

# Sindrom izgorelosti pri upokojeni populaciji

Znanstveni članek

UDK 159.944.4-057.75

**KLJUČNE BESEDE:** stres, čustvena izčrpanost, sindrom izgorelosti, upokojena populacija

**POVZETEK** - Sindrom izgorelosti predstavlja enega največjih zdravstvenih izzivov 21. stoletja. Najpogosteje je povezan s stresom na delovnem mestu, vendar pa se pojavlja tudi pri populaciji, ki ni zaposlena. Med to populacijo spadajo tudi upokojeni. S kvalitativno raziskavo smo želeli s polstrukturiranim intervjujem treh oseb ugotoviti, ali se pri njih pojavljajo dejavniki stresa, ki lahko privedejo do sindroma izgorelosti, in znaki čustvene izčrpanosti, ki je zanj značilna. Pridobljene podatke smo kvalitativno vsebinsko analizirali z odprtim kodiranjem. Ugotovili smo, da se pri osebah, ki so sodelovale v raziskavi, pojavljajo dejavniki stresa, ki so vsakodnevno prisotni. Povezani so predvsem z njihovo socialno vlogo negovalca in/ali skrbnika družinskega člana, v katero so bili potisnjeni zaradi potreb, povezanih z življenjskimi okoliščinami (bolezni v družini, socialni status družinskega člana). Stresni dejavniki so predvsem pomanjkanje časa, preobremenjenost, občutek prekomerne odgovornosti, negotovost in neskladje s pričakovanji. Posledice dolgotrajnega stresa se v naši raziskavi kažejo v čustveni izčrpanosti, pa tudi v depersonalizaciji in zmanjšanem osebem prispevku, kar so tipične dimenzije sindroma izgorelosti. V prihodnje bo treba več pozornosti nameniti raziskovanju tega pojava ter primernemu in pravočasnemu ukrepanju za zmanjšanje posledic izgorelosti pri upokojenih.

Scientific article

UDC 159.944.4-057.75

**KEY WORDS:** stress, emotional exhaustion, burnout syndrome, retired population

**ABSTRACT** - Burnout syndrome represents one of the major challenges of the 21<sup>st</sup> century. Mostly it is connected with stress in the workplace, however, it also occurs in the non-employed population, such as the retired population. Our qualitative research, based on the semi-structured interview of three retired persons, was aimed to investigate the presence of stress factors, leading to the burnout syndrome, as well as its typical emotional exhaustion symptoms. The data were analysed by open coding. Our results show that the stress factors are present in the respondents' life on a daily basis, and are connected to their social caregiver and/or provider role they had to assume due to the circumstances and needs (family illness, family member's social status). Stress factors are identified as the lack of time, work overload, the feeling of overresponsibility, insecurity and mismatch between expectations and status quo. Consequences of the long-term stress, as determined by our study, are shown in emotional exhaustion, as well as in depersonalisation and reduced personal accomplishment as typical dimensions of burnout. The findings indicate the need for further research of this topic, as well as for adequate and timely measures to reduce the impact of the burnout consequences in retired population.

## 1 Uvod

Stres je del življenja. Je pomemben mehanizem, ki je omogočil evolucijo in preživetje ne le človeka, temveč tudi drugih živih bitij. Vendar, ko danes v razvitem svetu govorimo o stresu, imamo v mislih predvsem nenehni psihični pritisk, ki smo mu zaradi sodobnega načina življenja in zahtev družbe stalno izpostavljeni in ki lahko vodi v različna bolezenska stanja. Da je res tako, kažejo statistični podatki o bolniških odsotnostih, povezanih s stresom in izgorelostjo, saj gre za hitro rastočo in izjemno številčno kategorijo odsotnosti z delovnega mesta v razvitem svetu (EU-OSHA, 2014).

Sindrom izgorelosti je izraz, ki se je prvič pojavil v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja. Vse do danes ni enotnega soglasja o najprimernejši definiciji sindroma izgorelosti. Najpogosteje uporabljena definicija avtorjev Maslach in Jackson izhaja iz leta 1986 in pravi, da je sindrom izgorelosti stanje čustvene izčrpanosti, depersonalizacije in zmanjšanega osebnega prispevka, predvsem pri posameznikih, ki opravljajo delo z ljudmi (Schaufeli idr., 2017, str. 14). Še danes se večina raziskav opira na to večdimenzionalno definicijo in iz nje izhajajoč model sindroma izgorelosti (Bianchi idr., 2014, str. 357). Druga pogosto navedena definicija v strokovni literaturi je definicija avtorjev Pines, Aronson in Kafry (1981, str. 202), ki opisuje sindrom izgorelosti bolj enodimenzionalno - kot rezultat dalj časa trajajoče ali ponavljajoče se čustvene obremenitve, povezane z dolgotrajnimi, intenzivnimi storitvami v dobro drugih ljudi. Izgorelost nastopi kot boleče spoznanje posameznika, da ni več sposoben pomagati ljudem, da nima več česa ponuditi in da je popolnoma izpraznjen. Avtorja Schaufeli in Greenglass (2001), podobno kot Maslach, definirata sindrom izgorelosti kot stanje fizične, čustvene in mentalne izčrpanosti, ki nastopi kot posledica dolgotrajne izpostavljenosti čustveno zahtevnemu delu. Kljub razlikam med definicijami je očitno, da vse izpostavljajo izčrpanost kot ključno komponento celotnega konstrukta (Grossi idr., 2015).

Raziskovalci sindroma izgorelosti si niso enotni, ali je sindrom izgorelosti res pojav, ki je vedno povezan z delom, ali pa se lahko pojavi tudi kot rezultat kroničnih težav na katerem koli področju življenja (Bianchi idr., 2014, str. 357). Vedno pogostejše so raziskave, ki preučujejo ta pojav izven delovnega okolja, na primer pri populaciji študentov (Dahlin in Runeson, 2007), gospodinj, nezaposlenih (Weber in Jaekel-Reinhard, 2000) in celo pacientov, ki jim povzročajo dolgotrajen stres kronična obolenja, npr. sladkorna bolezen (Rieck, 2011). Švedska raziskava, objavljena l. 1997, ki je preučevala pojav izgorelosti pri sorodnikih, ki so skrbeli za dementnega družinskega člana, je prva dokazala obstoj tega sindroma tudi pri tej neprofesionalni populaciji - pri zakoncih in otrocih dementnih oseb (Almberg idr., 1997). Tej raziskavi so se kasneje pridružile še mnoge druge, ki so to dodatno potrjevale (Truzzi idr., 2012).

Vodilni raziskovalci kljub temu vse do danes opozarjajo, da je prenos konstrukta sindroma izgorelosti izven delovnega okolja kontroverzen, sploh kadar se uporablja kot sinonim za nezadovoljstvo in frustracije, vendar pa mogoč, saj gre tudi v teh situacijah pogosto za odnos med tistim, ki daje, in tistim, ki dobiva (Schaufeli idr., 2017, str. 13).

