

Razvoj Vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti (SAI) in preverjanje izhodišča Recipročnega modela izgorelosti

*Andreja Pšeničny**

Inštitut za razvoj človeških virov, Ljubljana

Povzetek: V prispevku predstavljamo oblikovanje novega Vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti (SAI). Nastal je na osnovi Recipročnega modela izgorelosti s povezovanjem podatkov iz strokovnih virov ter raziskovalnega dela v okviru Inštituta za razvoj človeških virov iz Ljubljane. Oblikovali smo vprašalnik, ki razlikuje med posameznimi stopnjami izgorelosti in njihovimi značilnimi znaki. Cilj raziskave, ki smo jo s tem vprašalnikom in Vprašalnikom zadovoljenosti potreb izvedli na 225 osebah, je bilo: (i) preveriti razlike v stopnji izgorelosti med demografskimi skupinami, (ii) ugotoviti razlike v prisotnosti znakov zvišane in znižane ravni kortizola med razredi izgorelosti, (iii) preveriti, ali se med adrenalno izgorelostjo po zlomu spremenijo vrednote, osebnostne značilnosti in samopodoba, in (iv) preveriti, ali je izgorelost povezana z zadovoljenostjo temeljnih potreb. Rezultati so pokazali, da sindrom izgorelosti v enaki meri ogroža vse demografske skupine, tudi nezaposlene osebe. V zadnjem razredu "adrenalni izgorelosti po adrenalnem zlomu" lahko pride do sprememb vrednot in osebnostnih značilnosti. Med izgorelostjo se spreminja več vidikov samopodobe. Močna obratno sorazmerna povezanost med stopnjo izgorelosti in oceno zadovoljenosti potreb se ujema z izhodiščem Recipročnega modela izgorelosti.

Ključne besede: sindrom adrenalne izgorelosti, izgorelost, recipročni model izgorelosti, vprašalniki

Development of Adrenal Burnout Syndrom Questionnaire and testing the basis of Reciprocal Burnout Model

Andreja Pšeničny

Institute for development of human resources, Ljubljana, Slovenia

Abstract: The paper presents the new Adrenal Burnout Syndrome Questionnaire (ABS Questionnaire). The questionnaire is based on the Reciprocal Burnout Model, combining the existing academic findings with the research efforts of the Inštitut za razvoj človeških virov (Institute for Human Resources Development), Ljubljana. The questionnaire distinguishes among separate stages of burnout and correlates them with their characteristic symptoms. The survey has been conducted on 225 participants, employing the ABS Questionnaire and the Questionnaire on the Basic Needs Fulfilment. The objectives of the survey were: (i) to investigate the burnout level in different demographic groups; (ii) to examine the presence of the symptoms of both increased and decreased cortisol levels in different burnout classes; (iii) to explore whether personal values, personality traits and the self-concept change in the period of the adrenal burnout following the break of the HPA axis, and (iv) to examine whether the burnout is

* Naslov / Address: Andreja Pšeničny, Inštitut za razvoj človeških virov, Gasilska 19, 1000 Ljubljana, e-mail: andreja.psenicny@guest.arnes.si

related to the fulfilment of basic needs. The results indicated that the burnout syndrome may affect all demographic groups (including the unemployed) equally. In the last stage (the adrenal burnout after the break of the HPA axis) the change in values and personality may occur. Various facets of self-concept change during the burnout. Strong inverted correlation between the level of burnout and the rating of the level of the needs satisfaction is in accordance with the key assumption of the Reciprocal Model of Burnout.

Key words: adrenal burnout syndrome, burnout, reciprocal burnout model, questionnaires

CC = 2226

V razvitih industrijskih državah je izgorelost (angl. *burnout*) ena od najpomembnejših zdravstvenih tem. Na Nizozemskem je izgorelost v zadnjih letih najpogostejša diagnoza v kategoriji "psiholoških zdravstvenih težav" (Bekker, Croon in Bressers, 2005), ki so razlog za bolniško odsotnost z delovnega mesta. Na Švedskem je izgorelost medicinska diagnoza, 7,4 % populacije pa kaže znake močne izgorelosti (Hallsten, Josephson, in Torgén, 2005). Schaufeli in Enzmann (1998) ter Schaufeli in Buunk (2002) poročajo, da je približno 7 % belgijske populacije resno izgorele. Podobne podatke navaja finska raziskava (Kalimo, 1999). Danski viri (Kristensen, Borritz, Villadsen in Christensen, 2005) poročajo o več kot 10 % močno izgorelih v populaciji. Po tem lahko presodimo, da v zahodnoevropskih državah izgorelost postaja velik zdravstveni problem; še bolj pereč je, če se zavedamo, da se lahko "prenaša" med zaposlenimi (Bakker, Demerouti in Schaufeli, 2003).

Večina raziskovalcev je merila izgorelost v posameznih poklicnih skupinah (zlasti s področja zdravstva, socialnega dela ipd.) in na nereprezentativnih vzorcih. Raziskav, opravljenih na reprezentativnih vzorcih splošne populacije, je malo. Večina rezultatov študij, opravljenih na manjših vzorcih, pravi, da je ta motnja pogostejša med ženskami, da so bolj ogroženi starejši zaposleni, menedžerji in samostojni podjetniki ter višje izobraženi ljudje (Cole, Selahadin, Shannon, Scott in Eyles, 2002; Hakanen, 1999; Lundberg, Mårdberg in Frankenhaeuser, 1994; Matt in Dean, 1993; Mesler in Capobianco, 2001; Mirowsky, 1996; Newbury-Birch in Kamali, 2001; Preston, 1995; Schieman, Van Gundy in Taylor, 2001; Williams, Barefoot, Blumenthal in Helms, 1997). Po rezultatih finske študije (Ahola idr., 2006), ki je zajela reprezentativen vzorec splošne populacije, pa obstajajo le majhne razlike med različnimi populacijskimi skupinami (različnimi glede na spol, starost, izobrazbo, vrsto delovnega mesta, socioekonomski status). V Sloveniji študije, ki bi bila opravljena na splošni populaciji, še ni.

Raziskovalci izgorelosti za merjenje sindroma izgorelosti uporabljajo različne vprašalnike. Maslach Burnout Inventory (Maslach in Jackson, 1986), ki je najpogostejše v rabi, je usmerjen predvsem na vedenje in odzive v delovnem okolju, ne obsega pa intrapersonalnih dejavnikov. Zato smo se odločili za razvijanje novega vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti (Vprašalnika SAI), ker tudi drugi pogosto uporabljani vprašalniki – to so (1) Pines' Burnout Scale (Pines in Aronson, 1988); (2) Shirom-

Melamed Burnout Measure (Melamed, Kushnir in Shirom, 1992) in (3) Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen, Borritz, Villadsen in Christensen, 2005), ki so sicer v manjši meri usmerjeni na delovno okolje – ne razlikujejo med izgorevanjem in adrenalno izgorelostjo ter ne obsegajo intrapersonalnih dejavnikov, kot sta storilnostno pogojena samopodoba in notranja (introjektna) motivacija, ki vplivata na odnos do zadovoljevanja lastnih potreb, a tudi ne spoznanj raziskav o vlogi kortizola pri tej motnji.

Izhajali smo iz Recipročnega modela izgorelosti (RMI) (Pšeničny, 2006), po katerem je vzrok za izgorevanje in izgorelost neravnovesje (nerecipročnost) med vlaganjem (črpanjem) energije (telesne, čustvene, kognitivne) in zadovoljevanjem potreb (obnavljanjem energije) ter odzivanjem oseb na nerecipročne situacije (osebne lastnosti) v življenjskih in delovnih okoliščinah. Nastal je s povezovanjem podatkov iz strokovnih virov in raziskovalnega dela v okviru Inštituta za razvoj človeških virov iz Ljubljane. Želeli smo razviti vprašalnik, ki bo razlikoval med posameznimi stopnjami izgorelosti in njihovimi značilnimi znaki ter s tem pripomogel k prepoznavanju zadnje stopnje izgorelosti adrenalne izgorelosti (Pšeničny, 2006).

Ker smo želeli ugotoviti tudi povezavo med oceno zadovoljenosti temeljnih potreb in izgorelostjo, smo oblikovali še kratek Vprašalnik zadovoljenosti potreb (VZP) iz osmih postavk, ki temelji na Maslowovi hierarhiji potreb (Maslow, 1971). Z njim smo preverjali, kako osebe ocenjujejo zadovoljenost posameznih skupin potreb.

Potrebe

Teoretiki motivacije različno definirajo pojem potrebe: potrebe so stanja organizmičnega primanjkljaja, neravnovesja (ali tudi preobilja), ki zahtevajo vnovično uravnoteženje; potreba je vsaka motivacijska sila, ki je pomembna za življenje, rast in subjektivno blagostanje. Pomemben pogoj je, da deluje v najrazličnejših okoliščinah, ne le v specifičnih razmerah. Kadar onemogočimo zadovoljevanje potrebe, temeljna motivacija nujno vodi k škodljivim posledicam na področju zdravja in adaptacije. Po tem merilu lahko motivatorje razdelimo na potrebe in želje, pri čemer onemogočanje prvih vodi v patologijo, onemogočanje drugih pa ne. Prve delimo na fiziološke in psihične, druge pa na organizmične in pridobljene (Lamovec, 1988).

V zgodovini psihologije so avtorji izdelali več klasifikacij potreb. Po Murrayu (1943) je osnovno izhodišče teorije potreb, da človekovo vedenje usmerja notranje neravnovesje. Potrebo opredeli kot zmožnost ali pripravljenost na določen odgovor v danih okoliščinah. Razlikuje med primarnimi (visceralnimi – biološkimi) in sekundarnimi (psihogenimi) potrebami. Maslow (1971) je potrebe razdelil na temeljne in višje; razporedil jih je v piramido s petimi stopnjami, od katerih prve pokrivajo “potrebe pomanjkanja” (fiziološke potrebe, potrebe po varnosti, potrebe po sprejetosti (pripadnosti) in ljubezni ter potrebe po samospoštovanju in spoštovanju drugih), ostale pa so “potrebe rasti” (potrebe po spoznavanju, estetske potrebe in potrebe po samouresničevanju). Hierarhija potreb temelji na predpostavki, da morajo biti nižje

potrebe zadovoljene vsaj v določeni meri, če naj se višje sploh aktivirajo. Kognitivno-izkustvena teorija jaza (Epstein, 1990) pravi, da mora posameznik zadovoljiti štiri temeljne potrebe: načelo ugodja (užitek proti bolečini), potrebo po samospoštovanju, potrebo po povezanosti, pripadnosti in potrebo po konsistentnosti samopodobe. Teorija samodoločenosti (Ryan in Deci, 2000) pravi, da imamo ljudje temeljne psihične potrebe po avtonomnosti, kompetentnosti in povezanosti z drugimi, ki so tudi osnovni intristični (notranji) motivi. Te psihične potrebe določajo potrebne pogoje za doseg psihichnega zdravlja in zadovoljstva “njihova zadovoljitev naj bi bila povezana z uspešnim delovanjem posameznika.

Okoliščine, ki ovirajo zadovoljitev temeljnih potreb

Po Recipročnem modelu izgorelosti (RMI) je osnovni vzrok za izgorelost nesorazmerje med vloženo energijo za zadovoljitev temeljnih potreb (potrebe pravega selfa) in njihovo zadovoljenostjo. Ovire za zadovoljevanje temeljnih potreb so lahko notranje ali zunanje.

Notranje ovire

Notranje ovire izhajajo iz introjektne notranje motivacije oziroma konfliktov med različnimi notranjimi motivi. Močna notranja motivacijska vira sta vzdrževanje samopodobe in vrednostni sistem.

1. Samopodoba

Samopodoba obsega predstave, zaznave, misli, pojmovanja in prepričanja o sebi ter vrednotenje samega sebe (Musek, 2005). Raziskave kažejo, da je pri izgorelem človeku osrednji del samopodobe najbrž storilnostno pogojena samopodoba (Hallsten idr., 2005). Storilnostno pogojeno samopodobo sestavlja več elementov in je odvisna od tega, v kolikšni meri so ti izpolnjeni, denimo imeti posamezne značilnosti, biti član ali opraviti posamezne naloge torej je odvisna od zunanje potrditve. Bolj je povezana z načelom “delovati” kot z načeloma “biti” in “imeti”. Izgorevanje je tako možno razumeti kot neuspešno prizadevanje, da bi z dosežki, ki so sestavni del samovrednotenja, ohranjali stabilno samopodobo (Crocker in Park, 2004; Kernis in Washull, 1995).

Tovrstna samopodoba je pogosto rezultat vzgoje s pogojevano ljubeznijo (Assor, Roth in Deci, 2004) ter pripelje do zanemarjanja (odlaganja) lastnih potreb, saj zadovoljevanje potreb drugega prinese več zunanjega priznanja. Če vzgoja nenehno podkrepljuje zadovoljevanje pričakovanj staršev (potrebe drugega) in ovira zadovoljevanje lastnih potreb s kaznovanjem z odvzemom ljubezni, obenem pa poudarja storilnost kot zaželeno lastnost, se ta pričakovanja

staršev kot introjekti vgradijo v notranje motivacijsko načelo (tj. introjektna motivacija) (Ryan in Deci, 2000). Posledica je lahko zastoj v procesu oblikovanja identitete, separacije in individualizacije. To v končni fazi lahko pripelje do razcepa na pristni in lažni self, ego popačenosti, ki je prisotna pri narcistično strukturirani osebi (Praper, 1999), pri čemer je vsebina lažnega selfa prav storilnostno pogojena samopodoba. Zadovoljevanje potreb storilnostno pogojene samopodobe kot agresivna notranja prisila ("prisilni altruizem", introjektna motivacija) ovira zadovoljevanje potreb pristnega selfa, torej temeljnih potreb; ovira jih tudi tesnoba, ki se poraja že ob pojavljanju potlačenih temeljnih potreb (Pšeničny, 2006). Zato oseba s storilnostno pogojeno samopodobo ne zmore postavljati meja (reči ne) niti tedaj, ko je to v jasnem nasprotju z njenimi temeljnimi potrebami, saj si s tem ruši samopodobo. Takšna potreba (npr. potreba po počitku) se niti ne ozavešči, marveč samo sproži tesnobo.

