranju (prednjačijo udeleženci misij, najmanj v SK1-Z). Srednje vrednosti se statistično pomembno razlikujejo pri strategijah:

- distanciranje med SK1-Z in SK2-B ($t = -2,485$; $p < 0,05$) in med SK1-Z in udeleženci misij ($t = -3,597$; $p < 0,01$),
- beg/izogibanje med skupinama udeleženci misij in SK1-Z ($t = -2,629$; $p < 0,01$).

Pri iskanju pomoči, načrtnem reševanju problemov in pozitivni ponovni oceni se vse tri skupine statistično pomembno ($p < 0,01$) razlikujejo od primerjalne skupine slovenskih kriminalistov. Pri obravnavanem vzorcu so srednje vrednosti v vseh skupinah v omenjenih treh dimenzijah bolj izražene. Po metodi analize glavnih komponent smo s faktorjsko analizo v latentnem prostoru za vsako skupino izločili po dva faktorja. Uporabili smo rotacijo varimax in Kaiserjevo normalizacijo. SK1-Z: F1 pojasni 28,33 % variance, F2 27,48 %. SK2-B: F1 pojasni 34,99 % variance, F2 27,42 %. Udeleženci misij: F1 pojasni 41,45 % variance, F2 27,00 %.

Izgorelost



Graf 3: Razlike med skupinami pri izgorelosti glede na srednjo vrednost (M)

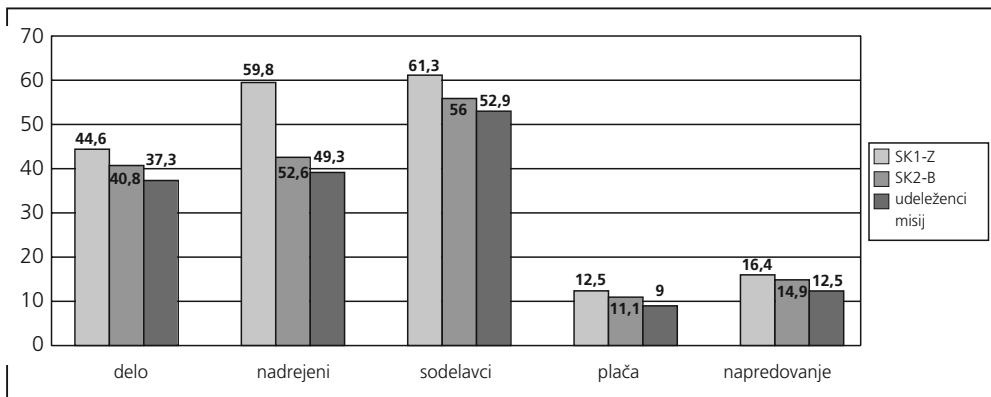
Največja razlika med skupinami je v vrednosti depersonalizacije (močno izstopa skupina udeležencev misij, najmanj pri SK1-Z). Enak odnos je pri čustveni izčrpanosti ob drugačni stopnji pomembnosti (0,000 za D in 0,041 za ČI). Srednje vrednosti dimenzije med skupinami se statistično pomembno razlikujejo pri SK1-Z in udeležencih misij za čustveno izčrpanost ($t = -2,500$; $p < 0,05$), depersonalizacijo ($t = -4,661$; $p < 0,01$) in osebno izpolnitev ($t = 2,212$; $p < 0,05$). Pri skupinah SK1-Z in SK2-B je razlika v srednji vrednosti depersonalizacije ($t = -3,239$; $p < 0,01$).

Vse tri skupine in celotni vzorec dosegajo statistično pomembno višje srednje vrednosti ČI ($p < 0,01$) v primerjavi z reprezentativnim vzorcem slovenskih zdravnikov na primarni ravni zdravstvenega varstva – družinski zdravniki. Primerjava z zdravstveno nego (na primarni ravni zdravstvenega varstva) ne pokaže statistično pomembnih razlik.

