

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ



Кп. Др Александра Војводић

**КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И МЕХАНИЗМИ ОДБРАНЕ КОД
ПРОФЕСИОНАЛНИХ ВОЈНИХ ЛИЦА СА СИНДРОМОМ
САГОРЕВАЊА НА РАДУ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2018.

Захвалница

Неизмерну захвалност дугујем људима који су му пружили велику помоћ и подршку током израде ове дисертације.

Посебно сам захвална свом ментору Проф. др Гогрдани Дедић, која ме је научила првим корацима у научно истраживачком раду, која је увек била ту да ме бодри кад посустанем и подигне када паднем, која је имала често више вере у мене од мене саме, великој жени и великом човеку, мом највећем узору.

Захваљујем се свим припадницима Војске Србије који су помогли и подржали истраживање.

Захваљујем се Гарди Војске Србије, мојој јединици чији ћу поносни припадник остати заувек.

Мојој сестри Тањи која је увек ту када је најтеже.

Ову дисертацију посвећујем мојим родитељима, Радиши и Светлани Влашковић и мом сину Вуку који су моја највећа покретачка снага.

Хвала.

Александра Војводић

САДРЖАЈ

1. УВОД	5
1.1. Војска Србије	5
1.1.1. Гардијска јединица	8
1.2. Стрес и стресори у војној средини	10
1.2.1. Појам и теорије стреса	10
1.2.2. Модератори стреса	12
1.2.3. Психо-неуро-ендокрино-имунолошке основе стреса као основа обољења	13
1.2.4. Стресори	17
1.2.5. Стресори специфични за војну средину	19
1.2.6. Рат као стресор	21
1.3. Квалитет живота	22
1.4. Механизми одбране	27
1.4.1. Врсте механизма одбране	33
1.5. Синдром сагоревања на раду	35
1.5.1. Дефиниција синдрома сагоревања на раду	35
1.5.2. Учесталост синдрома сагоревања на раду	37
1.5.3. Узроци синдрома сагоревања на раду	38
1.5.4. Теоретски приступи синдрома сагоревања на раду	40
1.5.5. Индивидуалне предиспозиције за развој синдрома сагоревања на раду	42
1.5.6. Испољавање синдрома сагоревања на раду	45
1.5.7. Анксиозност и синдром сагоревања на раду	47
1.5.8. Диференцијална дијагноза синдрома сагоревања на раду	48
1.5.9. Истраживања синдрома сагоревања на раду	48

2. ЦИЉЕВИ РАДА	50
3. ХИПОТЕЗЕ	51
4. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД	52
4.1. Врста студије	52
4.2. Популација	52
4.3. Узорковање	53
4.4. Варијабле	53
4.5. Снага студије и величина узорка	54
4.6. Мерни инструменти	54
4.7. Статистичка обрада	56
5. РЕЗУЛТАТИ	58
6. ДИСКУСИЈА	172
7. ПРЕВЕНЦИЈА СИНДРОМА САГОРЕВАЊА У ВОЈНОЈ СРЕДИНИ	206
8. ЗАКЉУЧАК	215
9. ЛИТЕРАТУРА	217
10. СКРАЋЕНИЦЕ	236

1. УВОД

1.1. Војска Србије

Војска Србије (ВС) је оружана сила система одбране и носилац оружаног супротстављања војним облицима угрожавања безбедности државе. Организована је на стратегијском, оперативном и тактичком нивоу у команде, јединице и установе. Чине је видови, родови и службе. Попуњава се професионалним, рочним и резервним саставом, са тежњом ка потпуној професионализацији. Развија сопствене системе обуке и логистике, а ослања се на ресурсе државе и страних партнера.

Мисије и задатке Војске Србије дефинише Скупштина Србије на основу права државе на индивидуалну и колективну одбрану, сагласно члану 51. Повеље Организације Уједињених Нација (ОУН) на принципима међународног права којима се регулише употреба силе. Мисије Војске су: одбрана државе од спољног оружаног угрожавања, учешће у изградњи и очувању мира у региону и свету, подршка у случају природних непогода и катастрофа (1-3).

Основни задаци Војске Србије су: одвраћање од оружаног угрожавања и других војних изазова, ризика и претњи безбедности, одбрана територије, ваздушног простора и акваторије, оспособљавање војника, старешина, команди, јединица и установа за реализацију мисија и задатака, учешће у међународној војној сарадњи и мировним операцијама под окриљем ОУН и система колективне безбедности, пружање помоћи у случају природних непогода и катастрофа већих размера у којима су угрожени људски животи, животна средина и материјална добра (1, 4, 5).