To je vzrok, zakaj se ljudje različno odzivamo na situacije, v katerih se izčrpavamo. Človek, ki zaznava svoje potrebe, zaznava tudi neregiprocčnost izmenjave. Če so potrebe nezadovoljene, bo dajal manj, zahteval več ali pa izstopil iz neustreznih okoliščin ter uravnotežil porabo in pridobivanje energije. Človek, ki je svoje potrebe potlačil, bo čutil tesnobo, vendar jo bo skušal omiliti s "hranjenjem" storilnostno pogojene samopodobe. Zato iz neregiprocčne situacije ne bo izstopil in je ne bo poskušal spremeniti, marveč bo vanjo vlagal vse več. Končni rezultat je lahko sindrom adrenalne izgorelosti.

2. Vrednote

Obe identiteti (selfa) nadzira prezahteven nadjaz; ta vsebuje idealni jaz, ki je postal obvezujoč (Higgins, Bond, Klein in Strauman, 1986), ter ponotranjene vrednote primarnega in širšega okolja. Vrednote imajo močan motivacijski naboj. Muskova študija (2000) kaže, da so vrednote mladostnikov, ki so osnova za vseživljenjske vrednote, bolj podobne vrednotam staršev kot vrstnikov. Če starši kot vrednoto poudarjajo zadovoljevanje potreb drugega (ubogljivost, pridnost), storilnost in izjemne dosežke (perfekcionizem), si bo človek, ki jo ponotranji, močno notranje (introjektno) motiviran, prizadeval, da bi z izrednimi dosežki zadovoljil pričakovanja drugega (prisilno altruistični perfekcionizem), namesto da bi si postavljali lastne cilje in jim sledil (avtonomnost) (Pšeničny, 2006).

Človek v življenju vstopa v različne socialne interakcije in se pri tem srečuje z vrednostnimi sistemi okolja. Če so razlike med notranjim in zunanjim vrednostnim sistemom (npr. vrednostnim sistemom podjetja, bližnjih oseb) zelo velike, sprožajo notranje napetosti. Tovrstna napetost lahko pripelje do treh procesov: prilagajanja, prevzemanja vrednot okolja ali zavračanja (Pšeničny in Findeisen, 2005). Če so razlike prevelike in prilagoditev ni možna, notranja prisila deluje nenehno. Drugi vir napetosti je lahko razlika med ponotranjenimi vrednotami in temeljnimi potrebami, če vrednote zahtevajo zanikanje ali odiranje lastnih potreb.

Zunanje ovire

Če okolje ovira zadovoljevanje potreb pravega selfa (brez notranje oviranosti), lahko pride do izgorevanja, vendar se bo to ustavilo takoj, ko bodo zunanje ovire odstranjene. V skrajnem primeru lahko izjemoma pride do izgorelosti, če je oseba energetsko zelo močno opremljena, če so njene temeljne potrebe močno (trajno) nezadovoljene, objektivne ovire okolja pa izrazito močne in trajne. Osebo brez močne notranje motivacije bodo takšne okoliščine pripeljale kvečjemu do delovne izčrpanosti (angl. *wornout*), ne pa do izgorelosti, pri osebah z močno notranjo motivacijo (zlasti iz lažnega selfa) pa bodo pospešile izgorevanje in izgorelost.

Kadar okolje podpira storilnostno pogojeno samopodobo, torej so zahteve in spodbude okolja usklajene z introjektno motivacijo, bo to bržkone pripeljalo do izgorevanja in izgorelosti.

Vloga kortizola pri sindromu adrenalne izgorelosti

Dolgotrajna obremenitev, ki jo zaznavamo kot obvladljivo (prva in druga stopnja izgorevanja, glej poglavje Razvijanje Vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti - Vprašalnik SAI), nenehno spodbuja osi hipotalamus-hipofiza-adrenalne žleze (HHA) in povečuje izločanje kortizola. Končna posledica kronične hiperaktivnosti osi HHA je zmanjšana odzivnost postsinaptičnih receptorjev monoaminskih nevrottransmiterjev. To pomeni, da se v hipotalamusu blokira zaznavanje povratnih signalov iz kortizola (gre za negativno povratno zanko). Posledica je zmanjšano izločanje kortizola (adrenalna izgorelost, sekundarna insuficienca kortizola), ki se lahko kaže kot znižana raven jutranjega bazičnega kortizola (podobno kot pri posttravmatski stresni motnji), znižana celotna dnevna krivulja ravni bazičnega kortizola ali kot zmanjšano izločanje kortizola v obremenilnih situacijah (Heim, Ehlerst in Hellhammer, 2000; Miller, Chen in Zhou, 2007; Mommersteeg, van Doornen in Heijnen, 2003; Pruessner, Hellhammer in Kirschbaum, 1999, Pruessner, Hellhammer, Kirschbaum in Meinlschmid, 2003; Schmidt-Reinwald, Pruessner in Hellhammer, 1999; Shirom, Melamed, Toker, Berliner in Shapira, 2005).

Nekateri raziskovalci niso prišli do enakega rezultata pri merjenju bazičnega kortizola pri izgorelih osebah (Melamed, Ugarten, Shirom, Kahana, Lerman in Froom, 1999). Možen razlog za to je, da so merili raven tega hormona v stanju izgorevanja in ne v stanju adrenalne izgorelosti. Raven jutranjega kortizola je znižana, ko oseba zaznava, da je kronična (ali tudi akutna) obremenitev neobvladljiva, močno ogrožajoča ali povezana z občutkom izgube (Miller idr., 2007). Če povežemo te ugotovitve, je možno sklepati, da imajo osebe, ki izgorevajo, zvišano raven jutranjega bazičnega kortizola (občutek, da so okoliščine obvladljive s povečanim vlaganjem energije), izgorele osebe pa znižano (občutek izgube nadzora), kar smo preverjali tudi s to raziskavo.

Ker se izločanje bazičnega kortizola čez dan spreminja (kar bi lahko opisali s padajočo krivuljo z dvema vrhoma, jutranjim in popoldanskim), raziskovalci opozarjajo, da je treba vzeti po več vzorcev na dan, a tudi več dni zapored, saj se izločanje kortizola odziva tudi na trenutne okoliščine.

Pri osebi, ki doživlja stanje adrenalne izgorelosti, se izločanje kortizola pod pritiskom lahko še zmanjša, zato nekateri raziskovalci temu pravijo tudi sindrom izgorelosti osi HHA ali adrenalna utrujenost (angl. *adrenal burnout*, *adrenal fatigue*) (Eck in Wilson, 2004; Wilson, 2001).

Zvišanje ravni kortizola, do katerega prihaja v stanju izgorevanja pred adrenalnim zlomom, se lahko kaže kot hiperglikemija, evforija, zvišana stopnja energije, vznemirjenost, povečanje količine želodčne kisline, zvišan krvni tlak, a tudi kot zmanjšanje mišične mase in prerazporeditev maščobe v telesu (centralna debelost) ali zmanjšan imunski odziv organizma (Keele, Neil in Joels, 1982).

Pomanjkanje kortizola po adrenalnem zlomu se lahko odraža kot hipoglikemija, nemir, nespečnost, nezmožnost koncentracije, depresivnost, apatija, utrujenost (upočasnjena presnova ogljikovih hidratov), razdražljivost, negativizem, upad iniciativnosti ali socialna izolacija. Neposredno ali posredno vpliva na delovanje vseh organov v telesu in imunski sistem, zato se pri tem pojavi še več telesnih znakov, kakršne opažajo pri sindromu izgorelosti (povečana kapilarna prepustnost – otekanje, omotičnost, driska ali zaprtost, znižan krvni tlak ali padec krvnega tlaka pri vstajanju, ortostatična tahikardija) (Keele idr., 1982; Raj, 2006; Varadaraj in Cooper, 1986).

Razvijanje Vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti (Vprašalnik SAI)

Identificiranje oseb, ki so preživele adrenalni zlom, je v našem okolju oteženo, ker je bila diagnoza izgorelosti (Z730 iz MBK – 10) zelo redko v rabi. To stanje navadno opredelijo kot depresivno motnjo, če ne gre za težje somatske simptome, ki jih opredelijo kot somatsko bolezen. Ker pri nas ne izvajajo testiranja ravni kortizola pri osebah, ki kažejo znake izgorelosti – celo v primeru, da so zaradi posledic izgorelosti hospitalizirane – smo morali posredno, prek opisovanja telesnih in psihičnih znakov pomanjkanja kortizola, ugotavljati, ali je šlo za adrenalno izgorelost (kot jih definirajo Keele idr., 1982; Raj, 2006; Varadaraj in Cooper, 1986).

Pri 7 osebah (3 menedžerji, 1 univerzitetni profesor, 1 zaposleni s področja trženja, 1 vodja PR-službe v državni ustanovi, 1 spremljevalec invalidov), ki so jim zdravniki specialisti psihiatri postavili diagnozo izgorelost, smo iskali znake pomanjkanja kortizola in druge znake adrenalne izgorelosti. Iz usmerjenih pogovorov s temi osebami smo zbrali poročila o znakih v zgodnejših stopnjah izgorevanja (1. in 2. stopnji), jih dopolnili z viri iz literature o izgorelosti in jih primerjali z znaki zvišane ravni kortizola.

Nato smo opravili usmerjene intervjuje še z 22 osebami, ki delajo na odgovornih

delovnih mestih in imajo nekatere težave, ki se ujemajo z znaki izgorevanja (4 menedžerji, 2 zdravnikoma, 2 odvetnikoma, 3 srednješolskima profesorjema, 2 novinarjema, 2 javnima osebam, 3 zaposlenimi s področja trženja, 2 oskrbovalcema starejših, 2 univerzitetnima profesorjema). Na osnovi teh podatkov smo opredelili znake, ki se pojavljajo na posameznih stopnjah izgorevanja in izgorelosti (1. stopnja: izčrpanost, 2. stopnja: ujetost, 3. stopnja: adrenalna izgorelost) (Pšeničny, 2006) in jih poimenovali razredi izgorelosti (RI). Ker se po adrenalnem zlomu zaradi spreminjanja nevroendokrinih odzivov spreminjajo tudi znaki, smo 3. stopnjo (adrenalna izgorelost), razdelili v dva razreda: 3. razred – adrenalna izgorelost (AI) pred zlomom (obsega tudi zlom) – in 4. razred – adrenalna izgorelost (AI) po zlomu. V skladu s COR-teorijo (Hobfoll in Shirom, 1993, 2000) smo znake razvrstili na tri področja (telesno, čustveno, kognitivno) in dodali še vedenjsko področje.

V *1. razredu izgorelosti – izčrpanosti* je znakov manj, zato se človeku dozdeva, da gre za začasno stanje, ki ga je možno odpraviti celo z ignoriranjem počutja in krajšim dopustom. Značilni so izrazita storilnostna usmerjenost, občutek odgovornosti, anksioznost ter občutek, da ga vsi potrebujejo in so odvisni od njega. Takšno stanje navadno traja več let, lahko tudi do 20 let. Pojavlja se:

- na telesnem področju: kot kronična utrujenost, ki ne mine po počitku, bolečine zjutraj in zvečer, napadi hitrega utripanja srca ali panični napadi, gastroenterološke težave in motnje spanja (nespečnost);
- na psihičnem področju: kot povečana dejavnost, frustriranost, razočaranje nad ljudmi, občutek, da so stiki z ljudmi naporni, razdražljivost, anksioznost, žalost, zanikanje telesne in psihične utrujenosti ter bolečin, postavljanje potreb drugega pred svoje.

Za *2. razred izgorelosti – ujetost* so značilni močan občutek ujetosti in nemoči, da bi karkoli spremenili, močni telesni simptomi pretirane izčrpanosti, občutki krivde ali jeze ter upadanje storilnostno pogojene samopodobe. Naraščata število znakov in njihova intenzivnost. Stanje lahko traja tudi leto ali dve. Poleg stopnjevanja znakov iz prve stopnje se pojavljajo še:

- na telesnem področju: občasno ali trajno zvišanje krvnega tlaka, bolečine, glavoboli, slabše delovanje imunskega sistema (pogoste okužbe), alergije, kratkotrajni nenadni upadi psihofizične energije;
- na psihičnem področju: občutek ujetosti ter potreba po umiku iz delovnega in življenjskega okolja, upadanje storilnostno pogojene samopodobe, jeza (lahko se stopnjuje do napadov besa) in cinizem, grobost in okrutnost, nezmožnost nadziranja čustvenih odzivov, občutki krivde zaradi upadanja storilnosti, motnje koncentracije in spomina, odtujevanje od bližnjih in sodelavcev, oteženo prepoznavanje laži in manipulacij, zanikanje lastnih potreb, suicidalne misli (brez sistematičnih priprav na samomor).

3. *razred izgorelosti – adrenalna izgorelost pred zlomom* lahko traja nekaj mesecev. Poleg intenzivnejše telesne in psihične simptomatike iz nižjih razredov so zanj značilni še:

- na telesnem področju: močne motnje spanja v obliki nespečnosti ali pretrganega spanja;
- na psihičnem področju: nezmožnost odločanja in načrtovanja, odsotnost pobud in sanjarjenja, izguba občutka za čas, napadi besa, depresivni občutki, napadi joka, izguba nadzora, smisla in občutka varnosti, načrtovanje bilančnega samomora.