Srednja vrednost D je pri skupini SK2-B statistično pomembno višja v primerjavi z družinskimi zdravniki ($p < 0,01$). Srednja vrednost D pri vseh skupinah in celotnem vzorcu (SK2-B $p < 0,05$; drugo $p < 0,01$) je statistično pomembno višja v primerjavi z zdravstveno nego na primarni ravni zdravstvenega varstva. Srednja vrednost OI pri vseh skupinah in vzorcu kot celoti je statistično pomembno nižja v primerjavi z zdravstveno nego ($p < 0,01$), pri skupinah SK2-B, udeležencih misij in celotnem vzorcu je statistično pomembno nižja kot pri družinskih zdravnikih ($p < 0,01$). Srednja vrednost OI se statistično pomembno

ne razlikuje pri SK1-Z. Po metodi analize glavnih komponent smo s faktorско analizo v latentnem prostoru za vsako skupino izločili po en faktor, rotacija ni bila mogoča. SK1-Z: F1 pojasni 60,54 % variance. SK2-B: F1 pojasni 64,92 % variance. Udeleženci misij: F1 pojasni 62,69 % variance.

Zadovoljstvo pri delu



Graf 4: Razlike med skupinami pri zadovoljstvu z delom glede na srednjo vrednost (M)

Največje razlike med skupinami so pri dimenzijah delo, nadrejeni in sodelavci. Najvišje vrednosti dosega SK1-Z, najnižje udeleženci misij. Enaka težnja je tudi pri plači in napredovanju. Primerjava srednjih vrednosti (t-test) takšen odnos potrdi.

Primerjava s slovensko normo pokaže statistično pomembno odstopanje pri dimenzijah napredovanje in plača za vse skupine in celotni vzorec ($p < 0,01$) – vse vrednosti so pomembno pod normo. Statistično pomembno odstopanje srednje vrednosti od norme – preseganje – (t-test) je v SK1-Z pri dimenziji sodelavci ($p < 0,01$), v skupinah SK1-Z in udeleženci misij pa pri nadrejenih ($p < 0,01$) in delu ($p < 0,01$). V SK1-Z obe srednji vrednosti presegata normo, pri skupini udeleženci misij pa sta obakrat pomembno pod njo.

Po metodi analize glavnih komponent smo s faktorско analizo v latentnem prostoru za vsako skupino izločili po en faktor, razen za udeležence misij, pri katerih smo izločili dva faktorja in pri tem uporabili rotacijo varimax in Kaiserjevo normalizacijo. SK1-Z: F1 pojasni 43,57 % variance. SK2-B: F1 pojasni 50,25 % variance. Udeleženci misij: F1 pojasni 37,20 % variance, F2 31,30 %.

OPIS REZULTATOV IN RAZPRAVA

Opis rezultatov

Precejšen delež zdravstvenih težav je neopredeljen. Svoje zdravje in počutje v letu 2007 najnižje ocenjuje skupina SK2-B, kar je edina statistično pomembna razlika med skupinami. Med opredeljenimi je na prvem mestu nespecifična zdravstvena težava, in sicer splošno slabo počutje z motnjami spanja. Dodatni dejavnik psihološkega ozadja je sočasno pojavljanje te težave z nespecifičnimi nevrološkimi težavami, kot so glavobol, omotičnost in zvonjenje v ušesih. Te imajo prav tako največkrat psihološki izvor in ne predstavljajo jasne bolezenske entitete. Poleg se pojavljajo še depresivno-anksiozni znaki, ki nikoli niso samostojna zdravstvena težava. To je razumljivo, ker zgoraj opisani simptomi spadajo tudi med simptome znotraj navedene motnje.

Samostojne zdravstvene težave so predvsem iz skupine infektov (infekti dihal, gripa), verjetno vsaj delno težave gastrointestinalnega trakta ter kostno-mišičnega sistema, kar je glede na naravo dela in verjetno večje telesne obremenitve razumljivo.