Na nastanek sindroma izgorelosti vplivajo tudi mnogi dejavniki tveganja, ki lahko izhajajo iz družbenega in domačega okolja ter iz osebnostnih značilnosti (Maslach idr., 2001). Novejša spoznanja na področju socialne, osebnostne, klinične in organizacijske psihologije prinašajo nove teoretične perspektive nastanka sindroma izgorelosti (Schaufeli idr., 2017, str. 16).

Sindrom izgorelosti ima resne posledice za psihično, fizično in socialno zdravje oz. blagostanje prizadetega, prinaša pa tudi negativne posledice za njegovo družino, sodelavce, in za celotno družbo. Na osebnostni ravni se posledice običajno kažejo kot psihični (anksioznost, otožnost, sarkazem) in somatski simptomi (glavoboli, bolečine

gibalnega aparata, alergije), lahko pa kot bolezn, kot so bolezn odvisnosti in depresija (Maslach idr., 2001, str. 406). Povezava med sindromom izgorelosti in depresijo je bila že večkrat dokazana, ob tem se je izkazalo, da lahko izgorelost služi kot napovednik depresije (Hakanen in Schaufeli, 2012, Ahola idr., 2006).

Sindrom izgorelosti se ne pojavi preko noči. Obstaja veliko različnih modelov, ki pojasnjujejo posamezne faze nastajanja in napredovanja sindroma izgorelosti - nekatere obsegajo tudi do 12 faz. 2-stopenjski Freudenbergerjev model definira prvo fazo kot občutljivost, ki se kaže s kronično utrujenostjo in zanikanjem negativnih občutkov, ob tem pa človek vlaga večje količine energije za doseganje enakih ciljev. Druga faza je definirana kot neobčutljivost, ko človeku ni nič več mar, pride do cinizma, iritiranosti, nepotrpežljivosti in v končni fazi do depresije. Tudi Maslach opisuje dve fazi, in sicer nastopi v prvi fazi čustvena izčrpanost, v drugi pa se ji pridruži fizična izčrpanost in telesni simptomi (Burisch, 2013, str. 42).

Ogroženost za nastanek sindroma izgorelosti ocenjujemo z različnimi pripomočki, vendar se v raziskavah v več kot 90 % pojavlja vprašalnik, imenovan Maslachov vprašalnik o izgorelosti (Maslach Burnout Inventory - MBI), ki sta ga leta 1981 prvič objavila Maslach in Jackson (Kristensen idr., 2005, str. 193). Ta vprašalnik je bil primarno razvit za oceno ogroženosti v socialnih poklicih. Kasneje sta bili razviti še dve verziji - splošni vprašalnik in vprašalnik za učitelje. MBI postavlja 22 vprašanj, ki so razdeljena v tri sklope - sklop, ki ugotavlja čustveno izčrpanost, sklop, ki ugotavlja razosebljenje (depersonalizacijo), ter sklop, ki ugotavlja občutek o osebnem prispevku (Maslach idr., 2006).

Vprašanja v vprašalniku MBI se nanašajo na delovno okolje, in kljub prilagoditvam ga je razmeroma težko uporabiti izven socialnih poklicev. Njegova uporaba ni mogoča za populacijo, ki ni delovno aktivna (Kristensen idr., 2005, str. 193). V zadnjih letih se je pojavilo nekaj drugih orodij, primernejših za merjenje ogroženosti pri ljudeh, ki nimajo statusa zaposlenega. Eno izmed njih je kopenhagenski vprašalnik o izgorelosti (Copenhagen Burnout Inventory), ki se osredotoča predvsem v odkrivanje utrujenosti in izčrpanosti kot ključnih dejavnikov sindroma izgorelosti. Izgorelost meri na treh nivojih, ki predstavljajo osebno izgorelost, izgorelost, povezano z delom, in izgorelost, povezano s klientom. Posebnost vprašalnika je v tem, da se lahko vsak sklop uporablja neodvisno. V skladu s populacijo, ki jo preučujemo, se lahko odločimo le za en ali dva sklopa (Kristensen idr., 2005). Čeprav se je vprašalnik v mnogih raziskavah izkazal kot zanesljiv in uporaben (Molinero idr., 2013, Milfont idr., 2008, Kristensen idr., 2005), je tudi ta naletel na kritike, predvsem pri raziskovalcih, ki zagovarjajo multidimenzionalnost sindroma izgorelosti (Schaufeli idr., 2009).

## **2 Sindrom izgorelosti in starejši**

Dokazano je, da starost ne varuje pred izgorelostjo. Finska raziskava iz leta 2000 je pokazala, da sindrom izgorelosti s starostjo narašča, kar je ravno nasprotno od splošnega prepričanja in nekaterih drugih raziskav (Ahola idr., 2006). Tako je npr.

avstrijska raziskava delavske zbornice (Bundesarbeitskammer), ki se nanaša na kakovost življenja starejših delojemalcev, pokazala, da so določeni stresni dejavniki pri starejših (po 50. letu starosti) mnogo izrazitejši kot pri mlajših. Sindrom izgorelosti oz. njegove posledice so podlaga mnogim predčasnim upokojitvam (Hoffman, 2009). Vendar psihična obolenja, povezana s stresom, tudi po upokojitvi dramatično naraščajo. Po podatkih zdravstvenih zavarovalnic je npr. v Avstriji število pacientov, ki imajo predpisana zdravila za zdravljenje psihičnih obolenj, naraslo v kratkem obdobju dveh let za 17 %. Več kot polovica vseh pacientov, katerih skupno število je v letu 2009 v Avstriji znašalo 840.000, je starejša od šestdeset let (Mauritz, 2011).

Številne raziskave kažejo, da nastopajo v starejši dobi mnogi splošni stresni dejavniki, ki nam jih vsem prinaša sodobno življenje, poleg tega pa še specifični dejavniki, ki jih prinaša s seboj starost. Med njimi izstopa predvsem stres zaradi socialne izolacije, zavrnitve, diskriminacije in predsodkov, katerim so starejši podvrženi zaradi svoje starosti (starizem). Svetovna zdravstvena organizacija v svojem poročilu o staranju in zdravju navaja, da borba starejših s starizmom povzroča motnje v samopodobi, vzbuja manjvrednostne občutke in obup ter vodi v socialno izolacijo, fizično in kognitivno upadanje, zmanjšano fizično aktivnost, zmanjšano produktivnost in ekonomske težave (WHO, 2015, str. 11). Zanimivo je, da so ti simptomi podobni tistim, ki jih navajata Maslach in Leitner kot posledico sindroma izgorelosti (2001).