V intervjujih so se pokazali tudi zelo konsistentni simptomi akutnega *adrenalnega zloma*, ki trajajo nekaj tednov ali nekaj mesecev (od dva do štiri mesece) in se še nekaj let periodično vračajo ob obremenitvah:

- na telesnem področju: kot skrajni upadi telesne energije (vsak telesni gib pomeni napor), onemogočeno ali skrajno oteženo ohranjanje budnosti (tudi do 18 ur spanja na dan), bolečine v mišicah in sklepih brez predhodnega napora ali znakov patoloških sprememb, intenzivni znaki senzorne prenasičenosti in izčrpanosti, ki se lahko stopnjujejo do nevroloških simptomov (mravljinčenja po vsem telesu, tremorja, svetloba in zvoki so močno moteči), infarkt, možganska kap, akutne gastroenterološke motnje;
- na psihičnem področju: kot nezmožnost koncentracije (do nezmožnosti branja in razumevanja prebranega), trganje miselnega toka, skrajno omejen kratkoročni spomin in motnje priklica, nezmožnost odločanja, skrajna ranljivost, občutek nezaščitenosti, občutke nemoči in krivde zamenjata močna jeza in skrajni cinizem, negativno storilnostno pogojeno samopodobo (angl. *doing*) zamenjujejo pozitivna samopodoba, neodvisna od dosežkov (angl. *being*), jasni vpogledi v lastno življenjsko situacijo, poskus samomora, navadno bilančnega tipa. Kljub težavam s koncentracijo in spominom je mišljenje zelo jasno, vendar nepovezano z emocionalno in motivacijsko komponento. Zdi se, kot da deluje samo »intelekt«. Osebe so to poimenovala »zlom psihične hrbtenice«, kot da so intelektualni impulzi ločeni od »izvedbe«.

4. *razred izgorelosti – vanj spada obdobje po adrenalnem zlomu*. Povprečno traja od dve do štiri leta, lahko tudi do šest let. Včasih so posledice adrenalnega zloma trajne in pripeljejo do invalidske upokojitve. Najznačilnejši so: močan in dolgotrajen upad delovnih sposobnosti, nenadni močni upadi psihofizične energije, nezmožnost vzpostavljanja/vzdrževanja psihofizičnega ravnotežja, periodično vračanje simptomov akutnega adrenalnega zloma v obremenilnih situacijah, izrazit odpor do prejšnjih življenjskih in delovnih situacij, osebnostne spremembe in spremembe vrednostnega sistema (zlasti upad altruizma in storilnosti kot vrednote) ter spreminjanje samopodobe.

V prvem obdobju (leto ali dve) po zlomu se navedeni simptomi vračajo že pri vsaki najmanjši obremenitvi, telesni ali čustveni, in se najprej pokažejo kot nenadni upadi energije, ki za seboj povlečejo tudi vse druge simptome. Pozneje se ti simptomi pojavljajo redkeje, vendar brez izjeme v stiku z obremenilno situacijo, ki je bila sprožilni dejavnik adrenalnega zloma (podobno kot pri postravmatski stresni motnji). Celo oseba, ki je adrenalni zlom doživela pred petimi leti, poroča o občasnem vračanju posameznih simptomov.

Na to, da gre najbrž za spremembe v ravni kortizola pred in po adrenalnem zlomu, kaže še en zanimiv znak. Skoraj vse osebe z znaki adrenalne izgorelosti so poročale, da so nekaj let pred zlomom bolj ali manj pogosto doživljale napade hitrega utripanja srca in občasna ali trajna zvišanja krvnega tlaka. Po zlomu se je prej pogosto zvišan krvni tlak skoraj čez noč znižal, tahikardije so minile. Nekatere osebe so poročale, da so se napadi hitrega bitja srca pojavili šele po adrenalnem zlomu; navadno so bili vezani na spremembo telesnega položaja.

Znake, ki smo jih zbrali s pomočjo usmerjenih intervjujev in iz literature, ter znake povečane in zmanjšane ravni kortizola smo razvrstili glede na to, v katerem razredu izgorelosti se začnejo pojavljati. Poimenovali smo jih *značilni znaki posameznega razreda*. Nato smo jih razdelili na štiri področja: telesno, čustveno, vedenjsko in kognitivno. Vprašalnik SAI je tako sestavljen iz štirih lestvic SAI – F (telesni simptomi – 45 postavk), SAI – E (čustveni simptomi – 94 postavk), SAI – V (vedenjski simptomi – 61 postavk) in SAI – K (kognitivni simptomi – 46 postavk). Vanj so vključena tudi vprašanja, povezana s storilnostno pogojeno samopodobo in spreminjanjem vrednot, ter vprašanja, ki se nanašajo na posameznikov odnos do zadovoljevanja lastnih potreb. Rezultat vprašalnika je posameznikova stopnja izgorelosti (SI), ki je uvrščena v razred izgorelosti (RI).

Pripravili smo tudi navodilo za izračunavanje rezultatov ter v Excel programu prednastavili formule za izračunavanje posameznikovega rezultata – stopnje izgorelosti (SI) in uvrstitev rezultata v razred izgorelosti (RI). Vprašalnik je dostopen na spletni strani www.institut.burnout.si.

Vprašalnik zadovoljenosti potreb (Vprašalnik ZP)

Za osnovno izhodišče o temeljnih potrebah smo uporabili Maslowovo hierarhijo potreb (Maslow, 1971), ki smo ji kot posebno kategorijo dodali materialne potrebe. Materialne potrebe smo dodali kot izražanje kaptativnih in retentivnih potreb (pridobiti, posedovati, zadržati) iz Shultz-Henckeeve (1952) teorije zavrtosti. Maslowovo poimenovanje potreb smo zaradi lažjega razumevanja pojmov malo priredili. Vprašalnik zadovoljenosti potreb je sestavljen iz navodila (»Prosimo, da ocenite, v kolikšni meri so zadovoljene vaše potrebe.«) in 8 postavk (potrebe so: materialne, telesne, varnost,

čustvene, socialne, spoštovanje, intelektualne, osebna rast in razvoj). Testirane osebe so zadovoljenost potreb ocenjevale na 5-stopenjski lestvici (1 – niso, 2 – slabo, 3 – srednje, 4 – pretežno, 5 – povsem). Rezultati vprašalnika so: ocena zadovoljenost materialnih potreb, telesnih potreb, potrebe po varnosti, čustvenih potreb, socialnih potreb, potrebe po spoštovanju, intelektualnih potreb ter potrebe po osebni rasti in razvoju. Iz aritmetične sredine vseh postavk smo izračunali še skupno povprečno oceno zadovoljenosti vseh potreb (ZPSK).

Raziskovalni problem

Najprej nas je zanimalo, ali se znaki, ki smo jih na osnovi usmerjenih intervjujev in virov iz literature empirično opredelili kot značilne za posamezen razred izgorelosti, tudi različno razvrščajo po razredih. Želeli smo tudi preveriti, ali se različne demografske skupine oseb med seboj razlikujejo po stopnji izgorelosti in ali izgorelost, zlasti adrenalni zlom, lahko pripelje do sprememb v osebnostnih značilnostih, vrednotah in samopodobi. Zanimalo nas je še, ali do razlik med razredi izgorelosti prihaja tudi pri poročanju testiranih oseb o znakih zvišane in znižane ravni kortizola. Naposled smo preverjali še povezanost stopnje izgorelosti z ocenjevanjem zadovoljenosti temeljnih potreb in odnosom do lastnih potreb.

Na osnovi do sedaj izvedenih raziskav in lastnih opažanj smo oblikovali naslednje hipoteze:

1. Razmerje med deleži izbranih značilnih znakov posameznega razreda izgorelosti omogoča uspešno razvrščanje v razrede izgorelosti.
2. Stopnja izgorelosti se razlikuje glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe in status zaposlitve.
3. Pri osebah v 4. razredu izgorelosti po adrenalnem zlomu lahko pride do sprememb vrednot in osebnostnih značilnosti.
4. Negativna storilnostno pogojena samopodoba pri osebah, ki kažejo znake izgorelosti, narašča iz razreda v razred, pozitivna samopodoba pa se zmanjšuje iz razreda v razred.
5. Znaki zvišane ravni kortizola se v 3. in 4. razredu izgorelosti zmanjšajo, znaki znižane ravni kortizola pa se v 3. in 4. razredu izgorelosti povečajo.
6. Stopnja izgorelosti je negativno povezana z oceno zadovoljenosti potreb in pozitivno povezana s posameznikovim odnosom do lastnih potreb.

Metoda

Udeleženci

Med januarjem in aprilom 2006 smo testirali hipoteze na priložnostnem vzorcu 225 oseb. Med testiranimi osebami je bilo 150 žensk in 75 moških. V vzorcu je bilo:

- 5* oseb (3 ženske in 2 moška), ki so jim psihiatri postavili diagnozo izgorelosti; 3 od teh so bile v obdobju 2003–2005 hospitalizirane na EKI Psihiatrične klinike v Ljubljani, 1 pa v Psihiatrični bolnišnici Begunje (vprašalnik so reševali na spletni strani www.institut.burnout.si; navodila so bila pisna; pozneje smo z njimi vzpostavili individualni stik, če so sami tako želeli);
- 21* oskrbovalcev starejših oseb na domu (individualno izpolnjevanje, ustna in pisna navodila);
- 14 študentov podiplomskega študija psihologije (skupinsko izpolnjevanje, ustna in pisna navodila),
- 42* zaposlenih iz dveh podjetij (skupinsko izpolnjevanje, pisna navodila);
- 143 oseb, ki so vprašalnik izpolnile na spletni strani (pisna navodila).

Tabela 1. *Frekvence in deleži testiranih oseb po starosti, stopnji izobrazbe in statusu zaposlitve.*

	<i>N</i>	%
starost v letih		
do 20	14	6,2
od 20 do 30	562	27,6
od 30 do 40	71	31,6
od 40 do 50	59	26,2
nad 50	19	8,4
stopnja izobrazbe		
4. stopnja	21	9,3
5. stopnja	62	27,6
6. stopnja	33	14,7
7. stopnja	84	37,3
več	20	8,9
ni podatka	5	2,2
status zaposlitve		
nezaposlen	58	25,8
delavec/uslužbenec	137	60,9
menedžer	19	8,4
samostojni podjetnik	11	4,9

* Te osebe so izpolnile tudi slovensko verzijo vprašalnika Maslach Burnout Inventory (Maslach in Jackson, 1986).

Vse udeležence smo ustno in/ali pisno seznanili z raziskovalnim namenom zbiranja podatkov. Enako pojasnilo je bilo na voljo na spletni strani, in sicer kot uvod k vprašalniku.

V tabeli 1 so prikazane demografske skupine, oblikovane glede na kategorije različnih spremenljivk.

Postopek

Podatke smo zbrali na naslednje načine:

- 82 oseb je izpolnilo tiskano različico Vprašalnika SAI in Vprašalnika ZP (študenti, oskrbovalci starejših, zaposleni v podjetjih),
- 143 oseb je enaka vprašalnika izpolnilo na spletni strani.

Vse testirane osebe so za izpolnjevanje dobile enaka pisna navodila, del pa jih je prejel tudi enaka ustna navodila, v skladu s katerimi so izbrale enega ali dva odgovora na vsako postavko vprašalnika SAI oziroma ocenjevale zadovoljenost svojih potreb v Vprašalniku ZP. V skupinah, kjer smo dali udeležencem poleg pisnih še ustna navodila, smo preverili, ali razumejo navodilo in pomen posameznih postavk. Testiranci niso imeli vprašanj oziroma pripomb na jasnost navodil in postavk vprašalnikov.

Preverili smo, ali je različno zbiranje podatkov vplivalo na rezultate vprašalnika. Tiskane vprašalnike so izpolnile nekatere zaposlitvene skupine (zaposleni iz dveh podjetij, oskrbovalci starejših na domu in podiplomski študenti). Na spletni strani bi obstajala možnost, da vzorec ne bi bil naključen, da bi torej vprašalnike izpolnjevale zlasti tiste osebe, ki bi pri sebi opažali znake izgorelosti. Najprej smo primerjali skupni srednji stopnji izgorelosti (SSI) testirancev s spletne strani in tistih, ki so izpolnili tiskane vprašalnike. Rezultati t -testa so pokazali, da med srednjima stopnjama izgorelosti med obema skupinama testirancev ni statistično pomembnih razlik (tiskani vprašalniki: $N = 82$, $M = 0,70$, $SD = 0,84$; spletna stran: $N = 143$, $M = 0,73$, $SD = 0,75$; $t(223) = -0,26$, $p = 0,799$). S χ^2 -testom smo še preverili, ali se skupini razlikujeta po frekvenčni

Tabela 2. Primerjava števila testirancev s spletne strani in testirancev, ki so izpolnili tiskane vprašalnike, po razredih izgorelosti.

razredi izgorelosti	skupine testirancev	
	tiskani vprašalniki	spletna stran
ni znakov	37	62
1. razred	24	33
2. razred	12	36
3. in 4. razred	9	12
skupaj	82	143

razdelitvi uvrščenih v posamezne razrede iz gorelosti. Zaradi majhnega števila testirancev v 3. in 4. RI smo združili ta dva razreda. Tudi število testirancev, ki so se uvrstili v posamezne razrede iz gorelosti (glej tabelo 2), se med skupinama ni statistično značilno razlikovalo, $\chi^2(3) = 4,64, p = 0,200$. Način zbiranja podatkov torej ni pomembno vplival na rezultate.

Pripomočki

Vprašalnik SAI

Pri postavkah na SAI vrednosti od 0 do 3 predstavljajo stopnje iz gorelosti, pri čemer 0 pomeni »ni znaka«, 1 »prisoten znak v zadnjem letu«, 2 »znak se stopnjuje v zadnjem letu«, 3 pa »znak se močno stopnjuje v zadnjem letu. Zanesljivost Vprašalnika SAI, določena po metodi Cronbach, je znašala $\alpha = 0,990$. Zanesljivosti posameznih lestvic so znašale: za SIA-F $\alpha = 0,943$, za SAI-E $\alpha = 0,979$, za SAI-V $\alpha = 0,958$, za SAI-K $\alpha = 0,958$. Konstrukcijsko veljavnost vprašalnika smo preverjali s primerjavo rezultatov pripomočka Maslach Burnout Inventory (Maslach in Jackson, 1986) pri 73 odraslih osebah, tj. 29 moških in 44 ženskah (glej poglavje Udeleženci). Aritmetična sredina njihovega rezultata (SSI) je znašala 0,68, standardni odklon pa 0,79. Ugotovljena je bila močna povezanost obeh vprašalnikov ($r = 0,72$). Osebe, ki so dosegale visok rezultat na Vprašalniku SAI, so kazale močne znake adrenalne iz gorelosti. Vse osebe, ki so dosegle najvišji rezultat in bile uvrščene v 4. razred iz gorelosti, so imele tudi medicinsko diagnozo iz gorelosti (Z730). Petim med njimi so zdravniki specialisti psihiatri postavili to diagnozo pred testiranjem, dva pa sta po testiranju na spletni strani obiskala Inštitut za razvoj človeških virov, od koder sta bila napotena še na pregled k zdravniku specialistu psihiatru. Pri obeh je psihiater postavil diagnozo iz gorelosti.