Могућности Војске Србије за отклањање опасности од војних претњи исказују се способношћу за одвраћање и одбрану. Војска способност за одбрану исказује својим могућностима одбране територије, ваздушног простора и акваторије, уз ангажовање неопходних ресурса одбране, самостално и уз подршку партнера, савезника и пријатељских држава. Способности Војске за одвраћање и одбрану пројектују се за максималан интензитет процењених војних изазова, ризика и претњи безбедности, а врста, јачина и начин ангажовања снага зависе од конкретне ситуације. Исказују се

успешним функционисањем система, јавношћу рада и квалитетом припрема за одбрану, оспособљеношћу кадра, формирањем борбених састава способних да ефикасно обаве задатке, вежбовним активностима, укључујући и снаге партнера и савезника, борбеним могућностима наоружања и војне опреме и високим нивоом одлучности за одбрану (2, 4, 6).

Видови Војске Србије су копнена војска и ратно ваздухопловство и противваздухопловна одбрана. Родови су: пешадија, оклопне јединице, артиљерија, инжињерија, артиљеријско-ракетне јединице за противваздухопловна дејства, авијација, речне јединице и јединице за електронска дејства.

Службе у Војсци Србије се деле на опште (кадровска, телекомуникације, обавештајна, безбедносна, информатичка, атомско-биолошко-хемијска, ваздушно осматрање и јављање, геодетска, правна, финансијска и метеоролошка и навигацијска служба) и логистичке (техничка, интендантска, санитетска, саобраћајна, ветеринарска и грађевинска служба) (3, 5, 6).

Копнена војска је најмасовнији и најстарији вид војске. Њена организација, састав, оружје и опрема прилагођени су додељеним мисијама и задацима Војске Србије, пре свега за дејства на копну. Основни задаци су: одвраћање од оружаног угрожавања, одбрана територије, обезбеђење услова за мобилизацију и развој Војске и других органа и организација система одбране, учешће у мировним операцијама и међународној војној сарадњи и подршка цивилним властима у супротстављању невојним изазовима, ризицима и претњама безбедности.

Војна организација је јединствен систем, специфична средина са устаљеном организацијом рада, где је активност појединца регулисана правилима и нормама, а где је основни однос командни (1, 3, 6).

Војну организацију као специфичну социо-културну средину карактерише:

1. Свесна војна дисциплина - тачно, безусловно и благовремено извршавање војних дужности. Карактеришу је: дисциплински прописи, усвајање тих прописа и њихова реализација, односно дисциплиновано понашање. Захтеви војне средине су већи од захтева грађанске дисциплине, а санкције за неизвршавање појединих дисциплинских прописа су строжије од цивилних.

2. Језик командовања - ауторитативан (кратко јасно наређивање, предаја рапорта) и поступци при прилажењу у чијој се основи налази изречено-учињено.
3. Специфична симболика војне организације - униформисаност (једнообразност) норми, понашања, живота и радне одеће (униформе) специфичног облика, кроја, боје и начина ношења.
4. Наглашена церемонијалност војне организације - поздрављање, ословљавање, држање тела, ношење оружја.
5. Специфични радни и животни амбијент (касарна).
6. Специфични критеријуми оцењивања и провере обучености и физичке спремности.
7. Живот и рад у групи (7, 8).

Структура односа у војсци почива на вертикалној димензији (однос према претпостављенима и потчињенима) и хоризонталној димензији (односи на истом хијерархијском нивоу).

Међуљудске односе у војсци детерминише природа војне делатности, карактер друштва коме војска припада, сложеност рада с ратном техником, посебни услови рада као и војна субординација. Сваки припадник војног колектива је у односу интеракције тј. међусобном утицају са другим припадницима тог колектива. Од квалитета међуљудских односа зависи кохезивност и ефикасност војне јединице. Кохезивност се изражава кроз осећање припадности и оданости колективу, атмосфере сигурности, могућност успостављања пријатељских односа, емоционалних веза, добро структурисаног времена (6-9).