Staranje je povezano tudi s povečano možnostjo pojava kroničnih bolezni. Po 60. letu je večina zdravstvenih težav povezana s starostnimi spremembami sluha, vida in gibanja, mnogo pogostejše so kardiovaskularne in kronične dihalne bolezni, rak in demenca. Pri mnogih starejših ljudeh se pojavlja polimorbidnost. V Nemčiji ima 24 % populacije, stare med 70 in 85 let, pet ali več bolezni hkrati (WHO, 2015, str. 26). Vsaka izmed njih pa prinaša s seboj kopico stresnih dejavnikov, ki se ponavljajo in pogosto trajajo vse do smrti.

V starosti se pogosteje pojavljajo stresni življenjski dogodki, kot so izguba partnerja in menjava življenjskega okolja. Število teh in intenzivnost stresa ob njih sta povezana s poslabšanjem kognitivnega delovanja in z depresijo (Cutrona idr., 1986).

Dokazano je, da posebno pri starejših kronični stres vodi v prehitro staranje imunskega sistema. Slabše delovanje imunskega sistema zmanjšuje učinkovitost cepiv in je povezano z mnogimi drugimi posledicami, kot so splošna oslabelost, arterioskleroza in izguba mišične mase (WHO, 2015, str. 57). Poleg tega lahko vodi v resne infekcijske bolezni in povečano smrtnost (Hawkley in Cacioppo, 2003).

Mnogo ostarelih je soočenih z negovanjem zakonca oz. življenjskega partnerja, kar je močno povezano z ogroženostjo za nastanek sindroma izgorelosti. Povezavo potrjujejo številne raziskave (Takai idr., 2009; Ybema idr., 2002; Almborg idr., 1997; Ekberg, 1986). Ob tem je treba omeniti tudi starejše, ki nastopajo v pogosto spregledani vlogi skrbnika že odraslih otrok ali pa morajo v celoti prevzeti skrb za svoje vnuke. To se lahko zgodi zaradi različnih dejavnikov, kot so npr. mentalne bolezni, invalidnost, nezaposlenost, bolezni odvisnosti in druge težave že odraslih otrok (Angel, Settersten 2015; Lefley, 1987). Tudi te vloge prinašajo s seboj različne stresne dejavnike (Angel, Settersten, 2015; Ingersoll-Dayton idr., 2001; Greenberg idr., 1993). Med

starejšimi, ki so v vlogi negovalca in doživljajo mentalne in čustvene napore, je kar za 63 % povečano tveganje za zgodnejšo umrljivost kot med tistimi, ki te vloge nimajo (Schulz, Beach, 1999). Specifična vloga neprofesionalnih negovalcev je spodbudila nekatere avtorje k posebni definiciji izgorelosti za to populacijo. Tako je po eni izmed definicij izgorelost neprofesionalnega negovalca (»caregiver burnout«) stanje fizične, psihične, čustvene in mentalne izčrpanosti, ki lahko zajema depresijo, agonijo, anksioznost in podobne težave (Yu idr. v Krishnan idr., 2017, str. 805).

Na osnovi predstavljenih izhodišč smo izvedli kvalitativno raziskavo, s katero smo želeli osvetliti stresne dejavnike in možnost nastanka sindroma izgorelosti pri upokojeni populaciji.

Zastavili smo si naslednji raziskovalni vprašanji:

1. Kateri so dejavniki, ki vplivajo na dolgotrajni stres pri upokojenih?
2. Ali upokojenci, ki se soočajo s ponavljajočim se in dolgotrajnim stresom, kažejo znake, ki so značilni za čustveno izčrpanost pri sindromu izgorelosti?

### 3 Metoda

Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, ki nam je omogočil prepoznavanje dveh fenomenov - čustveno izčrpanost in sindrom izgorelosti.

#### *Opis instrumenta*

V raziskavi smo uporabili polstrukturirani intervju. Pripravljena vprašanja za intervju so temeljila na delih vprašalnika Copenhagen Burnout Inventory, ki se nanašajo na osebno izgorelost ter izgorelost, povezano delom. Vključili smo štiri vprašanja (Kako se običajno počutite zjutraj, ko vstanete? Kako se običajno počutite ob koncu dneva? Kako pogosto ste utrujeni in fizično izčrpani? Kako pogosto se počutite psihično iztrošene?). Za razumevanje načina življenja in zunanjih okoliščin smo dodali še tri vprašanja (Opišite svoje življenjske okoliščine. Kaj pomeni za vas stres? S kakšnimi stresnimi okoliščinami se srečujete in kako pogosto?). Sledili sta še dve vprašanji o demografskih značilnostih intervjuvanca (spol, starost).

#### *Opis vzorca*

V neslučajni, namenski vzorec smo vključili tri osebe, ki so že več let upokojene in živijo v skupnem gospodinjstvu s partnerjem ali z drugim družinskim članom, ki potrebuje njihovo pomoč. V dveh primerih sta imela intervjuvanca vlogo negovalca obolelega zakonca, v enem primeru pa je intervjuvanka pomagala nezaposleni hčerki s finančnimi sredstvi in skrbjo za vnuke. Dve osebi sta bili ženskega spola, v starosti 80 in 68 let, ena oseba pa moškega spola, v starosti 73 let.

#### *Opis zbiranja in analize podatkov*

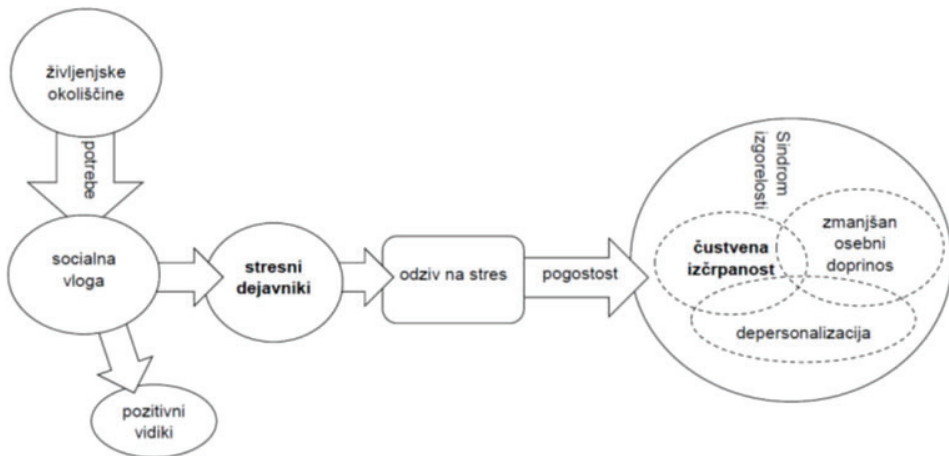
Intervjuje smo izvedli po predhodnem dogovoru z osebami na njihovem domu. Na začetku smo jih seznanili z namenom intervjuja in načinom analize prejetih informa-

cij. Intervjuje smo snemali, jih prepisali in jezikovno ter tematsko uredili. Intervjuje smo analizirali z metodo kvalitativne vsebinske analize, pri čemer smo združili sorodne pojme v kategorije, določili glavne teme ter preko modela pojasnili odnose med njimi.