Korelirali smo dosežke na lestvicah Vprašalnika SAI s stopnjo iz gorelosti (SI) in ugotovili naslednje vrednosti: za telesno lestvico SAI-F $r = 0,90$; za čustveno lestvico SAI-E $r = 0,98$; za vedenjsko lestvico SAI-V $r = 0,95$; za kognitivno lestvico SAI-K $r = 0,95$. Korelacije stopnje iz gorelosti (SI) med lestvicami so znašale med 0,79 (korelacija med SAI-F in SAI-K) in 0,89 (korelacija med SAI-V in SAI-K). Korelacije posameznih postavk s stopnjo iz gorelosti (SI) so se gibale med 0,35 in 0,77, korelacije med postavkami pa med 0,11 in 0,76. Rezultate vprašalnika smo označili kot SI (stopnja iz gorelosti pri posamezniku), SSI (srednja stopnja iz gorelosti v posamezni skupini) in RI (razred iz gorelosti). Ti so se nato pojavili v vlogi odvisnih in neodvisnih spremenljivk. Odvisne spremenljivke so bile, ko smo rezultate primerjali po demografskih podatkih (spolu, starosti, stopnji izobrazbe, statusu zaposlitve). Kot neodvisno spremenljivko pa smo RI uporabili, ko smo primerjali značilne znake posameznega razreda iz gorelosti in ugotavljali vrednosti različnih odvisnih spremenljivk: sprememb vrednot, osebnostnih značilnosti, negativne storilnostno pogojene samopodobe, pozitivne samopodobe, znakov zvišane in znižane ravni kortizola, odlaganja in pojavljanja upoštevanja potreb.

Faktorji vprašalnika SAI

Eksploratorna faktorska analiza (metoda najmanjših kvadratov) z rotacijo Promax je izločila 5 faktorjev, ki so skupaj pojasnili skoraj polovico variance (tabela 3). Faktorje smo poimenovali:

1. Izguba notranje motivacije – je najmočnejše povezana s postavkami, ki se nanašajo na odsotnost zanimanja, navdušenja, idej, pobud, odločanja, zavzetosti za delo, in na občutek dolgočasje, otopelosti, zmanjšanje sposobnosti.
2. Storilnostno pogojena samopodoba – korelira s postavkami, kot so delo kot najpomembnejša vrednota, odpovedovanje počitku in zabavi, zmanjševanje potreb, upoštevanje potreb drugih, na učinkovitosti temelječ občutek varnosti in lastne vrednosti.
3. Telesna izčrpanost – je povezana s postavkami, kot so utrujenost po počitku, bolečine, občutek teže, močnejša potreba po počitku, motnje spanja, nenadni padci energije.
4. Kognitivna izčrpanost – je povezana s postavkami, kot so motnje koncentracije, spomina in odločanja, trganje miselnega toka, mehanično opravljanje dela, izguba občutka za čas.
5. Izguba nadzora in varnosti – korelira s postavkami, kot so izguba nadzora nad življenjem in negotovost, občutek odgovornosti za vse, občutek strahu, da bi človek razočaral druge, izguba občutka varnosti, pa tudi z občutkom ujetosti.

Navedeni faktorji se razlikujejo od tistih, ki jih najpogosteje navaja strokovna literatura (Maslach in Leiter, 1997). To je razumljivo, saj je vprašalnik oblikovan na osnovi Recipročnega modela izgorelosti (Pšeničny, 2006), ki povezuje izgorelost s storilnostno pogojeno samopodobo in iz nje izhajajočo motivacijo, ki sta se tudi izkazala za najmočnejša faktorja. Faktorji, ki smo jih dobili z analizo, se delno razlikujejo od lestvic vprašalnika. Tretji in četrti faktor (telesna in kognitivna izčrpanost) se v veliki meri prekrivata s SAI-F in SAI-K, pri prvem faktorju (izguba notranje motivacije) prevladujejo postavke iz SAI-E. Pri drugem in petem faktorju (storilnostno pogojena samopodoba, izguba nadzora in varnosti) so zastopane postavke iz SAI-K, SAI-V in

Tabela 3. Nasičenost faktorjev vprašalnika SAI (eksploratorna faktorska analiza, metoda najmanjših kvadratov, rotacija Promax).

Faktorji	lastna vrednost	deleži pojasnjene variance (%)	kumulativni delež (%)	lastna vrednost po rotaciji
1. izguba notranje motivacije	71,53	40,67	40,67	61,05
2. storilnostna samopodoba	7,16	2,91	43,57	45,56
3. telesna izčrpanost	4,94	2,05	45,58	53,73
4. kognitivna izčrpanost	4,40	1,79	47,37	48,62
5. izguba nadzora in varnosti	3,80	1,54	48,91	16,93

SAI-E. To pritrjuje ugotovitvam Hallstena idr. (2005), da je storilnostno pogojena samopodoba (2. faktor) močno povezana z izgorelostjo, zato smo jo tudi podrobneje obdelali v rezultatih.

Vprašalnik ZP

Zanesljivost Vprašalnika ZP, določena po metodi Cronbach, je znašala $\alpha = 0,861$. Korelacije posameznih potreb (postavk) s povprečno skupno zadovoljenostjo potreb (ZPSK) so bile statistično značilne ($p < 0,01$) in močne, razen pri MP, ki je bila srednje močna: MP – ZPSK $r = 0,43$; TP – ZPSK $r = 0,77$; VP – ZPSK $r = 0,92$; ČP – ZPSK $r = 0,80$; SP – ZPSK $r = 0,79$; IP – ZPSK $r = 0,70$; RP – ZPSK $r = 0,75$. Posamezne postavke so tudi statistično značilno ($p < 0,01$), vendar manj močno korelirale med seboj (od $r = 0,17$ med MP in ČP do $r = 0,60$ med IN in RP). Rezultati vprašalnika so bile naslednje spremenljivke: zadovoljenost materialnih potreb (MP), zadovoljenost telesnih potreb (TP), zadovoljenost potrebe po varnosti (VP), zadovoljenost čustvenih potreb (ČP), zadovoljenost socialnih potreb (SP), zadovoljenost potrebe po spoštovanju (UP), zadovoljenost intelektualnih potreb (IP), zadovoljenost potrebe po osebni rasti in razvoju (RP) in ZPSK.

Rezultati in razprava

Srednja stopnja izgorelosti (SSI) je v pričujočem vzorcu znašala 0,72 ($SD = 0,78$; glej tabelo 4). Ker je srednja stopnja izgorelosti rezultat prisotnosti znakov psihične motnje (izgorelosti), smo se vnaprej zavedali, da bo verjetno distribucija rezultatov asimetrična, saj pri velikem delu povprečne populacije znakov te motnje ni opaziti oz. je prisotnih le minimalno znakov, najmanj pa je močno izgorelih oseb. Test asimetričnosti je pokazal pozitivno asimetričnost distribucije v desno (1,018). Tudi logaritemske vrednosti rezultatov niso bistveno normalizirale distribucije rezultatov (0,954), se pa je asimetričnost distribucije približala meji sprejemljivosti (0,584), če smo izključili osebe, ki so dosegle rezultat 0 (ni znakov izgorelosti). Zato smo se odločili, da bomo uporabili

Tabela 4. *Frekvence in deleži uvrščenih oseb v posameznem razredu izgorelosti ter srednja stopnja izgorelosti (SSI) v posameznem razredu izgorelosti.*

razred izgorelosti	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
ni znakov	99	44,0	0,07	0,09
1. razred	57	25,3	0,61	0,25
2. razred	48	21,3	1,43	0,25
3. razred	14	6,2	2,37	0,23
4. razred	7	3,1	2,57	0,30
skupaj	225	100,0	0,72	0,78

izvirne rezultate.

Razlike med srednjimi stopnjami izgorelosti v posameznih razredih izgorelosti so bile statistično značilne, $F(4, 220) = 880,36, p = 0,000$. *Post hoc* analiza LSD je potrdila, da so se SSI statistično značilno razlikovali med vsemi razredi, razen med 3. in 4. razredom. Razliko med 3. in 4. razredom izgorelosti smo opredelili kvalitativno, in sicer se 4. razred izgorelosti od 3. razlikuje po pojavljanju določenih znakov (spremembah samopodobe, osebnostnih značilnosti, znakov znižanega kortizola) ter po zmanjševanju intenzitete ali izginjanju drugih znakov (znakov povišanega kortizola, odrinjanja potreb), ne pa kvantitativno (v vrednosti SI), saj po adrenalnem zlomu nekateri znaki izginejo, nadomestijo pa jih novi. Zato tudi nismo pričakovali, da bi se SSI med tema dvema razredoma statistično značilno razlikovala. V navodila in prednastavljene formule za obdelavo rezultatov vprašalnika smo vključili tudi omenjeno kvalitativno analizo (značilne znake razreda), ki omogoča ločevanje med 3. in 4. razredom.

Znaki izgorevanja so se pokazali na vseh štirih področjih (lestvicah), najmočneje na lestvici SAI-K (SSI = 0,80), nato na SAI-E (SSI = 0,77), sledila je SAI-F (SSI = 0,68), najmanj pa na SAI-V (SSI = 0,62). Razlike SSI med lestvicami (preverjene s *t*-testom) so bile statistično značilne ($p < 0,05$), razen med paroma SAI-F – SAI-V ter SAI-E – SAI-K. Izgorevanje se torej najmanj odraža v spremembah vedenja, najmočneje pa ga oseba občuti na kognitivnem področju (kot motnje koncentracije, spomina, odločanja ...).

Čeprav rezultati niso neposredno primerljivi z drugimi raziskavami (nereprezentativen vzorec, nov vprašalnik), so dobljeni rezultati deležev oseb z znaki izgorelosti v splošni populaciji (1., 2., 3. in 4. razred) podobni kot pri drugih raziskavah, prav tako deleži močno izgorelih oseb (3. in 4. razred) (Bekker idr., 2005; Hallsten idr., 2005; Kalimo, 1999; Kristensen idr., 2005; Schaufeli in Enzmann, 1998; Schaufeli in Buunk, 2002).

Testiranje 1. hipoteze

Želeli smo preveriti, ali se razmerja med deleži znakov, značilnih za posamezen razred izgorelosti, ki jih izberejo testirane osebe, uvrščene v posamezen razred izgorelosti, razlikujejo od razmerij med deleži znakov v drugih razredih izgorelosti. Pričakovali smo, da bodo testirane osebe iz posameznega razreda izgorelosti (1., 2., 3. in 4.) izbrale tipične znake svojega razreda pogosteje kot znake nižjih razredov (razen osebe 1. razreda), in da se bo z višanjem razreda delež znakov iz predhodnih razredov večal. V primerjavo nismo vključili oseb, ki niso imele znakov izgorelosti.

Z diskriminantno analizo smo primerjali deleže izbranih znakov, značilnih za posamezen razred izgorelosti, ki so jih izbrale testirane osebe v vsakem od razredov izgorelosti (RI) (tabela 5). Statistično značilni sta bili samo prva in druga funkcija (tabela 6). S prvo funkcijo so bili pozitivno povezani značilni znaki 1. in 2. razreda, z drugo pa značilni znaki 3. in 4. razreda (tabela 7). Vrednost funkcij na centroidih kaže, da so osebe iz 1. razreda izgorelosti izbrale najmanj znakov iz vseh štirih razredov

Tabela 5. Delež znakov, značilnih za posamezen razred izgorelosti, ki so jih izbrali testiranci v posameznem razredu izgorelosti (v %).

značilni znaki	razredi izgorelosti			
	1	2	3	4
znaki 1. razreda	26,2	49,5	85,4	86,1
znaki 2. razreda	11,2	39,6	74,5	75,2
znaki 3. razreda	7,1	27,3	70,0	72,3
znaki 4. razreda	7,1	18,4	44,9	68,2

Tabela 6. Test enakosti centroidov razredov izgorelosti.

Test funkcij	Wilksova lambda	χ^2	df	p
1/3	0,12	262,03	9	0,000
2/3	0,81	25,71	4	0,000
3	0,99	0,22	1	0,641

Tabela 7. Relativni vpliv prediktorjev na prvo in drugo funkcijsko vrednost (standardizirani koeficienti) ter povezanost spremenljivk s prvo in drugo funkcijo (strukturna matrika).

značilni znaki	standardizirani koeficient		strukturna matrika	
	kanonične diskriminantne funkcije		funkcija	
	1	2	1	2
znaki 1. razreda	0,576	-0,63	0,931*	-0,110
znaki 2. razreda	0,468	-0,24	0,897*	0,025
znaki 3. razreda	0,086	1,23	0,644	0,760*
znaki 4. razreda	0,056	1,27	0,570	0,614*

* največje absolutne korelacije med vsako spremenljivko in posamezno diskriminantno funkcijo

Tabela 8. Vrednosti funkcij na centroidih razredov izgorelosti.

razredi izgorelosti	funkcija		
	1	2	3
1. razred	-2,23	-0,28	-0,00
2. razred	0,69	-0,56	0,01
3. razred	4,21	0,38	-0,09
4. razred	5,09	0,96	0,12

izgorelosti, vendar največ znakov 1. razreda. V primerjavi z njimi so osebe iz 2. razreda izgorelosti izbrale večje število značilnih znakov izčrpanosti in ujetosti. Obenem pa so izbrale manj znakov adrenalne izgorelosti kot osebe iz 3. in 4. razreda izgorelosti. Osebe iz 3. razreda izgorelosti so izbrale več značilnih znakov iz vseh štirih razredov izgorelosti kot osebe iz 1. in 2. razreda izgorelosti, vendar manj znakov izgorelosti pred in po adrenalnem zlomu kot osebe iz 4. razreda izgorelosti. Osebe iz 4. razreda izgorelosti so izbrale največ značilnih znakov iz vseh razredov izgorelosti (tabela 8).