Односи у вертикалној организацији војске су распоређени и структурално повезани, представљају субодnose или хијерархијске односе тј. однос претпостављени-потчињени. Ове односе карактерише постојање односа субординације. Субординација је однос у коме потчињени безусловно извршава наређање претпостављених. У овом односу постоји обострана одговорност- претпостављени старшина захтева безусловну одговорност потчињеног водећи рачуна да личност потчињеног не буде омаловажавана ни обезличена, а истовремено у делокругу наређења претпостављеног старешине потребно је да постоје и могућности за иницијативу и самосталност потчињених (9-11).

1.1.1. Гардијска јединица

Прва гардијска јединица у Србији формирана је на основу наредбе књаза Милоша Обреновића на Ђурђевдан 1830. године у Пожаревцу. Тако су, поред војног егзерцира и тактичких увежбавања, први гардисти учили читање, писање и рачун. Осам година касније, 12. маја 1838. године, оснивање Гарде озакоњено је доношењем Указа од стране кнеза Милоша. Гарда је тада први пут примила званично војно обележје, и тај датум ће од тога дана бити златном срмом извезен на тробојној ленти на врху копља гардијске заставе (12).

Гарда је 1883. године преформирана и преименована у Краљеву Гарду. Од тог времена, па све до данашњих дана командант Гарде је и ађутант шефа државе. У Првом светском рату (1914–1918) припадници Гарде прошли су све важније битке и недаће српске војске и допринели њеном победоносном јуришу, од Солунског фронта до слободне отаџбине. Остаће заувек запамћено да су, у зиму 1915. и 1916. године, приликом повлачења према Грчкој, српски гардисти свог остарелог и оболелог краља на рукама пренели преко залеђених албанских планина. Током Другог светског рата, 1. новембра 1944. године, од пратећег батаљона Врховног штаба Народноослободилачке војске и партизанских одреда Југославије (ВШ НОВ и ПОЈ) формирана је Гардијска бригада Југословенске народне армије. Садашња Гарда настала је преформирањем Гардијске бригаде у Гарду 30. новембра 2006. године.

Гарда је јединица Војске Србије, ранга бригаде, непосредно потчињена начелнику Генералштаба Војске Србије. Намењена је за обезбеђење виталних објеката система одбране и за војне почести највишим страним, домаћим и војним званичницима (13, 14).

За потребе Министарства одбране и Генералштаба Војске Србије, Гарда обавља послове из делокруга рада војне полиције и задатке из домена логистичког обезбеђења. Поред задатака које обављају све јединице ВС, задаци Гарде су и специфични и обухватају: обуку команди и јединица, обезбеђење њихове борбене готовости и планске употребе, обезбеђење система веза и спровођење мера обезбеђења

одређених личности када се налазе у објектима од посебног значаја за Војску Србије и одбрану Србије, а по потреби и у другим објектима, непосредно организовање и извршавање војног протокола, управљање резиденцијалним објектима.

Обука команди изводи се на нивоу Команде Гарде и команди батаљона кроз вежбе на карти, командно-штабне вежбе, вежбе без употребе јединица и бројна предавања и семинаре о најзначајнијим питањима из области одбране. Колективна обука јединица Гарде организује се у теренским условима и обухвата гађања и вежбе на терену пешадијских, војнополицијских, јединица везе и логистичких јединица. Физичка обука је посебно важна за припаднике Гарде. Изводе је сви, а састоји се од кондиционог вежбања, вежби за развој вештине, снаге и издржљивости, борења, као и спортских такмичења у војном вишебоју, стрељаштву, оријентирингу, атлетици и спортским играма. Обука за војне почасте изводи се непрекидно у Гардијском батаљону, али ни осталим јединицама Гарде није страна. Обухвата увежбавања за бројне задатке војних почасте, као што су свечани дочек и испраћај, шпалир, почасна стража, полагање венаца и егзерцир.

Обука кандидата за професионалне војнике (ПВ) обухвата разноврсне програмске садржаје у зависности од специјалности за коју кандидати конкуришу. Најчешће се обучавају пешадинци и војни полицајци, а највише је гађања, тактичке и физичке обуке (12-14).

Приликом селекције професионалних војних лица (официри, подофицири и ПВ) за рад у Гарди, селекција је усмерена на одабир најбољих, ментално и физички способних и високо мотивисаних кандидата одређених за поуну јединица I категорије који могу издржати изазове с којима се могу сусрести током службе.