## 4 Rezultati

Shema 1 prikazuje model z glavnimi temami, ki izhajajo iz rezultatov raziskave (življenjske okoliščine, potrebe, socialna vloga, pozitivni vidiki, stresni faktorji, odziv na stres, pogostost, čustvena izčrpanost, depersonalizacija, zmanjšan osebni prispevek, depresija).

Shema 1: Model nastanka sindroma izgorelosti pri intervjuvanih upokojenih osebah



V nadaljevanju je razlaga posameznih tem in nekatere izjave iz intervjujev.

*Življenjske okoliščine:* V ospredju življenjskih okoliščin pri intervjuvancih se nahaja predvsem bolezen, bodisi partnerja (demenca, multipla skleroza) ali lastna (rak). Vlogo igra tudi socialni status vzdrževanega družinskega člana (nezaposlenost, nizki dohodki, ločitev, samohranilstvo).

*»Že 7 let se borim z rakom, vse, odkar sem se upokojila. Mislila sem že, da sem ga premagala, pa se je vrnil. Vendar se borim naprej. Pri meni živi hčerka z dvema majhnima otrokoma, brez denarja je, ločena. Njen položaj me zelo skrbi. Z otroki imam veliko veselja, ampak miru ni nikoli.« (I3)*

*Potrebe:* Izhajajo iz življenjskih okoliščin. Vezane so na nesposobnost in/ali težave partnerja oz. vzdrževanega družinskega člana pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti (osebna higiena, oblačenje, mobilnost ...) oz. pri opravljanju drugih socialnih aktivnosti (gospodinjstva, finančne potrebe, vzgoja otrok ...).

*»Že leta opravim vse, kar je treba opraviti izven stanovanja, pa tudi v gospodinjstvu in pri osebni negi me žena zelo potrebuje ....« (I2)*



*Socialna vloga:* Zaradi življenjskih okoliščin in iz njih izhajajočih potreb je pri intervjuvancih v ospredju predvsem socialna vloga negovalca/skrbnika in/ali bolnika/vzdrževanca. Poleg tega so še vedno v socialni vlogi življenjskega partnerja, staršev, starih staršev.

*Pozitivni vidiki:* Intervjuvanci izražajo zadovoljstvo, da so do sedaj zmogli opravljati svojo vlogo negovalca, željo, da bi pomagali in/ali veselje, ki jim ga prinašajo stiki z vnuki.

*Stresni dejavniki:* Najbolj pogosto omenjeni stresni dejavniki so pomanjkanje časa (predvsem za počitek in zase), preobremenjenost (biti nenehno na razpolago), občutek prekomerne odgovornosti (da si za vse sam), negotovost in strah v zvezi s prihodnostjo (morebitno poslabšanje bolezni, kdo bo skrbel za prizadetega v primeru lastne nezmožnosti, finančne skrbi), neskladje s predstavami (upokojitev so si predstavljali kot čas uživanja).

*»Zaradi njih (skrbi) zvečer ne morem zaspati, kljub temu da sem utrujena. V moji glavi je na tisoče misli, ki prehitevajo ena drugo. Zato sem stalno živčna in napeta.« (I1)*

*Odziv na stres:* Najpogosteje navajajo intervjuvanci stalno zaskrbljenost, fizično utrujenost, motnje v spanju ter počitku (ne morejo zaspati, se prebujajo, premalo spijo in počivajo). Pojavlja se živčnost, napetost in fizični simptomi, kot so bolečine v trebuhu in motnje pri hranjenju.

*»Proste nimam niti minute, še ponoči spim le napol, saj stalno poslušam, če bo moč vstal ali kaj potreboval. Na nikogar se ne morem zanesti, za vse sem sama.« (I1)*

*Pogostost:* Večina stresnih reakcij se pojavlja vsakodnevno, nekatere tudi občasno, preko daljših obdobj (več let).

*Čustvena izčrpanost:* Pojavljajo se občutki psihične in fizične izčrpanosti, izžetosti, praznine, razžiranja ter občutki pomanjkanja moči in volje.

*»... Saj si dopovedujem, da ni tako hudo, ampak kakšen dan me vseeno premaga obup. In potem se počutim čisto praznega.« (I2)*

*»Zvečer sem izžeta kot cunjca. Kljub temu se težko pomirim in zaspim. Ko je okoli mene tema in je vse mirno, začnem premišljevali.« (I3)*

*Depersonalizacija:* Zaznati je negativnost, cinizem in obup.

*»Nisem prepričana, da mi bo prihodnost prinesla še kaj lepega. Pravzaprav o tem sploh nočem premišljevali, saj sploh ne vem, kaj si želim. Včasih si mislim, najbolje bi bilo, da bi naju z možem kmalu pobralo, bo vsaj konec vseh skrbi.« (I1)*

*Zmanjšan osebni prispevek:* Pojavlja se občutek neučinkovitosti in zmanjšane sposobnosti.

*»Jaz se zjokam praktično vsak dan, predvsem, ko me kdo vpraša, kako mi gre. Od življenja nimam nič, tako mi gre. Ne vem, kako naprej, kako bom zmogla jutrišnji dan.« (I1)*

*»... saj sem vesel, da sem še zdrav in zmorem, vendar opažam, da tudi sam nisem več tak kot pred leti. Več bi moral počivati, vendar me čas prehiteva ... ali pa sem jaz počasen ...« (12)*

## 5 Razprava

V kvalitativni študiji nas je zanimalo, ali se pri upokojenih lahko pojavijo znaki, značilni za sindrom izgorelosti, in kateri so tisti dejavniki, ki pri njih vodijo v pojav teh znakov.

Naša raziskava je pokazala, da se intervjuvani upokojeni soočajo s stresnimi dejavniki, ki izhajajo iz življenjskih okoliščin, potreb in socialne vloge intervjuvancev. Najbolj očitno je bilo pomanjkanje časa, predvsem za počitek, pa tudi za druge osebne aktivnosti, kot je npr. samorefleksija. Pomemben stresni dejavnik je tudi preobremenjenost, ki se kaže zlasti v občutku, da moraš biti stalno na razpolago, ter občutek prekomerne odgovornosti. To intervjuvanci doživljajo preko občutkov, da so za vse sami, da morajo poskrbeti za vse, da se na nikogar ne morejo zanesti. Naše ugotovitve se skladajo z ugotovitvami iz obstoječe literature, saj sta predvsem pomanjkanje časa in preobremenjenost klasična dejavnika stresa pri zaposlenih ljudeh (Schaufeli, Green-glass, 2001, Schaufeli idr., 2009), pa tudi pri tistih, ki so v vlogi negovalca (Krishnan idr., 2017).