Analiza je pokazala, da je glede na razmerja deležev izbranih značilnih znakov posameznega razreda testirance možno z 88,9 % uspešnostjo uvrstiti v razrede izgorelosti.

Prva hipoteza, da je razmerje med deleži izbranih značilnih znakov posameznega razreda izgorelosti omogoča uspešno razvrščanje v razrede izgorelosti, je bila tako potrjena.

Testiranje 2. hipoteze

Strokovni viri niso enotni glede razlik v izgorelosti med demografskimi skupinami (ločenimi po spolu, starosti in izobrazbi), večina pa se jih strinja, da so menedžerji in samostojni podjetniki bolj izpostavljeni stresnim situacijam in zato pogostejše izgorijo (Ahola idr., 2006; Cole idr., 2002; Hakanen, 1999; Lundberg idr., 1994; Matt in Dean, 1993; Mesler in Capobianco, 2001; Mirowsky, 1996; Newbury-Birsch in Kamali, 2001; Preston, 1995; Schieman idr., 2001; Williams idr., 1997). V skladu s tem smo pričakovali, da bo med ženskami, starejšimi osebami, menedžerji in samostojnimi podjetniki povprečna skupna stopnja izgorelosti (SSI) višja.

Razlika med srednjo stopnjo izgorelosti med moškimi ($N = 75$, $M = 0,75$, $SD = 0,85$) in ženskami ($N = 150$, $M = 0,70$, $SD = 0,75$) ni bila statistično značilna, $t(223) = 0,48$, $p = 0,634$. Primerjava med starostnimi skupinami je pokazala najvišjo srednjo stopnjo izgorelosti (glej tabelo 9) v skupini od 30 do 40 let in najnižjo v skupini nad 50 let, vendar razlike niso bile statistično značilne, $F(4, 220) = 0,62$, $p = 0,651$. Iz tabele 10 je razvidno, da je bila najvišja srednja stopnja izgorelosti pri osebah s 7. ali višjo stopnjo izobrazbe, najnižja pa pri osebah s 5. stopnjo izobrazbe, vendar razlike niso

Tabela 9. Srednja stopnja izgorelosti (SSI) po starosti.

starost	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
do 20 let	15	0,61	0,63
od 20 do 30 let	61	0,69	0,75
od 30 do 40 let	71	0,81	0,86
od 40 do 50 let	59	0,74	0,8
nad 50 let	19	0,52	0,66
skupaj	225	0,72	0,78

Tabela 10. *Srednja stopnja izgorelosti (SSI) po stopnjah izobrazbe.*

stopnja izobrazbe	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
4. stopnja	21	0,68	1,01
5. stopnja	62	0,63	0,72
6. stopnja	33	0,65	0,67
7. stopnja	84	0,78	0,76
več kot 7. stopnja	20	0,9	0,94
ni podatka	5	0,73	1,07
skupaj	225	0,72	0,78

Tabela 11. *Srednja stopnja izgorelosti (SSI) po statusu zaposlitve.*

status zaposlitve	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
nezaposlen	51	0,69	0,67
uslužbenec/delavec	137	0,7	0,79
menedžer	19	0,75	0,84
samostojna zaposlitev	11	1,03	1,05
skupaj	218	0,72	1,02

bile statistično značilne, $F(5, 219) = 0,51, p = 0,771$. Najvišjo srednjo stopnjo izgorelosti (tabela 11) smo izmerili pri samostojnih podjetnikih in menedžerjih, najnižjo pri uslužbencih/delavcih, vendar razlike med skupinami po statusu zaposlitve niso bile statistično značilne, $F(3, 221) = 0,61, p = 0,606$. Do podobne ugotovitve so prišli finski raziskovalci (Ahola idr., 2006), ko so na vzorcu splošne populacije primerjali rezultate vprašalnika Maslach Burnout Inventory različnih demografskih skupin. Zato lahko sklepamo, da izgorelost ogroža vso populacijo, ne glede na spol, starost in stopnjo izobrazbe ali zaposlitev.

Večna strokovne literature poroča, da so menedžerji in samostojni podjetniki bolj "okuženi" z izgorelostjo. Naša raziskava ni odkrila statistično značilnih razlik, sta pa ti dve skupini vseeno dosegli nekoliko višjo srednjo stopnjo izgorelosti kot ostali dve (nezaposleni, delavci/uslužbenci). Rezultati so podobni kot pri finski raziskavi (Ahola idr., 2006). Vzorec menedžerjev in samostojnih podjetnikov je bil v primerjavi z drugima dvema skupinama veliko manjši, zato nemara ni reprezentativen kazalnik skupine. Poleg tega pa so psihološke okoliščine dela in življenja uslužbencev/delavcev in nezaposlenih zaradi tranzicijskega obdobja (negotovosti zaposlitve) podobne tistim pri samostojnih podjetnikih in menedžerjih. Predpostavko o večji okuženosti menedžerjev in samostojnih podjetnikov z izgorelostjo bi bilo potrebno preveriti na reprezentativnem vzorcu.

Čeprav smo zbirali tudi podatke o poklicu, ki ga udeleženci opravljajo, rezultatov nismo posebej obdelovali, ker se je zaradi velikega števila kategorij poklicev (14) uvrstilo v posamezno poklicno skupino le malo udeležencev testiranja (0–10).

Raziskovalci izgorelosti so izhajali iz predpostavke, da je izgorelost predvsem posledica neustreznih psiholoških okoliščin na delovnem mestu, zato so jo merili samo med zaposlenimi, ne pa tudi med nezaposlenimi. V naši raziskavi smo to popravili. Kot nezaposleni se je opredelilo 58 udeležencev. Med njimi je bilo šest študentov in dijakov ter en upokojenec. Te smo izločili iz analize razlik med zaposlenimi in nezaposlenimi, ostali (51) pa so navedli različne poklice.

Srednja stopnja izgorelosti (SSI) nezaposlenih ($N = 51$, $M = 0,69$, $SD = 0,67$) in zaposlenih oseb (skupaj: delavci/uslužbenci, menedžerji in samostojni podjetniki; $N = 167$, $M = 0,72$, $SD = 0,82$) se ni statistično pomembno razlikovala, $t(221) = -0,16$, $p = 0,872$). Razmerje tistih, ki so imeli znake izgorelosti, in tistih, ki jih niso imeli, je bilo med nezaposlenimi osebami (30 : 21) večje kot med zaposlenimi (89 : 78), vendar razlike v teh razmerjih niso bile statistično značilne, $\chi^2(1) = 0,59$, $p = 0,44$. Tudi v skupini oseb, ki so kazale znake izgorelosti, razlike v srednji stopnji izgorelosti (SSI) med nezaposlenimi ($N = 30$, $M = 1,06$, $SD = 0,63$) in zaposlenimi ($N = 89$, $M = 1,30$, $SD = 0,73$) niso bile statistično značilne, $t(117) = -1,73$, $p = 0,087$.

Nezaposlenost je že sama po sebi nadvse obremenilna okoliščina, zato naše ugotovitve odpirajo vprašanje, ali niso vzroki izgorevanja širši od psiholoških okoliščin dela in neustreznih odzivov na stres na delovnem mestu. Zaradi omejitev vzorca (priložnostni vzorec, majhno število oseb) tega z gotovostjo ne moremo trditi. Primerjavo bi bilo potrebno ponoviti na večjem vzorcu.

Druga hipoteza, da se stopnja izgorelosti razlikuje glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe in status zaposlitve, smo v celoti zavrnili. Veljalo pa bi na reprezentativnem vzorcu preveriti predpostavko, ali vzroki za izgorelost ne presegajo okvirov delovnega mesta, saj na našem vzorcu med zaposlenimi in nezaposlenimi nismo ugotovili razlik v izgorelosti. Storilnostno pogojena samopodoba se namreč oblikuje v procesu socializacije in se ne odraža le v odnosu do zaposlitve, temveč vpliva na vse odnose s socialnim okoljem, pa tudi potreb ne zadovoljujemo le na delovnem mestu.

Testiranje 3. hipoteze

Izkušnje pri svetovalnem delu z izgorelimi osebami na Inštitutu za razvoj človeških virov so kazale, da te osebe po adrenalnem zlomu poročajo o spremembah vrednot in nekaterih osebnostnih značilnosti.

Za preverjanje prvega dela hipoteze, to je spremembe vrednot, smo primerjali, kolikšen je delež postavk iz Vprašalnika SAI, ki izražajo spremembo vrednot, pri osebah v različnih razredih izgorelosti (RI). Postavke vključujejo dve vrsti trditev: delo kot vrednota ter pomembnost lastnih in tujih potreb. Pričakovali smo, da bo do sprememb vrednot prišlo predvsem po adrenalnem zlomu (4. razred izgorelosti), saj

naj bi prav kriza pri osebah povzročila spremembe vrednot. Primerjavo smo izvedli, čeprav je v 4. razredu izgorelosti majhno število uvrščenih oseb (7), ker nas je zanimala prav razlika med tem razredom in vsemi ostalimi. Za zanesljive rezultate bo potrebno primerjave ponoviti na večjem vzorcu.

Ugotovili smo, da je povprečen delež spremenjenih vrednot počasi naraščal iz razreda v razreda izgorelosti (v razredu brez znakov izgorelosti je bil odstotek enak 0,4, v prvem razredu 1,1, v drugem 2,5, v tretjem 3,1), vendar je do izrazitega porasta deleža sprememb prišlo po adrenalnem zlomu (v 4. razredu izgorelosti je bil odstotek enak 22,4). Analiza variance je pokazala, da so pri osebah, ki kažejo znake izgorelosti, razlike povprečnih deležev spremenjenih vrednot med razredi izgorelosti statistično značilne, $F(4, 220) = 4,26, p = 0,011$. Osebam po adrenalnem zlomu postaneta delo in zadovoljitev tujih potreb manj pomembni vrednoti; pomembnejša jim je zadovoljitev lastnih potreb.

Drugi del te hipoteze, to je spremembe osebnostnih značilnosti, smo preverjali tako, da smo v posameznih razredih izgorelosti ugotovili, kolikšen je delež izbranih postavk, ki v Vprašalniku SAI izražajo spremembe trajnejših osebnostnih značilnosti (OZ). Spremembe osebnostnih značilnosti smo preverjali s postavkami, ki se nanašajo na storilnostno usmerjenost, samovrednotenje, odlaganje zadovoljevanja lastnih potreb oziroma njihovo uveljavljanje ter čustveno ranljivost in postavljanja meja. Pričakovali smo, da bo v 4. razredu izgorelosti delež teh sprememb večji kot v nižjih razredih.

Povprečen delež izbranih postavk o spremenjenih osebnostnih značilnostih je res počasi naraščal iz razreda v razred izgorelosti (v razredu brez znakov izgorelosti je bil odstotek enak 1,2, v prvem razredu 4,2, v drugem 8,1, v tretjem 9,5), močno pa je narasel po adrenalnem zlomu (v 4. razred je bil odstotek enak 40,5). Povprečni deleži izbranih postavk spremenjenih osebnostnih značilnosti so se med razredi izgorelosti statistično značilno razlikovali, $F(4, 220) = 15,61, p = 0,000$. Osebe v 4. razredu izgorelosti so izražale nižjo storilnostno usmerjenost, višje samovrednotenje, nižjo čustveno ranljivost ter boljše postavljanje meja in zadovoljevanje lastnih potreb.

Tretjo hipotezo smo tako potrdili. Pri osebah v 4. razredu izgorelosti po adrenalnem zlomu lahko pride do sprememb vrednot in osebnostnih značilnosti.

Testiranje 4. hipoteze

Maslach in Leitner (1997) navajata, da je izgorelost povezana z negativno samopodobo, po mnenju drugih raziskovalcev pa je razlika med depresivnimi in izgorelimi osebami v tem, da izgorele osebe ohranijo pozitivno samovrednotenje (Brenninkmeijer, Van Yperen in Buunk, 2001). Storilnostno pogojena samopodoba, torej labilna samopodoba, ki je odvisna od priznanja za dosežke, je v večji meri prisotna pri osebah, ki izgorevajo (Hallsten idr., 2005). Raziskava o posledicah vzgoje s pogojevano ljubeznijo pa ugotavlja, da takšna vzgoja pripelje do labilne samopodobe (Assor idr., 2004). Tudi

v našem Vprašalniku SAI je bila storilnostno pogojena samopodoba drugi najmočnejši faktor.

Ugotavljali smo, ali se osebe v posameznem razredu izgorelosti razlikujejo glede na delež izbranih postavk, ki vsebujejo spremembe dveh vrst samopodobe: tiste, ki je vezana na dosežke (negativno storilnostno pogojene samopodobe), in tiste, ki je neodvisna od dosežkov (pozitivne samopodobe). Postavke, ki se nanašajo na spremembe negativne storilnostno pogojene samopodobe, vsebujejo trditve, ki kažejo na negativno odzivanje na zmanjšane dosežke (negativni občutki do sebe, negativno samovrednotenje). Postavke, ki se nanašajo na pozitivno samopodobo, pa vsebujejo trditve, ki kažejo na pozitivno vrednotenje samega sebe, neodvisno od dosežkov.