Поред општих услова за пријем у професионалну војну службу, прописаних чланом 39 Закона о Војсци Србије, потребно је да лице предложено за пријем у Гарду испуњава и следеће услове:

1. да у току службе није негативно оцењивано и да су му последње две службене оцене најмање „врло добар“;
2. да је физички здрав и способан за службу у Војсци Србије (без ограничења). Кандидата на оцену здравствене способности упућује команда јединице у којој је кандидат на служби, односно школовању;

3. да је висок најмање 175 cm и да је физички складно грађен;
4. да је поступак о потпуној безбедносној провери спроведен у складу с важећим Правилником о безбедносним проверама лица у Министарству одбране и Војсци Србије и да је оцена безбедносне провере позитивна;
5. да је позитивно оцењен на психолошком тестирању (HEDONIKA);
6. да има најмање 50 бодова добијених на провери физичке способности, а према важећем Упутству за физичку обуку у Војсци Србије.

За кандидате за јединице Војне полиције у Гарди, поред ових, важе и посебни услови прописани Упутством за попуњу јединица Војне полиције (14-16).

1.2. Стрес и стресори у војној средини

1.2.1. Појам и теорије стреса

Стрес је реакција, унутрашњи емоционални одговор личности на спољашње опасности који угрожавају психички, физички и социјални интегритет које конкретна личност доживљава као опасност по свој углед или по живот или по свој вредносни систем (17).

У данашње време појам стреса се све више користи због брзог напретка технологије, великих захтева на послу, повећања броја обавеза и социјалних улога. Физиолог Бернард је средином 19. века дао основу савременог концепта стреса и прву биолошку теорију стреса. Он је сматрао да су функције сложених организама одређене и спољашњом и унутрашњом околином и да одржање живота зависи од одржавања константности унутрашње средине и поред промена у спољашњој околини. Његова је кључна идеја да физички нарушивачи интегритета организма изазивају одговоре који настоје да успоставе и одрже равнотежу. Почетком 20. века, Кенон је, ослањајући се на Бернардову теорију, дао дефиницију хомеостаза као процес који одржава унутрашњу стабилност упркос променама спољашње околине. Реакцију организма на стрес Кенон назива “борба или бег” (fight or flight) и предложио је основу неуроендокринолошке реакције на стрес која је касније допуњена. Кенон је такође сматрао да губитак здравља и настанак болести може бити и последица поремећаја

регулације психичког и социокултуралног функционирања особе. Средином 20. века један од најзначајнијих истраживача и утемељивача концепта стреса Ханс Сели, издаје монографију у којој први пут образлаже своје теорије под називом “Physiology and Pathology of Exposure to Stress”, а пар година касније и књигу “The Stress of Life”. Он дефинише стрес као телесну реакцију организма на дејство било ког фактора који ремети равнотежу организма, а стресор дефинише као фактор који изазива стресни одговор (редукционистички модел). Дао је теорију “општег адаптацијског синдрома”, по којој сви стресори изазивају исту реакцију у организму, која за циљ има адаптацију новонасталим условима у циљу одржања унутрашње хомеостазе пролазећи кроз три фазе - аларм, отпор и исцрпљење. Наглашава и да умерено излагање slabим стресорима повећава резистенцију организма на дејство јачег стресора, а наводи и да је дејство неких стресора добро и подстицајно. Ова теорија је данас основа за разумевање акутног и хроничног дејства стреса и последица по организам, као и основа за превенцију стреса. Џон Мејсон је дао основу интеракционистичком моделу стреса истичући да одговор организма на стрес зависи од стимулуса, односно од перцепције стресора (17-19).

Све до средине двадесетог века појам стреса се посматрао само на физиолошком нивоу, тада се појављује појам психичког стреса. Лазарус 1976. године наглашава разлику између физиолошког и психичког стреса, у смислу да је код првог стање појединих органа и ткива одређено јачином штетности спољашњих фактора, док појам психички стрес подразумева процену значења, опасности, претње и изазова који долазе из околине, наглашавајући улогу интеракције између појединца и околине и когнитивне процене коју појединац придаје свакој стресној трансакцији. Због тога су савремена схватања стреса најчешће когнитивна и интеракционистичка. Постоји три начина концептуализације стреса. По првом, стрес се посматра као фактор околине који у човеку ствара напетост. Други је медицинско-физиолошки приступ који стрес посматра као генерализовану, неспецифичну реакцију организма на дејство фактора спољне средине. Ова два концепта су непотпуна јер не узимају у обзир индивидуалне разлике у доживљавању и одговорима на стрес, као ни перцептивне и когнитивне процесе који се налазе у основи тих разлика, који су у основи психолошког концепта стреса. Већина психолошких модела стреса су интеракционистички или трансакцијски