Ugotovili smo, da sta pri intervjuvanih osebah močno prisotna negotovost in strah v zvezi s prihodnostjo. Predvsem jih skrbi napredovanje ali poslabšanje lastne bolezni in bolezni partnerja, kako se bo uredila skrb za negovanega partnerja v primeru lastne nezmožnosti, kakšne bodo njihove finančne zmožnosti v prihodnje. Tudi ta opažanja sovpadajo z rezultati obstoječe literature, predvsem kadar so upokojeni v vlogi negovalca ali skrbnika (Mocus Parks in Novielli, 2000; Angel in Settersen, 2015). Zanimivo je, da smo kot stresni dejavnik identificirali tudi neskladje s predstavami o upokojitvi. Intervjuvanci so si upokojitev predstavljali kot obdobje zasluženega počivanja in uživanja po letih trdega dela. Neskladje med predstavami, željami in pričakovanji ter dejanskim stanjem opisuje Maslach s sodelavci kot enega izmed temeljnih vzrokov za sindrom izgorelosti pri osebah, ki so zaposlene (2001), medtem ko tega dejavnika pri raziskavah, ki se nanašajo na upokojene ali negovalce, nismo zasledili.

Pri vseh treh intervjuvancih smo zasledili znake, ki nakazujejo visoko stopnjo tveganja za sindrom izgorelosti oz. že nastalo izgorelost. Osredotočili smo se na ugotavljanje prisotnosti znakov čustvene izčrpanosti, saj so naša, sicer modificirana, vprašanja temeljila na vprašalniku Copenhagen Burnout Inventory. Zanimivo je, da smo zaznali ne le znake čustvene izčrpanosti, temveč tudi posamezne znake depersonalizacije in zmanjšane osebne prispevke. Te tri kategorije so sicer značilne za multidimenzionalni konstrukt sindroma izgorelosti.

Čustvena izčrpanost je v literaturi definirana na različne načine, vendar se običajno nanaša na občutke fizične, psihične in čustvene obremenjenosti, izčrpanosti in praznine (Kristesen idr., 2005, str. 194). V naši raziskavi se je odražala preko občutkov



psihične in fizične izčrpanosti, izžetosti, praznine, razžiranja, občutkov pomanjkanja moči in volje. Nadalje smo opazili znake depersonalizacije, ki je v literaturi opisana kot apatija, malodušje in cinizem, ki se pojavijo ob izčrpanosti, pa tudi distanco in trd odnos do strank (Schaufeli idr., 2009). Pri posameznih intervjuvancih smo zaznali negativnost, cinizem in obup glede celotne situacije, ne pa depersonalizacije v smislu distance ali trdega odnosa do družinskih članov. Zaznali smo tudi znake zmanjšane osebne prispevka, ki se je kazal v občutku neučinkovitosti in zmanjšane sposobnosti za opravljanje vsakdanjih opravil in nalog. Literatura navaja, da se v tej fazi prizadeti počuti manj učinkovitega in poudarja upad svojih zmogljivosti (Schaufeli idr., 2009).

V naši raziskavi smo zaznali tudi množico reakcij na stres, ki privedejo do končnih znakov sindroma izgorelosti. Med njimi želimo posebej izpostaviti težave, povezane s spanjem, ki so jih intervjuvanci najpogosteje navajali kot reakcijo na dejavnike stresa. Novejša dognanja kažejo, da so motnje spanca glavni vzrok klinične izgorelosti in razlog, ki jo ohranja. Poleg tega so motnje spanja dolgoročno povezane s kognitivnimi težavami (Grossi idr., 2015).

V strokovni literaturi se upokožitev pogosto pojavlja kot odgovor in rešitev za stresne dejavnike in nezadovoljstvo pri delu (Stylen idr., 2017; Hoffman, 2009), vendar kažeta mentalno zdravje in zadovoljstvo z življenjem izboljšanje le prvo leto po upokojitvi, nato pa se znižata na enak nivo kot pred upokojitvijo. Pogosto se jima pridružijo še osamljenost in depresivni simptomi, ki se z leti le še poglobljajo (Lucas idr., 2017). Ob tem naša raziskava prikazuje tudi možnost, da se pri nekaterih posameznikih pojavi tudi sindrom izgorelosti, na kar v tem obdobju pogosto nismo pozorni. Zavedati se je treba, da lahko vsaka pogosta in/ali intenzivna aktivnost, sposobna povzročiti akutnega stresnega odziva, vodi v kronični stres, kar pogojuje razvoj sindroma izgorelosti ne glede na zaposlitveni status (Bianchi idr., 2014, str. 3).

Nekatere navedbe intervjuvancev v raziskavi lahko kažejo na prisotnost depresije. Prepoznavna in ločevanje klinične depresije ter sindroma izgorelosti pogosto predstavlja izziv in temu je namenjenih veliko raziskav. Načeloma predstavljata v literaturi oba pojma ločeni entiteti, ki pa imata nekaj skupnih točk in značilnosti, posebno pri napredovanju izgorelosti. Za boljše razumevanje odnosa med izgorelostjo in depresijo so potrebne nadaljnje raziskave (Ahola idr., 2014; Iacovides in Fountoulakis, 2003). Verjetno pa bi zgodnje prepoznavanje rizičnih faktorjev za sindrom izgorelosti pri upokojenih in pravočasno ukrepanje pripomoglo k preprečevanju hujših bolezenskih stanj, med katerimi je pri starejših zelo pogosta tudi depresija.

Ukrepi, ki dokazano pripomorejo k zmanjševanju tveganja za razvoj sindroma izgorelosti, so predvsem kognitivni vedenjski trening, psihoterapija, svetovanje, treningi komunikacije, prilagoditveni treningi, podporne socialne storitve, treningi protistresnih tehnik (Awa idr., 2010, str. 187). Smiselno bi bilo, da so ti ukrepi na voljo tudi upokojenim osebam, izpostavljenim visokemu tveganju za sindrom izgorelosti.

Ob naših rezultatih je treba upoštevati omejitve opravljene raziskave, ki so predvsem v majhnosti vzorca ter izbiri intervjuvancev, ki se je omejila na rizične skupine upokojenecv za nastanek sindroma izgorelosti. Omejili smo se tudi na zaznavanje pojavov, značilnih za stres in sindrom izgorelosti.