Ženske predstavljajo majhno skupino, njihove zdravstvene težave so bolj razpršene, posebno ker je tudi pri njih velik del neopredeljen oziroma ni podatka. Ena četrtnina vseh preizkušancev (26,6 %) je imela v življenju izkušnjo z izjemno obremenjujočim dogodkom (IOD), in sicer večji delež žensk (50 %) kot moških (25,2 %). Med skupinami ni statistično pomembnih razlik. 73,8 % preizkušancev je imelo pri takšnem dogodku izjemno aktivno vlogo (reševanje položaja in pomoč drugim), 15,5 % pa izrazito pasivno (lahko so samo čakali, da nevarnost mine, potrebovali so pomoč drugih). Samo ena oseba (0,9 % vseh, iz SK2-B) je dosegla klinično pomembna merila za PTSM. Verjetno je ravno zelo pogosta, pretežno aktivna vloga ob travmatskih dogodkih pomemben preventivni dejavnik, saj se kaže nizek odstotek klinično pomembne PTSM (v različnih nekliničnih raziskovalnih vzorcih pogostost med 3 do 7 %). Kot varovalni dejavnik opredelimo tudi okoliščine odraščanja, saj je velika večina živela v stabilnih in zadosti dobrih družinskih razmerah, z razmeroma redko izkušnjo zelo obremenjujočih odnosov s starši. Polovica jih je imela še dodatno zelo dobro izkušnjo z odraslo avtoriteto zunaj družine. V zelo visokem deležu so se ocenili kot vedenjsko nemirni otroci, kar kaže na zelo dobro primarno energetske opremljenost in (verjetno) potrebo po strukturiranosti pri delovanju.

Zdravi – SK1-Z

Osebnostne lastnosti: Psihoticizem pri moških in ženskah presega normo. Ekstraverzija pri moških je enaka normi, pri ženskah statistično nepomembno pod njo. Od vseh skupin SK1-Z dosega najvišjo vrednost lažnivosti, normo presega pri psihoticizmu in nevroticizmu (samo moški). Latentni osebnostni prostor SK1-Z opisujeta dva faktorja: prvi je TREZNI DOGMATIZEM (treznost, zadržanost, hladnost, agresivnost, dominantnost, dogmatizem), drugi pa SAMOZAUPANJE (nekonformizem, odkritost, iskrenost, zaskrbljenost in čustvenost).

Štiri glavne strategije spoprijemanja s stresom so reševanje problemov, pozitivna ponovna ocena, samokontrola in iskanje socialne pomoči. Pri distanciranju dosega skupina SK1-Z najnižje vrednosti, statistično pomembno nižje od SK2-B in udeležencev misij. Srednja vrednost pri strategiji beg/izogibanje je pomembno višja kot pri udeležencih misij.

V latentnem prostoru spoprijemanje s stresom pri SK1-Z opisujeta dva faktorja: prvi je ODGOVORNO REŠEVANJE PROBLEMOV (približevanje, načrtno reševanje problemov, iskanje socialne pomoči, sprejemanje odgovornosti, samokontrola), drugi pa DISTANCIRANA ELABORACIJA (beg/izogibanje, distanciranje, sprejemanje odgovornosti, konfrontacija).

Izgorelost: Dosegajo najnižje vrednosti čustvene izčrpanosti in depersonalizacije ter najvišjo osebno izpolnitev. Srednja vrednost pri SK1-Z se od skupine udeležencev misij pomembno razlikuje pri depersonalizaciji, čustveni izčrpanosti in osebni izpolnitvi, od skupine SK2-B pa pri depersonalizaciji. Latentni prostor opisuje faktor ČUSTVENE IZČRPANOSTI.

Zadovoljstvo z delom, sodelavci in nadrejenimi presega normo, zadovoljstvo s plačo in napredovanjem pa ne. Med vsemi tremi skupinami dosega najvišje vrednosti pri vseh komponentah zadovoljstva.

Latentni prostor opisuje faktor ZADOVOLJSTVO Z DELOVNO ORGANIZACIJO (delo, nadrejeni, sodelavci, možnosti napredovanja).

Manj zdravi – SK2-B

Osebnostne lastnosti: Psihoticizem pri moških in ženskah presega normo, pri ženskah je manjši kot v skupini zdravih. Ekstraverzija je pri moških pod normo, pri ženskah nad njo. Razlika ni statistično pomembna. Moški iz te skupine dosega nižje vrednosti ekstraverzije kot moški iz skupine zdravih, pri ženskah je ravno nasprotno. Nevroticizem je pri moških višji od norme, pri ženskah pa

nižji. Razlik s skupino zdravih ni. Lažnivost pri moških in ženskah ne dosega norme, pri moških je nižja od skupine zdravih, pri ženskah višja. Latentni prostor opisujeta dva faktorja: prvi je INTROSPEKTIVNOST IN ZASKRBLJENOST (zaprtost vase, introspektivnost, zadržanost, hladnost, zanesljivost, pesimizem, etičnost, prestrašenost, zaskrbljenost, spreminjajoče razpoloženje, depresivnost), drugi pa BRUTALNA ODKRITOST (iskrenost, odkritost, nekonformnost, brezobzirnost, pomanjkanje empatije).