Pričakovali smo, da bo negativna storilnostno pogojena samopodoba pri osebah, ki kažejo znake izgorevanja, zaradi zmanjševanja delovnih sposobnosti iz razreda v razred višja in da bo najvišja v 4. razredu, ko izgorele osebe zaradi močnih bolezenskih znakov ne morejo delati. Pričakovali smo še, da bo pozitivna samopodoba, neodvisna od dosežkov, nižja iz razreda v razred izgorelosti, saj naj bi bila negativna samopodoba po strokovnih ugotovitvah eden od vzrokov izgorelosti. Primerjavo smo izvedli kljub majhnemu številu oseb v 4. razredu izgorelosti (7), ker nas je zanimala prav razlika med tem razredom in vsemi ostalimi. Za zanesljive rezultate bi bilo potrebno primerjave ponoviti na večjem vzorcu.

Primerjali smo, ali se med razredi izgorelosti razlikuje delež izbranih postavk, ki se nanašajo na spremembe obeh samopodob pri osebah, ki kažejo znake izgorelosti. Dodali bi še, da nobena od oseb v 4. razredu izgorelosti ni bila vključena v psihoterapevtsko obravnavo (to bi lahko vplivalo na spreminjanje samopodobe).

Ugotovili smo, da se negativna storilnostno pogojena samopodoba in pozitivna samopodoba razlikujeta med razredi izgorelosti. Negativna storilnostno pogojena samopodoba je naraščala do 1. do 3. razreda (v razredu brez znakov izgorelosti je bil odstotek izbranih postavk, ki izražajo spreminjanje negativne storilnostno pogojene samopodobe, enak 1,8, v prvem razredu 16,3, v drugem 47,4, v tretjem 78,6), v 4. razredu adrenalne izgorelosti po zlomu pa se je spet zmanjšal na raven, nižjo od tiste v 2. razredu izgorevanja (odstotek se je spustil na vrednost 36,4). Povprečni deleži izbranih postavk o negativni storilnostno pogojeni samopodobi so se v različnih razredi izgorelosti statistično značilno razlikovali, $F(3, 122) = 36,45$, $p = 0,000$ (tabela 12). Osebe, ki izgorevajo, se, dokler ne doživijo adrenalnega zloma, bolje vrednotijo po svojih dosežkih. Po adrenalnem zlomu pa postanejo dosežki za njihovo samopodobo manj pomembni.

Pozitivna samopodoba je naraščala iz razreda v razred izgorelosti, še zlasti pa je bil porast izrazit v 4. razredu adrenalne izgorelosti po adrenalnem zlomu (v razredu brez znakov izgorelosti je bil odstotek izbranih postavk, ki izražajo spreminjanje pozitivne storilnostno pogojene samopodobe, enak 3,2, v prvem razredu 21,7, v drugem 33,3, v tretjem 51,8, v četrtem pa 91,1). Razlike v povprečnih deležih izbranih postavk med razredi izgorelosti so bile statistično značilne, $F(3, 122) = 21,33$, $p = 0,000$ (tabela 12).

Tabela 12. *Delež izbranih postavk, ki se nanašajo na spreminjanje negativne storilnostno pogojene samopodobe (NSSMP) in pozitivne samopodobe (PSMP) pri osebah v posameznem razredu izgorelosti.*

vrsta samopodobe	razred izgorelosti	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
negativna storilnostno pogojena samopodoba	1. razred	57	16,3	16,2
	2. razred	48	47,4	30,2
	3. razred	14	78,6	19,3
	4. razred	7	36,4	38,1
	skupaj	126	36,2	31,6
pozitivna samopodoba	1. razred	57	21,7	20,7
	2. razred	48	33,3	21,5
	3. razred	14	51,8	17,6
	4. razred	7	91,1	11,9
	skupaj	126	33,3	26,3

Na osnovi teh rezultatov bi lahko sklenili, da se je v našem vzorcu negativna storilnostno pogojena samopodoba in pozitivna samopodoba testiranih oseb različno spreminjala med razredi izgorelosti. Pozitivna samopodoba, neodvisna od dosežkov, je naraščala iz razreda v razred, zlasti pa po adrenalnem zlomu, negativna storilnostno pogojena samopodoba pa je naraščala do adrenalnega zloma, nato pa se je zmanjšala. Navedeni rezultati bi se lahko ujemali z ugotovitvama, da se pri osebah, ki izgorevajo, storilnostno pogojena samopodoba spreminja v odvisnosti od dosežkov (labilna samopodoba). Obenem rezultati vzorca kažejo, da pri osebah, ki so doživele adrenalni zlom, dosežki niso več tako pomemben dejavnik njihove samopodobe, imajo pa še vedno pomemben vpliv na osebe, ki izgorevajo, vendar adrenalnega zloma niso doživele. Ta ugotovitev je še zlasti zanimiva, ker so testirane osebe po adrenalnem zlomu v obdobju testiranja še vedno v bolniškem staležu ali pa so delale v omejenem obsegu. Več kot polovica se jih je v tem času preusmerjala na novo poklicno pot na povsem novem področju (ne le na drugem delovnem mestu), ki jih veseli, saj se na prejšnje niso želele vrniti. Kriterij za delo ni več dosežek, temveč veselje do novega dela.

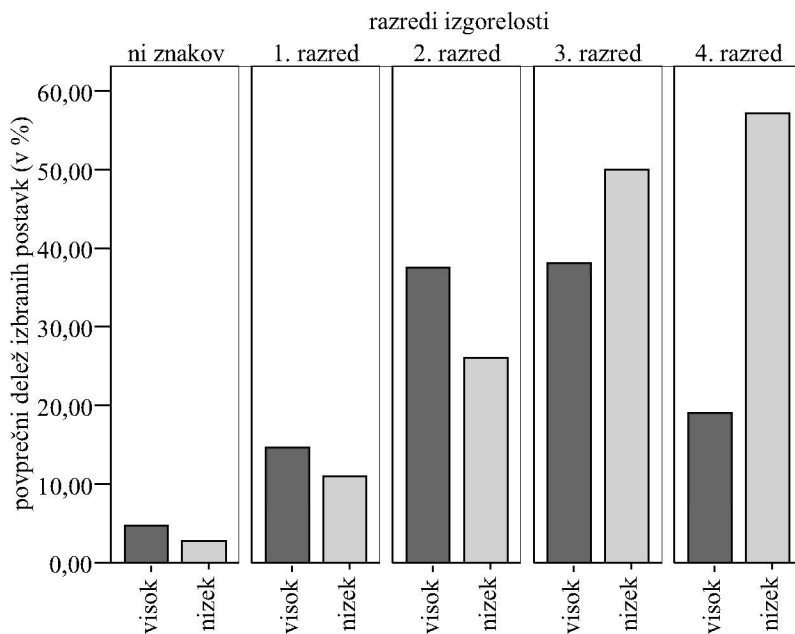
Rezultati nakazujejo, da storilnostno pogojeno samopodobo po adrenalnem zlomu začne nadomeščati pozitivna samopodoba, neodvisna od dosežkov, vendar bi za zanesljiv sklep potrebovali večji vzorec oseb iz 3. in 4. razreda izgorelosti. Z nadaljnjimi raziskavami bi morali preveriti še povezanost storilnostno pogojene samopodobe z izgorelostjo ter to, kako in zakaj se ta spremeni po adrenalnem zlomu.

Četrta hipoteza, da negativna storilnostno pogojena samopodoba pri osebah, ki kažejo znake izgorelosti, narašča iz razreda v razred, pozitivna samopodoba pa se zmanjšuje iz razreda v razred, je zavrnjena.

Testiranje 5. hipoteze

Raziskave kažejo, da je pri izgorelih osebah po adrenalnem zlomu zaradi funkcionalne blokade osi HHA opaziti znižano raven bazičnega kortizola (Heim idr., 2000; Mommersteeg idr., 2003; Pruessner idr., 1999, 2003; Schmidt-Reinwald idr., 1999). Na osnovi tega je možno sklepati, da se pri osebah, ki so doživele adrenalni zlom, pojavlja manj znakov zvišane ravni kortizola in več znakov znižane ravni kortizola. Ker v Sloveniji pri osebah z diagnozo izgorelosti ne testirajo ravni bazičnega kortizola, smo skušali preko poročanja testiranih oseb o spremembah srčno-žilnih znakov, ki so jih opazile (zvišan srčni utrip in krvni tlak – dva izmed znakov povišanega kortizola), posredno preveriti, ali je raven kortizola pri njih zvišana. Če predvidevamo, da se raven tega hormona po adrenalnem zlomu zniža, naj bi bili tedaj tudi ti srčno-žilni znaki manj pogosti. Znake znižanja ravni kortizola smo preverjali preko poročanja oseb o močnem upadu energije (kar kaže na znižanje presnove ogljikovih hidratov) in otekanju telesa (kar kaže na manjšo prepustnost kapilar).

Na sliki 1 je prikazan povprečen delež izbranih postavk, ki opisujejo znake zvišane ravni kortizola. Ta najprej narašča do vključno 3. razreda izgorelosti, v 4. razredu pa upade. Povprečen delež izbranih postavk, ki opisujejo znake znižane ravni kortizola, narašča iz razreda v razred; razlika je najizrazitejša med 2. in 3. razredom



Slika 1. Povprečni deleži izbranih postavk (v %), ki opisujejo znake povišane ravni kortizola (visok) in znižane ravni kortizola (nizek) po razredih izgorelosti.

izgorelosti, v 4. razredu izgorelosti pa se še poveča.

Čeprav je vzorec oseb v 3. in 4. razredu izgorelosti majhen (14 in 7 oseb), smo zaradi zanimanja za razlike med tem in ostalimi razredi izvedli analizo variance in ugotovili, da se povprečni deleži izbranih postavk, ki opisujejo znake zvišane in znižane ravni bazičnega kortizola, ki so jih navedle osebe z znaki izgorelosti, med razredi izgorelosti v obeh primerih statistično značilno razlikujejo (zvišan kortizol: $F(4, 220) = 60,17, p = 0,000$; znižan kortizol: $F(4, 220) = 16,20, p = 0,000$).

Te razlike bi morda lahko pripisali tudi spremembi ravni bazičnega kortizola. Rezultati nakazujejo, da se pri osebah v 1. in 2. razredu izgorelosti najbrž v večji meri pojavlja zvišana raven bazičnega kortizola, ki je prisotna tudi v 3. razredu v stanju pred adrenalnim zlomom, pozneje pa se zmanjšuje (4. razred). V 3. razredu izgorelosti so znaki zvišanega in znižanega kortizola prisotni sočasno, najbrž zato, ker so vanj udeleženci uvrstili znake neposredno pred zlomom (ko naj bi bila raven kortizola še zvišana) in iz obdobja zloma (znižana raven kortizola). Za zanesljiv sklep bi potrebovali reprezentativen vzorec, meritve krvnega tlaka in srčne frekvence ter laboratorijsko testiranje ravni bazičnega kortizola.

Peta hipoteza, da se znaki zvišane ravni kortizola v 3. in 4. razredu izgorelosti zmanjšajo, znaki znižane ravni kortizola pa se v 3. in 4. razredu izgorelosti povečajo, je delno potrjena.

Testiranje 6. hipoteze

Pri hipotezi, da je stopnja izgorelosti negativno povezana z oceno zadovoljenosti potreb in pozitivno povezana s posameznikovim odnosom do odlaganja lastnih potreb, smo izhajali iz predpostavke Recipročnega modela izgorelosti (Pšeničny, 2006), po kateri je izgorelost povezana z nezadovoljenostjo temeljnih potreb; do te lahko privede neustrezen odnos do zadovoljevanja lastnih potreb. Podatke o oceni zadovoljenosti potreb smo zbrali z Vprašalnikom zadovoljenost potreb (VZP). Pričakovali smo, da se bo z višanjem razreda izgorelosti zmanjševala skupna povprečna ocena zadovoljenosti potreb (ZPSK). Predpostavko smo preverjali tako, da smo primerjali skupne povprečne ocene zadovoljenosti vseh potreb (ZPSK) med razredi izgorelosti (RI), a tudi povprečne ocene zadovoljenosti posameznih vrst potreb (materialnih, telesnih, čustvenih, socialnih, intelektualnih potreb, potreb po varnosti, spoštovanju in osebni rasti). Preverjali smo še, ali se odnos do zadovoljevanja lastnih potreb (odlaganje ali upoštevanje potreb) med razredi izgorelosti razlikuje in kako je povezan s skupno povprečno oceno zadovoljenosti potreb ter stopnjo izgorelosti (SI). Končno smo preverili še povezanost ocen zadovoljenosti potreb s stopnjo izgorelosti (SI).

Udeleženci so zadovoljenost ocenjevali na 5-stopenjski lestvici, pri čemer je ocena 1 pomenila, da potrebe niso zadovoljene, 5 pa da so povsem zadovoljene. Skupna povprečna ocena zadovoljenosti potreb (ZPSK) je znašala 3,2, kar je nad srednjo vrednostjo lestvice. Udeleženci so najbolje ocenili zadovoljenost intelektualnih potreb (povprečna vrednost je bila 3,5), najslabše pa zadovoljenost čustvenih potreb (3,0) in

potrebe po varnosti (3,0) (glej tabelo 13).

Skupna ocena zadovoljenosti potreb pri moških ($M = 3,15$, $SD = 0,84$) se ni statistično značilno razlikovala od tiste pri ženskah ($M = 3,18$, $SD = 0,78$), $t(223) = -0,28$, $p = 0,782$. Tudi glede na starost ni bilo statistično pomembnih razlik v skupni povprečni oceni zadovoljenosti potreb, $F(4, 220) = 0,83$, $p = 0,513$. V povprečju so sicer osebe, stare do 20 let, najvišje ocenile zadovoljenosti potreb (3,35), tiste med 30. in 40. letom pa najnižje (3,05). Osebe s 4. stopnjo izobrazbe so v povprečju zadovoljenost potreb ocenile najvišje (3,45), tiste s 6. stopnjo izobrazbe pa najnižje (3,05), vendar razlike med starostnimi skupinami niso bile statistično značilne, $F(5, 219) = 0,97$, $p = 0,440$. Glede na status zaposlitve so v povprečju najvišje ocenili zadovoljenost svojih potreb delavci/uslužbenci (3,22), najnižje pa menedžerji (2,99), vendar razlike pri statusu zaposlitve niso bile statistično značilne, $F(3, 221) = 0,62$, $p = 0,651$.