## 6 Zaključek

Kljub množici dokazov, da lahko sindrom izgorelosti zaznamo tudi pri delovno neaktivni populaciji, kot so npr. upokojeni ljudje, so v strokovni literaturi še vedno zelo deljena mnenja, kaj je in kaj ni sindrom izgorelosti. Medtem ko nekateri avtorji zagovarjajo stališče, da mora biti povezan z delovnim mestom, drugi zagovarjajo stališče, da se lahko pojavi tudi pri ostali populaciji. Vloga upokojenih, ki nastopajo v vlogi negovalca, je zaradi intenzivnosti dela priznana kot močan dejavnik tveganja za nastanek sindroma izgorelosti, mnogo manj pa je o tem tveganju znano pri drugih vlogah upokojenih, npr. ko so prisiljeni zaradi različnih vzrokov pomagati že odraslim otrokom ali ko se soočajo s kronično boleznijo in z drugimi viri kroničnega stresa.

Naša raziskava dokazuje možnost nastanka sindroma izgorelosti pri upokojenih osebah. S tem se pridružujemo drugim raziskovalcem, ki menijo, da ta sindrom ni vedno povezan z delovnim okoljem in da moramo biti pozorni na možnost njegovega nastanka tudi pri ljudeh, ki niso zaposleni. Poleg tega prikazuje model nastanka sindroma izgorelosti pri upokojenih, razlaga dejavnike tveganja in ugotavlja prisotnost večdimenzionalnih znakov sindroma izgorelost tudi pri tej populaciji.

Ne glede na poimenovanje znakov izgorelosti je pomembna predvsem njihova prepoznavna in pravočasno ukrepanje, saj lahko s tem preprečimo nadaljnji razvoj sindroma in s tem povezanih bolezenskih stanj.

Pomembno je, da se upokojenci z rizičnimi faktorji za razvoj izgorelosti ne počutijo izolirani, da so opremljeni z znanjem o obvladovanju stresa ter z informacijami o možnostih za svetovanje, oporo in pomoč iz okolja. Enako pomembno je, da se v zdravstvenem in socialnem sistemu zavedamo te problematike in ponujamo rešitve v smislu izobraževanja, svetovanja, psihosocialne in zdravstvene oskrbe ter drugih storitev, ki preprečujejo ali zdravijo posledice stresa in sindrom izgorelosti.

*Helena Kristina Halbwachs*

### **Burnout Syndrome in the Retired Population**

*Burnout syndrome may develop as a result of a significant long lasting and repetitive stress, connected to the job (Schaufeli et al., 2017; Montero-Marín et al., 2009). For many years, the question at hand appears to be the possibility of the burnout syndrome being developed in the population without a formal job. Several authors are advocating this possibility (Bianchi et al., 2014) and have concluded research on various non-employed groups, such as students (Dahlin and Runeson, 2007), housewives, unemployed (Weber and Jaekel-Reinhard, 2000) and even patients, facing continuous stress due to their disease management, e.g. diabetics (Rieck, 2011). It has been proven, that the burnout syndrome also exists among family members, taking care of the relative with dementia (Almberg et al., 1997; Truzzi et al., 2012). Despite these facts,*

most research in the area of burnout syndrome is focusing on the employed people. Consequently, the tools to assess burnout syndrome risks are job related and difficult to use in the non-employed population.

The factors, increasing the risk of a burnout syndrome, are well known. One of them is the role of a caregiver (Truzzi et al., 2012). Many retired people have to face this role and take care of their spouse or other family member in need of care (Almberg et al., 1997).

Burnout definition by Maslach and associates, which defines it as job-related psychological syndrome of emotional exhaustion, depersonalisation and reduced personal accomplishment, is still most commonly used definition today (Schaufeli et al., 2017). Emotional exhaustion as the key aspect of burnout syndrome is playing a crucial component also in most of the other burnout definitions.

More than 90% of all studies use Maslach Burnout Inventory (MBI) in the burnout risk assessment. This tool has been initially developed to assess the risk in so-called helping professions, being later adopted for use in other professions as well. It consists of 22 questions, independently measuring signs of emotional exhaustion, depersonalisation and diminished personal engagements (Maslach et al., 2006). Despite the fact that the questionnaire is validated as reliable and simple to use, there are some critics of it. Statements in the questionnaire are related to the job characteristics, making it unsuitable for the use in patients, which are not actively working (Kristensen et al., 2005). Some new tools are being developed, with greater suitability to assess the development of burnout syndrome in unemployed people. One of them is the Copenhagen Burnout Inventory, focusing on the three levels of burnout: personal burnout, work-related burnout, and client-related burnout. All the entities can be used independently; sometimes only one or two of them, depending on the specific needs of the researched population (Kristensen et al., 2005). This assessment tool has been proven as reliable (Molinero et al., 2013, Milfont et al., 2008, Kristensen et al., 2005). It has nevertheless been criticised by researchers in favour of the multidimensional model of burnout syndrome (Schaufeli et al., 2009).

It has been proven that older age does protect against burnout syndrome. Finnish researchers found out that the incidence of burnout syndrome increases with age, contradicting some other research in this field (Ahola et al., 2006). The study, initiated by the Austrian Chamber of Workers on quality of life of older employees showed that some stress factors gain intensiveness with age. Burnout syndrome and its consequences cause many premature retirements (Hoffman, 2009). Nevertheless, mental diseases continue to rise dramatically in the retired population. In Austria, the number of prescription medication to treat mental disorders increased for 17% within 2 years. More than half of all patients (840,000 in the year 2009) were older than 60 years (Mauritz, 2011).

Besides general stress factors, there are some more specific ones in older population, i.e. stress due to social isolation, rejection, discrimination, and ageism. As their consequence, the World Health Organisation lists self-image impairment, despair, physical and cognitive decline, diminished physical activity and financial problems

(WHO, 2015). Interestingly, Maslach and Leiter listed similar symptoms related to burnout syndrome (1997).

Ageing is also connected to increased incidence of chronic diseases. Often, older people are faced with comorbidity; in Germany, for example, 24% of population aged 70 to 85 years suffered from 5 or more diseases (WHO, 2015). All of these chronic diseases contribute to often long-lasting and repetitive stress. Stress in older population may lead to premature ageing of immune system, consequently leading to serious diseases and death (Hawkley and Cacioppo, 2003).

Additional stressors in older age are life events, such as the loss of a spouse and change of living environment, connected to a decrease in cognitive functioning and depression (Cutrona et al., 1986). Some older people have to assume a role of caregiver of their spouse or a family member. This role significantly increases the chances for developing burnout syndrome (Ekberg et al., 1986; Almborg et al., 1997; Ybema et al., 2002; Takai et al., 2009). Often neglected is the role of older people as the providers to their adult children, or as having the primary role of raising their grandchildren. This happens due to various difficulties, such as mental diseases, unemployment, dependencies and other problems in adult children's lives (Angel and Settersten, 2015; Lefley, 1987). These roles are connected to various stress factors and consequences (Angel and Settersten, 2015; Ingersoll-Dayton et al., 2001; Greenberg et al., 1993). It was shown that elderly caregivers, suffering from mental and emotional strain, have 63% more chances to die within 4 years period as their non-caregiver peers (Schulz, Beach, 1999). The caregiver role is so specific that it has motivated some researchers to define the caregiver burnout as a separate category (Yu et al. in Krishnan et al., 2017).