Pri **spoprijemanju s stresom** prevladujejo reševanje problemov, pozitivna ponovna ocena, samokontrola in iskanje socialne pomoči. Latentni prostor opisujeta dva faktorja: prvi je USMERJENOST NA REŠITEV (načrtno reševanje problemov, pozitivna ponovna ocena, iskanje socialne pomoči in sprejemanje odgovornosti), drugi pa UMIK (beg/izogibanje, distanciranje, konfrontacija).

Izgorelost: Dosegajo višje vrednosti čustvene izčrpanosti in depersonalizacije kot zdravi in v primerjavi z njimi nižjo vrednost osebne izpolnitve. Latentni prostor opisuje en faktor; med vsemi skupinami ta faktor izgorelosti pojasni največ variance in ga glede na nasičenost poimenujemo DEPERSONALIZACIJA.

Zadovoljstvo z delom in sodelavci je enako normi, zadovoljstvo z nadrejenimi je nekoliko pod normo, še bolj pod njo pa je zadovoljstvo s plačo in napredovanjem. Del latentnega prostora opisuje faktor, ki ga poimenujemo NEZADOVOLJSTVO Z DELOM.

Udeleženci misij

Osebnostne lastnosti: Psihoticizem moških in žensk presega slovensko normo, med moškimi je v tej skupini najvišji, med ženskami najnižji. Ekstraverzija pri moških ne dosega norme, pri ženskah je enaka normi. Moški na misijah dosega višje vrednosti ekstraverzije kot tisti iz skupine bolnih in nižje v primerjavi z zdravimi. Ženske na misijah pa dosega nižje vrednosti ekstraverzije v primerjavi z bolnimi in višje v primerjavi z zdravimi.

Nevroticizem moških na misijah presega normo, pri ženskah je nasprotno. Moški na misijah dosega najvišje vrednosti nevroticizma. Lažnivost pri moških in ženskah ne dosega norme, moški in ženske na misijah dosega najnižje vrednosti na lestvici lažnivosti. Latentni prostor opisujeta dva faktorja: prvi je TRDI MAČIZEM (odkritost, nepripravljenost na prilagajanje, samotarstvo, težavnost (v medosebnih odnosih), utrudljivost, nezmožnost

vključevanja, krutost, nehumanost, pomanjkanje empatije, sovražnost do drugih, avanturizem, neustrašnost, agresivnost, slabša socializacija, šibkejši superego), drugi pa NEZAUPLJIVA RAZDRAŽLJIVOST (zaprtost vase, nedružabnost, prestrašenost, zaskrbljenost, spreminjajoče razpoloženje, depresivnost, iracionalni odzivi, močno čustvovanje, nenehna zaskrbljenost).

Štiri glavne **strategije spoprijemanja s stresom** so reševanje problemov, pozitivna ponovna ocena, samokontrola in iskanje socialne pomoči. Latentni prostor opisujeta dva faktorja: prvi je (SAMO)DOKAZOVANJE (načrtno reševanje problemov, pozitivna ponovna ocena, iskanje pomoči, sprejemanje odgovornosti), drugi pa ZANIKANJE (beg/izogibanje, distanciranje, samokontrola).

Izgorelost: Po dimenzijah izgorelosti kažejo največ izgorelosti – med vsemi skupinami najvišjo čustveno izčrpanost in depersonalizacijo in najnižjo osebno izpolnitev. Posebej izstopa depersonalizacija. Latentni prostor opisuje en faktor – CINIZEM.