модели. Лазарус предлаже трансакцијски модел у чијој је основи концепт когнитивне процене фактора стреса који делује (18-21). Особа прво когнитивно процесуира и процењује опасност, односно стресор, и оцењује важност, значење и могућност контроле ситуације и на основу тога бира начин суочавања са стресом. Оно може бити усмерено на стресор у циљу његове промене или елиминације или деловањем на сопствене емоције у циљу њихове промене и прихватања стресора. Баум је 1990. године дефинисао психолошки стрес као непријатно емоционално искуство праћено тачно одређеним, неспецифичним биохемијским, психолошким променама и променама у понашању. Акил и Морано су 1995. године објединили више теорија и дефинисали стрес као било коју физичку или психолошку промену која ремети хомеостазу организма и доводи до активације аутономног нервног система и хипоталамо-хипофизно-адреналне осовине. Национално удружење за ментално здравље Велике Британије наглашава разлику између притиска и стреса, где се притисак дефинише као субјективни осећај напетости и узбуђења покренутог од стране потенцијално стресогене ситуације, а када притисак превазиђе способност појединца да се избори са њим долази до појаве стреса (20-23).

1.2.2. Модератори стреса

Све теорије говоре у прилог томе да стрес изазива болест, а многи истраживачи се слажу да је у томе значајна интеракција стресора и индивидуалних карактеристика личности. Фактори који утичу на одговор на стрес посебно је проучавала Сузан Кобаса (24). Она новоди да одређени фактори личности помажу особи да се избори са стресом. Као најзначајније издваја способност особе да преузме и успостави контролу над ситуацијом, повезаност и добра социјална интеракција са другим људима, прихватање стресора као изазов и усмеравање ка његовом прихватању и превазилажењу. Ова три фактора личности чине једну особину – чврстину. Личност која поседује чврстину ређе развија болести које су последице дејства стреса. Многа истраживања потврђују да је прихватање стресора као изазов и његово решавање и превазилажење круцијално у борби са стресом. Други фактори од којих зависи реакција на стрес су: физиолошка реактивност, експланаторни стил атрибуције,

смисао за хумор, понашање типа А. Познати истраживачи Фридман и Роузман су истакли да се сви људи у зависности од понашања могу сврстати у једну од две врсте личности – тип А и тип Б (23-26).

Тип А су агресивни, амбициозни, конкурентни, активни, упорни, нестрпљиви, хронично су у журби, све морају завршити у одређено време, чак и у рекреативним активностима показују изузетну конкурентност. Амбиције доминирају животом, без времена за породицу и пријатеље, без слободног времена. Тип Б може бити подједнако амбициозан али му је посао само део живота уз изражене односе са породицом, пријатељима и мањим захтевима које себи поставља. Зато је тип А личности најпредиспоранији за развој стреса и болести које су последица његовог дејства. Експланаторни стил се дефинише као стални начин на који особа облашњава узроке позитивних или негативних догађаја (Питерсон, Бјукенон и Селигман, 1995). Оптимистични експланаторни стил за негативне догађаје је тежња да их објасни као спољашње, специфичне и нестабилне, а добре и позитивне као унутрашње, стабилне и глобалне, док песимистични експланаторни стил представља супротну тежњу. (Питерсон, 1995). Експланаторни стил утиче на когнитивну обраду догађаја и начина на који их особа доживљава. Емпиријски подаци показују јаку везу између песимистичног експланаторног стила и психопатологије, уочено је да особе чешће пате од депресије и анксиозности (Минека, Пури и Лутен, 1995; Робинс и Хејс, 1995) као и посттрауматског стресног поремећаја (Џозеф, Јул и Вилијамс, 1993) Абрамсон и сарадници сматрају да једном када се развију беспомоћна очекивања, депресија је неизбежна, јер су таква очекивања довољан, проксимални узрок научене беспомоћности (Абрамсон, Дајкан и Нидлс, 1991) (27-30).