Z višjim razredom izgorelosti je padala povprečna skupna ocena zadovoljenosti potreb (ZPSK), v četrtem razredu pa je spet narasla. V razredu brez znakov izgorelosti je znašala 3,7, v prvem razredu 3,0, v drugem 2,7, v tretjem 2,2, v četrtem pa 2,4. Potrebe so bile torej najslabše zadovoljene v 3. razredu izgorelosti, v 4. razredu (po adrenalnem zlomu) pa je povprečna skupna ocena zadovoljenosti potreb spet narasla. Razlike v povprečni skupni oceni zadovoljenosti potreb med razredi izgorelosti so bile statistično značilne, $F(4, 220) = 37,08$, $p = 0,000$.

Podobno je veljalo tudi za povprečne ocene zadovoljenosti posameznih potreb. Izjemi sta povprečni oceni zadovoljenosti materialnih in socialnih potreb, ki sta tudi po adrenalnem zlomu padali. Analiza variance je pokazala, da so razlike povprečnih ocen

Tabela 13. Povprečne ocene zadovoljenosti posamezne vrste potrebe in skupna povprečna ocena zadovoljenosti potreb (ZPSK) med razredi izgorelosti.

		potrebe							
	razredi izgorelosti	materialne MP	telesne TP	varnost. VP	čustvene ČP	socialne SP	intelekt. IP	os. rast RP	skupna ZPSK
M	ni znakov	3,4	3,8	3,7	3,7	3,8	3,8	3,7	3,7
	1. razred	3,2	3	2,7	2,8	3	3,4	2,9	3
	2. razred	3,2	2,5	2,3	2,4	2,6	3,2	2,7	2,7
	3. razred	2,7	1,8	1,9	1,6	2,4	2,3	2,3	2,2
	4. razred	2,4	2,6	2,3	2,1	2,3	3,1	2,6	2,5
	skupaj	3,2	3,2	3,0	3,0	3,1	3,5	3,2	3,2
SD	ni znakov	1,0	0,8	0,9	1,0	0,9	0,7	0,9	0,6
	1. razred	1,1	0,9	0,9	1,1	1,0	0,9	1,1	0,6
	2. razred	1,1	0,7	0,9	1,0	1,1	0,9	1,0	0,6
	3. razred	1,3	0,8	0,9	0,6	1,2	1,1	1,1	0,7
	4. razred	1,4	0,5	0,8	0,7	0,8	0,7	0,8	0,5
	skupaj	1,1	1,0	1,1	1,2	1,1	0,9	1,1	0,8
F		2,15	36,10	29,30	28,22	15,4	13,56	14,49	37,08
ANOVA	p	0,069	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Opombe: Pri analizah variance so bile stopnje svobode za učinek enake 4, stopnje svobode za napako pa 220.

zadovoljenosti posameznih potreb med razredi izgorelosti statistično značilne pri vseh, razen pri materialnih potrebah (glej tabelo 13).

Ocena zadovoljenosti socialnih potreb so se statistično značilno zmanjšale tudi v 4. razredu izgorelosti. Najbrž so te spremembe povezane s spreminjanjem odnosa izgorelih oseb do socialnega okolja, saj je eden od značilnih znakov izgorevanja tudi socialna izolacija.

Pričakovali smo, da bo stopnja izgorelosti (SI) povezana z oceno zadovoljenosti potreb (posameznih potreb in ZPSK). Povezava med skupno oceno zadovoljenosti potreb in stopnjo izgorelosti je bila močna in negativna ($r = -0,62, p = 0,00$; glej tabelo 14). Skupna ocena zadovoljenosti potreb je torej pojasnila 38 % variance stopnje izgorelosti. Statistično značilna negativna povezava se je pokazala tudi pri ocenah zadovoljenosti posameznih potreb; povezava je bila šibka le med oceno zadovoljenosti materialnih potreb (MP) in stopnjo izgorelosti ($r = -0,16, p = 0,01$), vendar še statistično značilna. Najmočnejša povezava je obstajala med stopnjo izgorelosti ter telesnimi potrebami, čustvenimi potrebami, potrebo po varnosti in spoštovanju, vendar je bila srednje močna tudi povezava s socialnimi in intelektualnimi potrebami ter potrebami po osebni rasti.

Zanimalo nas je še, ali ocene zadovoljenosti posameznih potreb dobro napovedujejo uvrstitve v razred izgorelosti. To smo preverjali z linearno regresijo s postopnim vključevanjem prediktorjev. V sprejetem modelu ($R^2 = 0,417$, $SE_{\text{napovedi}} = 0,838$, $F = 52,59$, $p = 0,000$) so bile med posameznimi potrebami najmočnejši prediktorji telesne ($\beta = -0,37$, $t = -5,58$, $p = 0,000$), čustvene ($\beta = -0,28$, $t = -4,26$, $p = 0,000$) in intelektualne potrebe ($\beta = -0,12$, $t = -2,05$, $p = 0,046$).

Preverili smo še, kakšen je odnos do zadovoljevanja lastnih potreb glede na razred izgorelosti. Preverili smo, kolikšen delež testiranih oseb v posameznem razredu

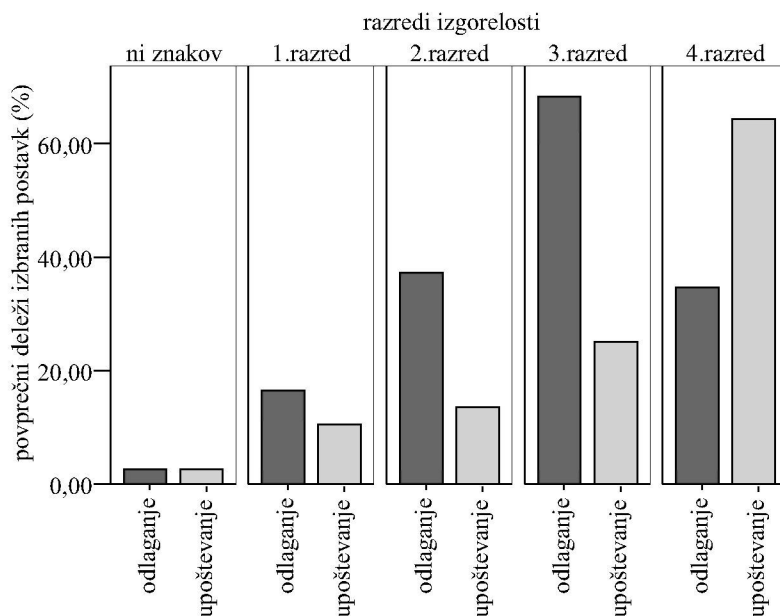
Tabela 14. *Korelacijski koeficienti med povprečno oceno zadovoljenosti posamezne potrebe in skupne povprečne ocene zadovoljenosti potreb (ZPSK) in med stopnjo izgorelosti (SI).*

ocena zadovoljenosti potreb	<i>r</i>
materialne (MP)	-0,16 *
telesne (TP)	-0,60 **
varnost (VP)	-0,57 **
čustvene (ČP)	-0,56 **
socialne (SP)	-0,42 **
spoštovanje (UP)	-0,53 **
intelektualne (IP)	-0,42 **
osebna rast in razvoj (RP)	-0,44 **
skupna (ZPSK)	-0,62 **

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

izgorelosti je izbralo postavke, ki izražajo odlaganje in zmanjševanje zadovoljevanja lastnih potreb – “prisilni altruizem” – in koliko jih je izbralo postavke, ki izražajo pojavljanje upoštevanja lastnih potreb. Odlaganje lastnih potreb smo merili s postavkami: »Ponosen/na sem na to, da imam tako malo potreb.« »Nenehno odlagam zadovoljevanje svojih potreb.« »Ne borim se za svoje potrebe.« »Načrtno zmanjšujem svoje potrebe.« »Potrebujem dopust, a si zanj ne znam vzeti časa.« »Čeprav potrebujem pomoč, ne zaprosim zanj ali jo celo odklanjam.« »Potrebe drugih so mi pomembnejše od mojih.« Upoštevanje lastnih potreb pa so ponazarjale postavke: »Zahtevam, da drugi upoštevajo moje potrebe.« »Svoje potrebe in želje sem postavil/a na prvo mesto.«

Iz razreda v razred izgorelosti so osebe statistično značilno povečevale odlaganje lastnih potreb (slika 2), po adrenalnem zlomu (4. razred) pa se ta naravnanoost zmanjša. Razlike v odlaganju lastnih potreb med razredi izgorelosti so bile statistično značilne, $F(4, 220) = 60,17, p = 0,000$. Obenem pa so osebe iz razreda v razred izgorelosti vse bolj upoštevale lastne potrebe, kar se je izrazito povečalo po adrenalnem zlomu (4. razred). Tudi razlike v upoštevanju lastnih potreb med razredi izgorelosti so bile statistično značilne, $F(4, 220) = 16,20, p = 0,000$. Skupna ocena zadovoljenosti potreb in odlaganja potreb sta bili srednje močno in negativno povezani ($r = -0,46, p = 0,000$), medtem ko je bila skupna ocena zadovoljenosti potreb šibko in negativno, čeprav tudi statistično značilno povezana s pojavljanjem upoštevanja potreb ($r = -0,17, p = 0,01$).



Slika 2. Povprečen delež izbranih postavk (v %), ki izražajo odlaganje lastnih potreb (odlaganje), in tistih, ki izražajo upoštevanje lastnih potreb (upoštevanje) po razredih izgorelosti.

Stopnja izgorelosti (SI) je bila močno pozitivno povezana z odlaganjem potreb (OP) ($r = 0,71$, $p = 0,000$) in srednje močno povezana s pojavljanjem upoštevanja lastnih potreb ($r = 0,43$, $p = 0,000$).

Na podlagi teh rezultatov je možno skleniti, da je bila v tem vzorcu udeležencev stopnja izgorelosti močno negativno povezana z oceno zadovoljenosti potreb (posameznih in skupno) ter pozitivno povezana z odnosom do zadovoljevanja lastnih potreb, kar se ujema z izhodiščem Recipročnega modela izgorelosti. (Ne)zadovoljenost telesnih, čustvenih in intelektualnih potreb pa so najmočnejši prediktorji izgorelosti. Do 3. razreda izgorelosti (do zloma) je vse bolj izrazito odlaganje zadovoljevanja lastnih potreb (t. i. "prisilni altruizem"), po njem pa te postanejo pomembnejše kot prej, zato se najbrž tudi skupna povprečna ocena njihove zadovoljenosti do adrenalnega zloma zmanjšuje, po njem pa rahlo poveča.

Šesta hipoteza, da je stopnja izgorelosti negativno povezana z oceno zadovoljenosti potreb in pozitivno povezana s posameznikovim odnosom do odlaganja lastnih potreb, je potrjena.

Splošna razprava

Za razvijanje novega vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti (Vprašalnika SAI) smo se odločili, ker najpogosteje uporabljeni vprašalniki (Maslach Burnout Inventory, Pines' Burnout Scale, Shirom-Melamed Burnout Measure in Copenhagen Burnout Inventory) ne razlikujejo med izgorevanjem in adrenalno izgorelostjo, ne obsegajo intrapersonalnih dejavnikov, kot sta storilnostno pogojena samopodoba in notranja (introjektna) motivacija, ki vpliva na odnos do zadovoljevanja lastnih potreb, a tudi ne spoznanj raziskav o vlogi kortizola pri tej motnji. Želeli smo razviti vprašalnik, ki bo razlikoval med posameznimi razredi izgorelosti (1. razred – izčrpanost, 2. razred – ujetost, 3. razred – adrenalna izgorelost pred zlomom, 4. razred – adrenalna izgorelost po zlomu) in njihovimi značilnimi znaki ter tako prispeval k prepoznavanju zadnje stopnje izgorelosti, to je adrenalne izgorelosti.

Faktorska analiza je izločila pet faktorjev: izgubo notranje motivacije, storilnostno pogojeno samopodobo, telesno izčrpanost, kognitivno izčrpanost ter izgubo nadzora in občutka varnosti. Diskriminantna analiza pa je pokazala, da je osebo možno s skoraj 90-odstotno uspešnostjo uvrstiti v razred izgorelosti glede na to, v kakšnem medsebojnem razmerju se pojavijo značilni znaki posameznih razredov izgorelosti.

Testiranje z Vprašalnikom SAI smo izvedli na priložnostnem vzorcu 225 oseb. Pokazalo je, da so pri dobri polovici vzorca prisotni znaki izgorelosti, 9 % jih kaže znake adrenalne izgorelosti, tretjina od njih (3 %) jih je preživela adrenalni zlom. Znaki izgorevanja se kažejo na vseh štirih področjih – telesnem, čustvenem, kognitivnem in vedenjskem; človeka prizadene v celoti: njegovo psihofizično stanje in odnos z okoljem. Izgorelost najmočnejše prizadene kognitivno področje, nato čustveno in telesno.

Znaki izgorelosti so enako pogosti pri moških in ženskah vseh starostnih skupinah

in pri vseh stopnjah izobrazbe. Čeprav večina strokovnih virov poroča, da izgorelost bolj ogroža menedžerje in samostojne podjetnike kot druge zaposlene, razlike v pričujočem vzorcu med tema skupinama in skupinama delavcev/uslužbencev in nezaposlenih niso bile statistično značilne, čeprav so samostojni podjetniki in menedžerji izkazali nekoliko višji rezultat. Med nezaposlenimi so se znaki izgorelosti pojavljali enako pogosto in intenzivno kot med zaposlenimi, kar odpira vprašanje, ali v izgorelost res vodijo samo okoliščine na delovnem mestu.