Morebitna (zanikana) travmatska doživetja močno zvišajo pogostost psihiatričnih motenj. Na možnost prikrite PTSM opozarja factorska struktura pri temeljnih osebnostnih lastnostih – k znakom prevelike vzdraženosti štejemo tesnobo in razdražljivost, izbruhe jeze, težave z zbranostjo, prepogosto budnost, motnje spanja in pretirane odgovore strahu. Vse komponente **zadovoljstva** so pod normo, izstopa (ne)zadovoljstvo s plačo, napredovanjem, delom in nadrejenimi. Latentni prostor opišemo z dvema faktorjema: prvi je NEZADOVOLJSTVO S KOLEKTIVOM, drugi pa NEZADOVOLJSTVO Z NAGRAJEVANJEM.

Razprava

Namen študije je bil prepoznati dejavnike oziroma značilnosti, po katerih se zdravi (SK1-Z) razlikujejo od manj zdravih (SK2-B), in morebitne posebne obremenitve, ki smo jih pričakovali pri vojaki na misijah. Rezultate razlagamo na podlagi opravljenih analiz ob domnevi, da so preizkušanci iskreno odgovarjali na vprašalnike. Med zdravstvenimi težavami izstopajo ob nespecifičnih nevroloških težavah, kot so glavobol, omotičnost in zvonjenje v ušesih, pritožbe o splošnem slabem počutju in motnjah spanja. Pripisujemo jih psihogenemu izvoru, še posebno zato, ker jih spremljajo depresivno-anksiozni znaki. Le četrtnina vseh preizkušancev (26,6 %) je imela v življenju izkušnjo z izjemno obremenjujočim dogodkom in samo ena oseba iz SK2-B (0,9 %) je dosegla klinično pomembna merila za PTSM. Obravnavani vzorec ni obremenjen ne z

Polona Seljč Majša Rus Makovec in Davorina Petek

resnimi okvarami zdravja ne s PTSM, slabše počutje predvsem v skupinah SK1-Z in pri udeležencih misij razložimo z neustreznimi pričakovanji in nezadovoljstvom. Odstopanje od slovenske norme pri osebnostnih lastnostih deloma razloži posebnost oziroma selekcioniranost poklicne skupine.

Presenečajo pomembne razlike v vrednostih izgoreslosti v primerjavi z zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi na primarni ravni, še zlasti, če upoštevamo naravo dela na primarni ravni zdravstvenega varstva (količina in intenzivnost stikov z bolniki, odgovornost, časovna stiska ipd.). Ena od mogočih razlag je, da gre pri medicinskih delavcih za boljše dojetje smiselnosti takih obremenitev. Odstopanje od norme pri zadovoljstvu z delom je mogoče minimalizirati s potrebo po reviziji vrednosti za posamezne postavke (mogoča zastarelost podatkov), kar pa ne spremeni simptomatskih razmerij znotraj obravnavanega vzorca.

V nadaljevanju se bomo usmerili izključno na razpravo o rezultatih vseh treh skupin pripadnikov Slovenske vojske.

Pri spoprijemanju s stresom je hierarhija preferenc (strategij spoprijemanja) na manifestni ravni enaka pri vseh skupinah, v latentnem ozadju pa smo prepoznali nekaj posebnosti. Pri SK1-Z poleg usmerjenosti na problem izstopa odgovornost – dejanska ali perceptivna, lahko pa tudi občutek odgovornosti za blagostanje drugih, kar prinaša mnoge dodatne napetosti, skrbi in včasih tudi težave v medosebnih odnosih (s sodelavci, tudi v zasebnem življenju). Občutek odgovornosti za druge lahko zavira uspešno spoprijemanje s stresnimi obremenitvami in tudi odločanje. Pri SK2-B poleg problemske usmerjenosti izstopa umik(anje), kar razlagamo s ponavljajočimi se opravili, občutki prenasičenosti in pomanjkanjem nadzora. Prenasičenosti se neredko pridružita apatija in manjša občutljivost za svet okoli sebe. Kaže, da sta za delovni položaj teh vojakov značilni preobremenjenost in prenasičenost z delovnimi nalogami. Z umikom in depersonalizacijo povezujemo intelektualizacijo kot spoprijemanje s pomanjkanjem nadzora – (pre)malo delovne avtonomije in svobodnega odločanja ter časovna razporejenost brez možnosti soodločanja. Nadzor in avtonomija sta povezana z ravnijo v hierarhiji tudi znotraj vojske. Osebe v položaju omejene avtonomije zdrsnejo v pasivnost in izogibanje odgovornosti. Vojaki v skupini udeležencev misij kažejo zanikanje ali odpor do sodelovanja (nepripravljenost, prenos nezadovoljstva z delodajalca na izvajalce študije). Čustva najbrž pretežno uravnavajo z obrambnimi mehanizmi, ki nastopijo, ko okolje ne daje ustrezne podpore in/ali nasprotuje posameznikovim ciljem.