1.2.3. Психо-неуро-ендокрино-имунолошке основе стреса као основа обољења

Психофизички интегритет човека је резултат синхроне интеракције и еквилибријума између нервног, хормоналног и имунолошког система организма, а хомеостаза представља стање унутрашње динамичке равнотеже између стимулативних и инхибиторних неурохемијских потенцијала неопходних за одржавање живота. Стрес је „екстремно физиолошко и емоционално узбуђење које

особа доживљава са претећом ситуацијом” и представља механизам преживљавања који омогућује организму брзу реакцију и ослобађање додатне енергије за суочавање с опасношћу или за бег. Стресна реакција је корисна, пожељна и неопходна адаптивна реакција која има за циљ да извуче организам из стања стреса и поново успостави хомеостазу (31-33).

Приликом свесне или несвесне перцепције стресора активира се центар у фронталном делу великог мозга. Унутар пар секунди долази до активације locus ceruleus и ослобађања катехоламина (адреналина, норадреналина) од стране симпатичког нервног система. Паравентрикуларни нуклеус хипоталамуса ослобађа кортикотропин ослобађајући хормон (CRH) који делује на хипофизу која лучи аденокортикотропни хормон (ACTH). Истовремено хипоталамус смањује излучивање гонадотропног ослобађајућег хормона (GRH), па и хипофиза последично смањује производњу гонадотропина, пролактина и хормона раста са повећаном свеукупном продукцијом глукагона и повећања гликемије. У истом једру хипоталамуса се ослобађа и повећана количина вазопресина. Током наредних неколико минута долази до секреције глукокортикоида и проопиомеланокортина који имају централно место у одговору на стрес. Кортизол као најзначајнији глукокортикоид обезбеђује енергију из депоа, регулише рад хипокампуса, амигдала и префронталног кортекса, доводећи до повећања пажње и фокусираности и повећања памћења, као и инхибиције имуног одговора, раста и репродуктивне функције. Као последица каснијег пада концентрације кортизола због негативног feedbacka изостаје инхибиција симпатичке активности што доводи до перзистенције хроничног стреса, настанком „burn-out“ реакција, низа психосоматских болести и посттрауматског стресног поремећаја (ПТСП). Важна је улога тзв. “pacemaker“ неурона у nucleus raphe dorsalis у организацији одговора на акутни стрес, посебно у хемодинамским променама и асцендентном одговору у акутном стресу. Допамин даје нигростријаталне пројекције од супстанције нигре до стријатума укључене у моторичке активности, мезокортикалне пројекције од вентралног стријатума и н. акумбенса до префронталног кортекса, амигдала, хипокампуса, које су повезане с пажњом, меморијом, кондиционирањем и мотивацијом, док су треће, хипоталамо-хипофизне пројекције повезане с ендорфинима у контроли бола. Пад концентрације допамина у стресу

доводи до смањења задовољства, поремећаја концентрације, снижења прага реакције на бол, пада мотивације, мотилитета. Серотонин „хормон среће“ одговоран је за осећај пријатности, среће, спокоја, заштићености, а и одговоран је за низ психичких симптома (интрузивне мисли, страх, афективна отупелост, избегавајуће понашање), а пад његове концентрације доводи до иритабилности, агресивности, несанице, депресивности, умора, импулсивности, суицидности. Ацетилхолин (АЧН) има водећу улогу у процесу памћења, распрострањен је у кортексу и хипокампусу. Пад његове концентрације доводи до аутономне дисфункције, ноћних мора, синдрома деменције. Ендорфини су укључени у повећање мотивације, одговорни су за реактивност на болне надражаје (ослобађањем опиоида у амигдалама настаје стресом узрокована аналгезија), док пад нивоа доводи до емоционалне нереактивности, губитка мотивације, нижег прага осетљивости на бол. Глутамат је главни ексцитаторни неуротрансмитер, производе га неурони у кортексу и хипокампусу, укључен је у брзу „point-to-point“ неуротрансмисију, подстиче тзв. радну меморију. Дисфункција у метаболизму глутамата у основи је механизма дисоцијације у стресу, те може бити узрок дисоцијативне амнезије због хипокампадне дисфункције. Гама-амино-бутерна киселина (ГАБА) је главни инхибиторни неуротрансмитер, широко је распрострањен у одбрамбеном механизму, интернеуронима и другим инхибиторним пројекцијама и тонички инхибира одбрамбени систем. Стрес оштећује ГАБА-ергичку инхибицију смањењем броја рецептора и смањењем њихове осетљивости, док бензодиазепини, алкохол и неуростероиди, који су ГАБА агонисти, модулишу активност ГАБА-рецептора изазивајући анксиолузу, седацију, амнезију. Алостаза је битна за разумевање индивидуалног одговора на стрес и развоја са стресом повезаних поремећаја. Дефинише се као адаптивни процес промена којим се активно одржава хомеостаза организма. Омогућава да се организам прилагоди дејству стресора дејством хормона, неуротрансмитера и цитокина, али само уколико је дејство стресора ограничено интензитетом или временом дејства. До алостатичног оптерећења доводи: а) поновно дејство стресора, б) немогућност навикавања односно нереакције на дејство стресора, в) немогућност прекида процеса покренутог стресором при престанку дејства стресора, г) немогућност адекватног одговора.