Preverjali smo še, kaj se v posameznih razredih izgorelosti dogaja s samopodobo, vrednotami in nekaterimi osebnostnimi značilnostmi. Pri osebah iz vzorca se je pokazalo, da so te spremenljivke v 4. razredu izgorelosti drugačne kot v ostalih treh. Osebe so po adrenalnem zlomu izražale značilno nižjo storilnostno usmerjenost. Storilnostno pogojena samopodoba je bila manj prisotna, njihovo samovrednotenje, neodvisno od dosežkov, je bilo višje. Izražale so manjšo čustveno ranljivost ter boljše postavljanje meja in zadovoljevanje lastnih potreb. Rezultati nakazujejo, da adrenalni zlom lahko pripelje do sprememb teh značilnosti ter sprememb vrednot.

Zanimalo nas je še, kaj se v posameznih razredih izgorelosti dogaja z znaki, ki so povezani z zvišano in znižano ravno kortizola. Prvi najbolj narastejo med 1. in 2. razredom izgorelosti, v 4. razredu pa znatno padejo, ker morda kaže na to, da tedaj raven kortizola ni več tako visoka kot v nižjih razredih. Drugi zlasti močno narastejo med 2. in 3. razredom izgorelosti, kar se ujema z rezultati drugih raziskav, da se pri izgorelih osebah zaradi funkcionalne blokade osi HHA pojavlja nižja raven bazičnega kortizola. Da bi izgorevanje razlikovali od adrenalne izgorelosti, bi bilo treba pri osebah, ki kažejo znake izgorelosti, testirati raven bazičnega kortizola, kar se pri nas še ne izvaja.

Raziskava je potrdila močno negativno povezanost med zadovoljenostjo potreb in stopnjo izgorelosti ($r = -0,615$). Na izgorevanje najmanj vpliva nezadovoljenost materialnih potreb (povezava je bila resda statistično značilna, vendar nizka). Najmočnejša negativna povezava obstaja med izgorelostjo ter telesnimi in čustvenimi potrebami, potrebo po varnosti in spoštovanju, močna je tudi povezava s socialnimi in intelektualnimi potrebami ter potrebami po osebni rasti. Regresijska analiza je pokazala, da so najmočnejši prediktorji ocene zadovoljenosti telesnih, čustvenih in intelektualnih potreb.

Zadovoljenost potreb sicer pada od 1. do 3. razreda izgorelosti. Po adrenalnem zlomu (4. razred) pa se poveča nezadovoljenost materialnih in socialnih potreb (najbrž kot posledica nezmožnosti za delo in socialne izolacije), pri ostalih potrebah se občutek nezadovoljenosti zmanjša. Zadovoljenost potreb je tudi negativno povezana z odlaganjem zadovoljevanja potreb ("prisilni altruizem") in pojavljanjem usmerjenosti v upoštevanje lastnih potreb. Obe usmerjenosti sta pozitivno povezani s stopnjo izgorelosti. To lahko pojasnimo z drugimi spremembami, ki nastopijo po adrenalnem zlomu. Spremeni se vrednostni sistem, človek sebe in svoje potrebe postavi na prvo mesto, zadovoljevanje potreb drugih ni več tako pomembno. Sočasno se spremeni samopodoba – negativna samopodoba, vezana na storilnost, se zmanjša, okrepi se pozitivna samopodoba (občutek

lastne vrednosti, neodvisen od dosežkov). Spremeni se še vrsta osebnostnih značilnosti, zlasti storilnostna naravnost in usmerjenost v "prisilni altruizem".

Rezultati raziskave so odprli tudi vrsto vprašanj, zlasti glede odnosa med osebnostnimi značilnostmi, zadovoljstvom z življenjem in vrednotami ter tveganim vedenjem za izgorevanje, kar je izhodišče naslednje raziskave, ki že poteka. Odpira še vprašanja vpliva življenjskih okoliščin na izgorevanje (stopnje izgorelosti pri nezaposlenih), povezav s strukturo samopodobe (storilnostno pogojena samopodoba) in vpliva socializacije na oblikovanje takšne samopodobe. Podrobneje bi bilo treba raziskati, pri kolikšnem deležu oseb, ki doživijo adrenalno izgorelost, pride do sprememb vrednostnega sistema in osebnostnih značilnosti. In še: v kolikšni meri te spremembe osebo "varujejo" pred nadaljnjim vstopanjem v nerecipročne situacije ter prispevajo k njeni prožnosti in odpornosti. Praktično svetovalno in terapevtsko delo z izgorelimi osebami na Inštitutu za razvoj človeških virov je namreč tudi pokazalo, da so pri velikem deležu oseb, ki so doživele adrenalno izgorelost, te spremembe le začasne, trajajo le leto ali dve. Ko se izčrpanost in simptomi izgorelosti poležejo, se pri osebah, ki se ne vključijo v psihoterapevtsko obravnavo, v večini primerov začnejo vračati spet stari vzorci v vedenju ter čustvenem odzivanju. To lahko privede do novega ciklusa izgorevanja, tudi zaradi pritiskov neposrednega okolja, ki pogosto pričakuje, da bo oseba čim prej spet taka, kot je bila prej. Ne smemo namreč zanemariti, da se storilnostno pogojena samopodoba oblikuje skozi socializacijo, ki podpira razvoj tistih osebnostnih značilnosti, ki so za okolje najbolj zaželeni, mednje pa sodita tudi odzivanje na pričakovanje okolja in storilnostna usmerjenost. Zato okolje pogosto na spremembe teh reagira negativno, odklonilno. Psihoterapevtska obravnava, usmerjena na samopodobo, pa podpre in utrjuje pozitivne spremembe, ki jih sproži adrenalni zlom.

Osnovna omejitev naše raziskave je bil priložnosten (nereprezentativen) vzorec, zaradi katerega rezultatov ni možno posplošiti na vso populacijo. Zlasti težko je posploševati rezultate iz 3. in 4. razreda izgorelosti, saj je bilo število oseb v tem razredu zelo majhno (14 in 7). Druga omejitev raziskave je presečno zbiranje podatkov, kar otežuje neposredno sklepanje, da proces izgorevanja poteka v tem sosledju razredov. Za to bi morali izvesti longitudinalno študijo, pri čemer bi si nemara lahko pomagali z zbiranjem podatkov iz zdravstvene dokumentacije, ki obsega daljše časovno obdobje (z ustreznimi pridobljenimi soglasji), saj bi z neposrednim spremljanjem razvoja tega sindroma pri posameznikih lahko trčili ob etične pomisleke.

Literatura

- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A. in Lönnqvist, J. (2006). Burnout in the general population: Results from the Finnish Health 2000 Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41 (1), 11-17.
- Assor, A., Roth, G. in Deci, E. L. (2004). The Emotional Costs of Parents' Conditional Regard: A Self-Determination Theory. *Journal of Personality*, 72, 47-88.

- Bakker, A. B., Demerouti, E. in Schaufeli, W. B. (2003). The socially induced burnout model. V S. P. Shohov (ur.), *Advances in psychology research*, Vol. 25 (str. 13–30). New York: Nova Science Publishers.
- Bekker, M. H. J., Croon, M. A. in Bressers, B. (2005). Child care involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absences. *Work & Stress*, 19, 221–237.
- Brenninkmeijer, V., VanYperen, N. W. in Buunk, B.P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: Is superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873–880.
- Cole, D. C., Selahadin, I., Shannon, H. S., Scott, F. E. in Eyles, J. (2002). Work and life stressors and psychological distress in the Canadian working population: a structural equation modelling approach to analysis of the 1994 National Population Health Survey. *Chronic Diseases in Canada*, 23 (3), 91–99.
- Crocker, J. in Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130 (3), 392–414.
- Eck, P. C. in Wilson, L. (2004). Adrenal Insufficiency. Sneto 10. 4. 2006 s spletne strani: <http://webmaster@satori-5.co.uk>
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. V L. A. Previn (ur.), *Handbook of personality: Theory and research* (str. 165–192). New York: Guilford Press.
- Hakanen, J. (1999). Gender-related differences in burnout, *Työterveys Journal*, 2, Special Issue, 15–17.
- Hallsten, L., Josephson, M. in Torgén, M. (2005). Performance-based self-esteem. A driving force in burnout proces and its assessment. *Arbete och Halsa*, 4, 117–139.
- Heim, C., Ehlert, U. in Hellhammer, D. H. (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25 (1), 1–35.
- Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R. in Strauman, T. (1986). Self-discrepancy and emotional vulnerability: How magnitude, accesability, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 5–15.
- Hobfoll, S. E. in Shirom, A. (1993). Stress and burnout in the workplace – conservation of resources. V R. T. Golembiewski (ur.), *Handbook of Organizational Behavior* (str. 41–60). New York: Marcel Dekker inc.
- Hobfoll, S. E. in Shirom, A. (2000). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. V R. T. Golembiewski (ur.), *Handbook of organization behavior* (2. izd.) (str. 7–81). New York: Marcel Dekker inc.
- Kalimo, R. (1999). *The challenge of changing work and stress for human resources. The case of Finland*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Keele, C. A., Neil, E. in Joels, N. (ur.) (1982). *Samson Wright's applied physiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Kernis, M. H. in Washull, S. B. (1995). The interactive roles of stability and level of self-esteem: Research and theory. V M. P. Zanna (ur.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 27) (str. 94–141). San Diego: Academic Press.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. in Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192–207.
- Lamovec, T. (1988). *Priročnik za psihologijo motivacije in emocij* [Handbook of psychol-

- ogy of motivation and emotion]. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Lundberg, U., Mårdberg, B. in Frankenhaeuser, M. (1994). The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level, and number of children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35 (4), 315–327.
- Maslach, C. in Leiter, M. P. (1997). *The Truth about Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C. in Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslow, A. (1971). *The Farthest Reaches of Human Nature*. New York: Viking.
- Matt, G. E. in Dean, A. (1993). Social support from friends and psychological distress among elderly persons: moderator effects of age. *Journal of Health and Social Behavior*, 34 (3), 187–200.
- Melamed, S., Kushnir, T. in Shirom, A., (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular diseases, *Behavioral Medicine*, 18, 53–60.
- Melamed, S., Ugarten, U., Shirom, A., Kahana, L., Lerman, Y. in Froom, P. (1999). Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels, *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (6), 591–598.
- Mesler, R. in Capobianco, M. (2001). Psychosocial factors associated with job stress. *Stress News*, 13, 4.
- Miller, G. E., Chen, E. in Zhou, E. S. (2007). If It Goes Up, Must It Come Down? Chronic Stress and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis in Humans. *Psychological Bulletin*, 133, 25–45.
- Mirowsky, J. (1996). Age and the gender gap in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 37 (4), 362–380.
- Mommersteeg, P. M. C., van Doornen, L. J. P. in Heijnen, C. J. (junij, 2003). *The psychophysiology of the burnout syndrome: cortisol sampling in burned out subjects*. Prispevek, predstavljen na srečanju APA/NIOSH Conference “Work, Stress and Health”, Toronto, Kanada.
- Murray, H. (1943). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Musek, J. (2000). *Nova psihološka teorija vrednot [A new psychological theory of values]*. Ljubljana: Educy.
- Musek, J. (2005). *Psihološke in kognitivne študije osebnosti [Psychological and cognitive studies of personality]*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Newbury-Birch, D. in Kamali, F. (2001). Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in reregistration house officers. *Post-graduate Medical Journal*, 77, 109–111.
- Pines, A. in Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Praper, P. (1999). *Razvojna analitična psihoterapija [Developmental analytic psychotherapy]*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
- Preston, D. B. (1995). Marital status, gender roles, stress, and health in the elderly. *Health Care of Women International*, 16 (2), 149–165.
- Pruessner, J. C., Hellhammer, D. H. in Kirschbaum, C. (1999). Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening, *Psychosomatic Medicine*, 61 (2), 197–204.
- Pruessner, J. C., Hellhammer D. H., Kirschbaum, C. in Meinlschmid, G. (2003). Two formulas for computation of the area under the curve represent measures of total hormone concentration versus time-dependent change. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 916–931.

- Pšeničny, A. in Findeisen, D. (2005). Poklicna izgorelost ali zavzetost za delo, to je zdaj vprašanje [The Question is: Professional Burnout or Work Commitment]. *Andragoška spoznanja*, 11 (3), 53–64.
- Pšeničny, A. (2006). Recipročni model izgorelosti (RMI): Prikaz povezave med interpersonalnimi in intrapersonalnimi dejavniki [Reciprocal Burnout Model: Interconnectedness of Interpersonal and Intrapersonal Factors]. *Psihološka obzorja*, 15 (3), 21–38.
- Raj, S. R. (2006). The Postural Tachycardia Syndrome (POTS): Pathophysiology, Diagnosis & Management. *Indian Pacing and Electrophysiology Journal*, 6 (2), 84–99.
- Ryan, R. M. in Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55 (1), 68–78.
- Schaufeli, W. B. in Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and research: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B. in Buunk, B. P. (2002). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. V M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst in C. L. Cooper, (ur.), *Handbook of work and health psychology* (str. 383–425). Chichester: Wiley & Sons.
- Schmidt-Reinwald, A., Pruessner, J. C. in Hellhammer, D. H. (1999). The cortisol response to awakening in relation to different challenge tests and a 12-hour cortisol rhythm. *Life Sciences*, 64, 1653–1660.
- Schieman, S., Van Gundy, K. in Taylor, J. (2001). Status, role, and resource explanations for age patterns in psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 42 (1), 80–96.
- Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S. in Shapira, I. (2005). Burnout and Health: Current Knowledge and Future Research Directions. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 20, 269–309.
- Shultz-Hencke, H. (1952). *Handbook of psychoanalytic psychotherapy*. Stuttgart: G. Thieme.
- Varadaraj, R. in Cooper, A. J. (1986). Addison's disease presenting with psychiatric symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 143 (4), 553–554.
- Wilson, J. L. (2001). *Adrenal Fatigue: The 21st-Century Stress Syndrome*. New York: Smart Publications.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Blumenthal, J. A. in Helms, M. J. (1997). Psychosocial correlates of job strain in a sample of working women. *Archives of General Psychiatry*, 54 (6), 543–548.