Ključna dejavnika razlikovanja med skupinami sta izgorelost in (ne)zadovoljstvo z delom. Razlike med SK1-Z in SK2-B pojasnujemo deloma z osebnostnimi značilnostmi in t. i. psihosomatsko naravnostjo (pri SK2-B), deloma pa z nezadovoljstvom z delom, pri čemer razlaga ni linearna/kavzalna, saj se lahko depresivnost in zaskrbljenost pojavljata kot povod ali posledica pri depersonalizaciji (kot komponenti izgorelosti), ta pa varuje osebo pred potencialno (pre)močnim čustvenim vzburjenjem. Vojaki v skupini SK2-B so starejši (v primerjavi s SK1-Z), manjši del slabšega biološkega in psihosocialnega blagostanja (vključno s pogostejšimi in težjimi poškodbami) lahko pojasni tudi ta dejavnik. Skupina SK2-B nasploh poroča o več različnih težavah (izstopa predvsem leto zajema podatkov – aktualne težave), kar deloma pripišemo osebnostnim značilnostim in deloma okoliščinam (odnosu do dela in delodajalca, delovnim razmeram ipd.).

Za skupino udeležencev misij so značilni splošno nezadovoljstvo, cinizem, mačizem in nezaupanje, pri čemer razumemo osebnostne značilnosti kot stabilni dejavnik (mačizem, nezaupljivost, razdražljivost), cinizem in splošno nezadovoljstvo pa kot rezultat delovanja okolja, sistema, pričakovanj ipd. Neugodna kombinacija pasivnosti in prevelike impulzivnosti – gre za poskus nekakšnega uravnoveženja z zmanjšano odzivnostjo na vsakodnevne dražljaje in pretiranim odzivanjem na določene dražljaje – lahko povzroči izrazito disfunkcionalnost (vrednosti osebnostnih lestvic, spoprijemanje s stresom in depersonalizacija/ cinizem). Izgorelost (cinizem, nizka osebna izpolnitev) je znak izčrpanega oziroma okvarjenega biološkega in psihosocialnega blagostanja, ki lahko vodi v absentizem ali opustitev poklica oziroma dela. Vojaki v skupini udeležencev misij so najmlajši znotraj obravnavanega vzorca, kar lahko pojasni del izgorelosti (mladost, manj delovne dobe, manj izkušenj). Pripadniki te skupine so večinoma samski in brez otrok, kar po eni strani pomeni manjšo odgovornost za druge (družino), po drugi pa šibkejšo socialno podporo. Kljub temu je treba opozoriti, da je (ne)zadovoljstvo pomembno povezano s fluktuacijo in absentizmom. Če iz zadovoljstva sklepamo na organizacijsko ozračje, je rezultat v skupini udeležencev misij vreden posebne pozornosti.

Predlogi in sklepi, ki izhajajo iz ključnih ugotovitev

Obravnavana skupina pripadnikov Slovenske vojske ni obremenjena ne z resnimi okvarami zdravja ne s PTSM, slabše počutje predvsem v skupinah SK2-B in pri udeležencih misij razložimo z neustreznimi pričakovanji in

nezadovoljstvom. Ključna dejavnika razlikovanja med skupinami sta izgorelost in (ne)zadovoljstvo z delom. Predlogi zajemajo ukrepe, ki bi lahko vplivali na (ne)zadovoljstvo, absentizem, slabše počutje in zapuščanje službe v Slovenski vojski.