Алостаза је адаптивна способност организма да појачава односно смирује поједине виталне функције као одговор на различите спољашње и унутрашње захтеве, прилагођавајући се новонасталим условима. У основи алостазе се налази хипоталамо-хипофизно-адренална осовина, аутономни нервни систем (симпатикус, адреналин) и имунолошки систем организма. Сматра се да су жене два пута осетљивије на стрес у односу на мушкарце због флукутирајућег нивоа естрогена током менструалног циклуса. Због ниског нивоа естрогена у предменструалном, постпарталном и перименопаузалном периоду, жене знатно чешће развијају депресивне и анксиозне поремећаје током ових периода (34-38).

Такође стрес инактивира урођени и стечени имуни договор. На површини ћелија имуног система, првенствено моноцита и неутрофила, налазе се рецептори за глукокортикоиде и адренергички рецептори (α -AR и β -AR). Везивањем глукокортикоида као и ацетилхолина продукованог од стране вагалног нерва, долази до снижења секреције проинфламаторних цитокина IL-1 β , IL-6, TNF- α и INF- γ , а повећања секреције антиинфламаторних цитокина IL 4, IL 10, IL 13, инхибирајући интрацелуларни пренос сигнала путем NF- κ B, AP-1, JAK-STAT, MAPKs. Међутим, у току хроничног и дуготрајног излагања стресу долази до једног вида резистенције на дејство глукокортикоида као и смањења броја рецептора под дејством адреналина и норадреналина, па долази до повећања проинфламаторних цитокина. Ови цитокини се повезују са депресивним понашањем али и многим другим инфламаторним болестима, као што су дијабетес, тумори, кардиоваскуларне болести, аутоимуне болести и слични поремећаји.

Током стреса се смањује количина излученог окситоцина који делује на смањење лучења аденокортикотропног хормона и кортизола. Реакције организма на стрес се манифестују психичким и физичким променама у организму. Психичке реакције на стрес могу бити емоционалне (страх, бес, депресија, иритабилност, несаница, синдром сагоревања, несигурност, повлачење...), когнитивне (поремећај пажње, концентрације, меморије, критичности...) и бихејвиоралне (злоупотреба психоактивних супстанци, онихофагија, узимање велике количине угљених хидрата...). Физичке реакције на стрес подразумевају артеријску хипертензију, тахикардију, тахипнеу, хипергликемију, мидријазу, заустављање дигестије, повећање мишићне напетости...) (39-44).

1.2.4. Стресори

Стресор је догађај (спољашњи) који особа процењује као угрожавајући или опасан по властити живот, живот важних особа, материјална добра, положај у породици, друштву, заједници, самопоштовање. У питању је догађај за који се сматра да може пореметити (изменити) уобичајени ток живота.

Увидом у медицинску документацију од преко 5.000 пацијената, истражујући да ли постоји веза између болести и најстреснијих животних догађаја, Томас Холмс и Ричард Рахе открили су 1967. године да постоји значајна корелација. Њихови резултати су објављени као скала за рангирање социјалног прилагођавања, познатија под називом Холмс и Рахе скала стреса. Рахе је поново тестирао поузданост скале 1970. године на групи од 2.500 припадника америчке војне морнарице, када је од њих најпре затражио да рангирају своје најстресније животне догађаје, а затим је наредних шест месеци пратио њихово јављање лекару, са циљем да утврди да ли постоји корелација између одласка лекару и њиховог пријављеног "животног стреса". Утврдио је да је постојала иста позитивна корелација између пријављеног "животног стреса" и болести која је евидентирана при првобитном медицинском налазу. Што је био већи стреснији догађај, била је већа вероватноћа од појаве болести. Тиме је овим истраживањем још једном показана поузданост скале.