In light of these findings we have conducted our research on the burnout development in the older population, setting the following research questions:

1. What are the long-term stress factors, encountered by retired people?
2. Do retired people, encountering long-term stress, exhibit signs of emotional exhaustion, typical for burnout?

We performed an empirical qualitative research by conducting semi-structured interviews. We interviewed 3 participants, aged 80, 73 and 68 years, two women and a man. All of them had been living in the common household with a spouse or another family member, which required their extensive assistance in some way.

Questions were based on the Copenhagen Burnout Inventory, specifically on the part related to personal burnout and work-related burnout (Kristensen et al., 2005). To understand their life situation, 3 additional questions were asked. Interviews were analysed by open coding. Main categories in our model were:

- Life circumstances: illness (own or of a family member) and social status of the family member in need of assistance (unemployment, divorce, single parent, low income) were identified.
- Needs: related to inability or difficulties of partner/family member to perform daily activities (personal hygiene, dressing, mobility) and other social activities (household maintenance, financial needs, ...)

- *Social role: study subjects assume the social caregiver and/or provider role as a central role. They are also in the role of patients themselves, and other common roles as spouses, parents, grandparents.*
- *Positive aspects: satisfaction in managing the role so far, wishes to do good and pleasure in the contact with grandchildren are identified as positive aspects of their central role.*
- *Stress factors: most common stress factors are lack of time, mostly for resting and caring for themselves. Work overload, the feeling of overresponsibility, insecurity and fear of the future, as well as mismatch between expectations and status quo are also identified.*
- *Stress response: respondents suffer from chronic worries, tiredness and sleep disturbances. Physical symptoms, like abdominal pain and eating disorders are identified as well.*
- *Frequency: most stress reactions occur daily, some occasionally, and they have been present for years.*
- *Emotional exhaustion: feelings of tiredness, emptiness, exhaustion and fatigue have been reported. Participants express loss of will and power.*
- *Depersonalisation: negativity, cynicism and pessimism are noted.*
- *Reduced personal accomplishment: respondents report feelings of reduced effectiveness and capabilities.*

*Our research identified stress factors, related to life circumstances, corresponding needs and social roles assumed. Most obvious stress factor was the lack of time, especially for an adequate night rest and daily naps, but also in caring for themselves, and for reflecting on the situation. Important stress factors were also overload, exhibited by the feelings of having to be constantly available, as well as overresponsibility, exhibited by the feeling of being responsible alone and for everything. Our findings correspond with the literature, listing lack of time and work overload as classical stress factors in the working population (Schaufeli and Greenglass, 2001; Schaufeli, Leiter and Maslach, 2009), as well as in the caregivers (Krishnan et al., 2017).*

*We also identified strong insecurity and fear of the future as stress factors, which were noted previously in the literature (Mocus Parks and Novielli, 2000; Angel and Settersen, 2015). Interestingly, we also identified a mismatch in respondents' expectations about the retirement and the actual status quo as a stress factor. Similar job-related mismatch had been identified by Maslach and her colleagues as one of the key stress factors in the working population (Maslach, Schaufeli and Leiter, 2001), but has not been noticed in other research, related to retired people and carers.*

*Signs of emotional exhaustion in our study sample were also identified. The questions asked had been focused on looking for these signs; nevertheless, some elements of depersonalisation and reduced personal accomplishment was apparent from the obtained data. These three categories are typical in the multidimensional model of burnout syndrome (Schaufeli et al., 2009)*

*It has been shown in our research that stress responses include sleep disturbances. This is important in light of newer findings, which identify sleep disturbances as the*



main course of clinical burnout and its maintainance, also leading to cognitive impairments (Grossi et al., 2015).

Despite the retirement being often connected to preventing and resolving burnout (Stynen et al., 2017; Hoffman, 2009), it is important to note that mental health and life satisfaction only increases in the first post-retirement year. Already in the second year, it decreases to the pre-retirement level, and may further decrease as the years pass by (Lucas et al., 2017). In light of these findings, it is even more important to monitor stress factors and their impact on the health of retired people.

Several burnout prevention factors are proven effective in the working population. The most common are cognitive behavioural therapy, psychotherapy, counselling, communication training, adoptive skills training, social support and stress management trainings (Awa et al., 2010). Based on our study, it would be recommended to offer these services to the retired population with high-risk for burnout.

The limitations of our research are the small number of study sample and the choice of respondents, which was limited to retired individuals with high risk factors for burnout. Our choice of questions was limited on the stress and burnout related topics.

To understand burnout syndrome in the retired population, more research is needed. Regardless of how we name it, it is important to recognise the consequences of stress in the retired population, especially in retired people with high risk factors for burnout, who should not be left alone. They need to have access to services, aimed at improving the stress-coping skills, counselling, support and other forms of assistance in the community.

## LITERATURA

1. Ahola, K., Hakonen, J., Perhoinemi, R. and Mutanen P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms. A study using the person-centred approach: *Burnout Research*, 1, No. 1, pp. 29–37. Pridobljeno dne 20. 5. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058614000060>.
2. Ahola, K., Honkonen, T. and Isometsa, E. et al. (2006). Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, No. 1, pp. 11–17.
3. Almberg, B., Grafstrom, M. and Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person-burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 25, pp. 109–116 and personal resources on older workers' fatigue, work enjoyment and retirement intentions over time. *Ergonomics* (just accepted). Pridobljeno dne 1. 8. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00140139.2017.1334094>.
4. Angel, J. L. and Settersten, R. A. (2015). What changing american families mean for aging policies. *Public Policy Aging Rep*, 25, No. 3, pp. 78–82.
5. Awa, W., Plaumann, M. and Water, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, pp. 184–190. Pridobljeno dne 17. 4. 2017 s svetovnega spleta: [https://www.researchgate.net/profile/Ulla\\_Walter/publication/26239362\\_Burnout\\_prevention\\_A\\_review\\_of\\_intervention\\_programs/links/552f66540cf2d495071aaf4.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ulla_Walter/publication/26239362_Burnout_prevention_A_review_of_intervention_programs/links/552f66540cf2d495071aaf4.pdf).
6. Bianchi, R., Truchot, D., Laurent, E., Brisson, R. and Schonfeld, I. S. (2014). Is burnout solely job-related? A critical comment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, No. 4, pp. 357–361. Pridobljeno dne 29. 7. 2017 s svetovnega spleta: [http://laurentlab.com/wa\\_files/Bianchi\\_20R\\_20et\\_20al\\_20\\_282014\\_29.pdf](http://laurentlab.com/wa_files/Bianchi_20R_20et_20al_20_282014_29.pdf).