1. Predlagamo spremembo pri upravljanju človeškega kapitala v Slovenski vojski, tako da se bo krepila poklicna identiteta, blažila oziroma zmanjševala konfliktnost in/ali nejasnost (poklicnih) vlog ter delovna obremenitev. Za to je treba povečati in/ali krepiti kompetence vodij.
2. Izbirni postopek za sprejem v Slovensko vojsko bi bilo nujno dopolniti s testom temeljnih osebnostnih lastnosti ter izločiti kandidate, ki presegajo normirane vrednosti za nevroticizem in psihoticizem.
3. Vodje oziroma nadrejeni naj bi več pozornosti namenjali veščinam v medosebnih odnosih, dosedanjim delovnim izkušnjam in prevzemanju varovalnih strategij (netekmovalne fizične aktivnosti, konjički).
4. Ključni premik bi bilo mogoče doseči s krepitvijo skupinske povezanosti in kakovosti odnosov v enotah ter z izvajanjem programa proti izgorevanju znotraj organizacije (SV). Tako bi razvijali veščine v medosebnih odnosih ter oblikovali socialno podporo znotraj kolektiva.
5. Ne glede na hierarhični in subordinacijski model organizacije (SV) je potrebna in mogoča takšna (re)organizacija dela, ki omogoči posamezniku, da ustrezno uporabi svoje veščine in sposobnosti ter ima občutek, da lahko nadzoruje svoje delo. Nujni pogoj za to je krepitev veščin za upravljanje človeškega kapitala pri vodjih.

LITERATURA

- Bussing, A., Glaser, J., Hoge, Th., (2001): *Screening version for the assessment of work load in inpatient nursing. Diagnostica. Vol 47(2), 77–87.*
- Buunk, B.P., Ybema, J.F., Gibbons, F.X., Ipenburg, M., (2001): *The affective consequences of social comparison as related to professional burnout and social comparison orientation. European Journal of Social Psychology. Vol 31(4) Jul–Aug. 337–351.*
- Carlier, I.V., Voerman, A.E., Gersons, B.P., (2000): *The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. Br J Med Psychol.; 73 (Pt 1): 87–98.*
- Eysenck, H.J., (2003): *Eysenckove osebnostne lestvice (prevod Kobilica, K.), 2. izdaja. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva.*
- Harvey, M.R., (1996): *An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. Journal of Traumatic Stress; 9: 3–23.*
- Konrad, E., (1994): *Osebnost v delovni situaciji. V: Lamovec, T. (ed.) Psihodiagnostika osebnosti I, Ljubljana: Filozofska fakulteta, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete, str. 295–322.*

- Lamovec, T., (1994): *Spoprijemanje s stresom*. V: Lamovec, T. (ed.) *Psihodiagnostika osebnosti I*, Ljubljana: Filozofska fakulteta, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete, str. 85–102.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., (2001): *Job burnout*. *Annual Review of Psychology*. Vol 52, 397–422. <http://psych.annualreviews.org/>
- Nandi, A., Galea, S., Tracy, M., Ahern, J., Resnick, H., Gershon, R., Vlahov, D., (2004): *Job loss, unemployment, work stress, job satisfaction, and the persistence of posttraumatic stress disorder one year after the September 11 attacks*. *J Occup Environ Med*; 46(10): 1057–1064.
- Penko, T., (1994): *Izgorelost pri delu*. V: Lamovec, T. (ed.) *Psihodiagnostika osebnosti I*, Ljubljana: Filozofska fakulteta, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete, str. 323–337.
- Schaubroeck, J., Lam, S.S.K., Xie, J.L., (2000): *Collective efficacy versus self-efficacy in coping responses to stressors and control: A cross-cultural study*. *Journal of Applied Psychology*. Vol 85(4) Aug, 512–525. <http://www.apa.org/journals/apl.html>
- Selič P., (1999): *Psihologija bolezni na časa. Ljubljana, Znanstveno in publicistično središče*.
- Van Dick, R., Wagner, U., (2001): *Stress and strain in teaching: A structural equation approach*. *British Journal of Educational Psychology*. Vol 71(2) Jun, 243–259.
- Volpicelli, J., Balaraman, G., Hahn, J., Wallace, H., Bux, D., (1999): *The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and Alcohol Addiction*. *Alcohol Research & Health*; 23 (4): 256–262.
- Werner, E.E., (1993): *Risk, Resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study*. *Development and Psychopathology*; 5: 503–515.