7. Burisch, M. (2013). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
8. Cutrona, C., Russel, D. and Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Journal of Psychology and Aging*, 1, (1), pp. 47–54. Pridobljeno dne 17. 4. 2017 s svetovnega spleta: [http://www.researchgate.net/profile/Daniel\\_Russell4/publication/19889688\\_Social\\_support\\_and\\_adaptation\\_to\\_stress\\_by\\_the\\_elderly/links/54c95a830cf2807dcc26158c.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Daniel_Russell4/publication/19889688_Social_support_and_adaptation_to_stress_by_the_elderly/links/54c95a830cf2807dcc26158c.pdf).
9. Dahlin, M. and Runeson, B. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study: *BMC Medical Education*, 7, No. 6. Pridobljeno dne 14. 4. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-7-6.pdf>.
10. Ekberg, J., Griffith, N. and Foxall, M. (1986). Spouse burnout syndrome. *Journal of Advanced Nursing*, 11, No. 2, pp. 161–165.
11. EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work). (2014). Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks - a literature review. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
12. Greenberg, J. S., Seltzer, M. M. and Greenley, J. R. (1993). Aging parents of adults with disabilities: the gratifications and frustrations of later-life caregiving. *The Gerontologist*, 33, No. 4, pp. 542–550.
13. Grossi, G., Perski, A., Osika, V. and Savic, I. (2015). Stress-related exhaustion disorder – clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, pp. 626–636
14. Hakanen, J. and Schaufeli, W. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141, 415–424. Pridobljeno dne 17. 4. 2017 s svetovnega spleta: <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/487358/1/72.pdf>.
15. Hawkey, L. and Cacioppo, J. (2004). Stress and the aging immune system: *Brain, Behavior, and Immunity*, 18, 114–119. Pridobljeno dne 20. 5. 2017 s svetovnega spleta: <http://psychology.uchicago.edu/people/faculty/cacioppo/jtcreprints/hc04.pdf>.
16. Hoffman, P. (2009). Die Qualität des Arbeitslebens von älteren ArbeitnehmerInnen – Ausgewählte Ergebnisse der BAK-Studie. *WISO* 4.
17. Iacovides, A. and Fountoulakis, K. N. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, No. 3, pp. 209–221.
18. Ingersoll-Dayton, B., Neal, M. B. and Hammer, L. B. (2001). Aging Parents Helping Adult Children: The Experience of the Sandwiched Generation. *Family Relations*, 50, pp. 262–271.
19. Krishnan, S., York, M. K., Backus, D. and Heyn, P. C. (2017) Coping with caregiver burnout when caring for a person with neurodegenerative disease: a guide for caregivers. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98, pp. 805–807.
20. Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. and Christensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout: *Work & Stress*, 19, No. 3, pp. 192–207.
21. Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: an emerging social problem. *Psychiatric Services*, 38, No. 10, pp. 1063–1070.
22. Lucas, A. R. et al. (2017). Time spent in retirement, health and well-being. *European Psychiatry*, 41, S339–S340.
23. Maslach, C., Jackson, S. E. and Leiter, M. P. (2006). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychology Press.
24. Maslach, C., Schaufeli, W. B. and Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annu. Rev Psychol*, 52, pp. 397–422.
25. Mauritz, E. (2011). Psychische Leiden nehmen stark zu. *Kurrier*, 18. 6. 2011, 17.
26. Milfont, T. L., Denny, S. and Ameratunga, S. et al. (2008). Burnout and wellbeing: testing the Copenhagen Burnout Inventory in New Zealand teachers. *Soc Indic Res*, 89, p. 169.
27. Mocus Parks, S. and Novielli, K. D. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *Am Fam Physician*, 62, No. 12, 2613–2620.

28. Molinero, R. E., Gómez-Quintero, B. H. and Moncada, L. S. (2013). Validation of the Copenhagen Burnout Inventory to assess professional burnout in Spain. *Rev Esp Salud Publica*, 87, No. 2, pp. 165–179. Pridobljeno dne 25. 5. 2017 s svetovnega spleta: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos/resp/revista\\_cdrom/vol87/vol87\\_2/RS872C\\_165ingles.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos/resp/revista_cdrom/vol87/vol87_2/RS872C_165ingles.pdf).
29. Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Mosquera Mera, D. and López del Hoyo, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*.
30. Pines, A. M., Aronson, E. and Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: The Free Press.
31. Pridobljeno dne 21. 5. 2017 s svetovnega spleta: [http://www.isw-linz.at/themen/dbdocs/LF\\_Hoffmann\\_04\\_09\\_hoch.pdf](http://www.isw-linz.at/themen/dbdocs/LF_Hoffmann_04_09_hoch.pdf).
32. Rieck, M. (2011). *Diabetes & Stress*. Diplomarbeit. BFI Wien.
33. Schaufeli, W. B. and Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issues on burnout and health. *Psychology and Health*, 16, pp. 501–510. Pridobljeno dne 28. 5. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/163.pdf>.
34. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. and Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, No. 3, pp. 204–219. Pridobljeno dne 20. 5. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/311.pdf>.
35. Schaufeli, W. B., Maslach, C. and Marek, T. (2017). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Routledge Library Editions: Human Resource Management. Routledge.
36. Schulz, R. and Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. *The Caregiver Health Effects Study*. *JAMA*, 282, pp. 2215–2219.
37. Stynen, D., Jansen, N. W. H. and Kant, I. (2017). The impact of work related.
38. Takai, M., Iwamitsu, Y., Ando, N. et al. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life: *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, No. 1, pp. 1–5.
39. Truzzi, A., Valente, L., Ulstein, I., Engelhardt, E., Laks, J. and Engedal, K. (2012). Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Rev Bras Psiquiatr*, 34, pp. 405–412.
40. Weber, J. R. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Journal of Occupational Medicine*, 50, pp. 512–517. Pridobljeno dne 20. 5. 2017 s svetovnega spleta: <http://ocmed.oxfordjournals.org/content/50/7/512.full.pdf>.
41. World Health Organisation (2015). *World report on aging and health*. Pridobljeno dne 14. 4. 2017 s svetovnega spleta: [http://www.who.int/kobe\\_centre/mediacentre/world\\_report\\_on\\_ageing\\_and\\_health\\_eng.pdf](http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/world_report_on_ageing_and_health_eng.pdf).
42. Ybema, J., Kuijjer, R., Hagedoorn, M. and Buunk, B. (2002). Caregiver burnout among intimate partners of patients with a severe illness: An equity perspective: *Personal Relationships*, 9, pp. 73–88. Pridobljeno dne 17. 4. 2017 s svetovnega spleta: [http://www.rug.nl/research/portal/files/3073715/Ybema\\_2002\\_Personal\\_Relationships.pdf](http://www.rug.nl/research/portal/files/3073715/Ybema_2002_Personal_Relationships.pdf).