У Холмс и Рахе скали стреса је сваком догађају додељена оцена - "јединица за промену живота". За одрасле, десет највећих стресних догађаја у животу су: смрт супружника (100), развод (73), брачно одвајање (65), затвор (63), смрт блиског члана породице (63), лична повреда или болест (53), брак (50), губитак посла (47), брачно помирење (45), пензионисање (45) итд.

Резултат од 300 или више ставља особу у ризик од појаве болести. Скор 150-299 показује умерени ризик од појаве болести и резултат мањи од 150 предвиђа мали ризик од обољења (45-48).

Стресори се најчешће деле у четири категорије: 1) свакодневне стресне ситуације (журба, гужва, нељубазност), 2) велике животне промене (венчање, смрт вољене

особе, развод, пресељење), 3) трауматичне догађаје (природне катастрофе, рат) и 4) хроничне стресне догађаје (свађе у породици, проблеми на послу). Ова подела је посебно значајна уколико се у обзир узимају последице које по дејству стресора настају. Међутим, многи аутори сматрају да је ова подела неадекватна.

Олдвин даје оквир за посматрање стресора са тврдњом да се различите категорије стресних догађаја могу разликовати с обзиром на две димензије које се налазе у основи различитих концепција стресора. То су димензија интензитета стресности и време трајања стресног догађаја. Свакодневни стрес и хронични стресни догађаји дешавају се појединим људима, обично су блажег интензитета, али дугог трајања. За разлику од стреса, траума је догађај који је изван граница уобичајеног људског искуства и који је изразито неугодан свим људима, краткотрајан је али јаког интензитета. Друге важне особине стресора су могућност његове контроле, изненадност и предвидљивост (49-51).

Стресори у радној средини се сматрају једним од најзначајнијих стресора. Посебно стресогени послови су они који захтевају велико емоционално улагање и малу могућност самосталног доношења одлука и утицаја на сопствени избор начина рада и малог утицаја на напредовање и каријеру, што послове који се обављају у војној средини, сврстава у послове са највишим нивоом стреса и његовим последицама.

Стрес на послу се дефинише као скуп емоционалних, когнитивних, телесних и/или бихејвиоралних реакција појединца до којих долази када појединац процењује да се пред њега на радном месту постављају захтеви које не може испунити. Важно је уочити разлику између стреса на послу и изазова. Изазов активира све физичке и психичке снаге организма, и мотивише на стицање нових знања и вештина које су повезане с пословима и задацима. Испуњењем задатка ствара се осећај задовољства и опуштености. Изазов доводи до мотивисаности, продуктивности, задовољства и среће. Када се изазов претвори у захтеве којима особа није у стању да удовољи, уместо релаксације се јавља исцрпљеност, а уместо осећаја задовољства могу се јавити различите реакције организма на стрес. Главни стресори на послу су неповољно физичко окружење, оптерећеност послом и радним ритмом, радно време, неадекватна организација рада и садржај задатка, немогућност напредовања у каријери и статусу, ниска плата, незадовољавајући положај и лоши међуљудски односи (52-54).

1.2.5. Стресори специфични за војну средину

Припадници професионалног војног састава су изложени великом броју стресора у току мирнодопских услова, а посебно у рату. Ови стресори могу довести до многих скривених или манифестних поремећаја, првенствено анксиозних и депресивних, али и до развоја синдрома сагоревања на раду. Од припадника професионалног војног састава се очекује да су оспособљени да се изборе са дејством стресора, како током обуке тако и у борби, како би што успешније обављали задатке, а при том очували ментално здравље. Зато је важно познавати стресоре, изворе стресора, а још битније применити превентивне мере у борби против њих чиме се може постићи очување психофизичког здравља и оперативне способности (борбене готовости) професионалних војних лица (ПВЛ). Стресори који делују на њих и у рату и у миру су слични, али идентични догађаји могу имати различите импликације на различите људе, зависно од структуре личности и претходног животног искуства (7, 54-58).

Према истраживањима, социјална подршка унутар јединице као и социјална подршка од стране чланова породице, пријатеља и целокупне заједнице наводе се као најзначајнији фактор очувања здравља и спречавња поремећаја насталих дејством стреса.

Потенцијални узроци стреса у војној средини укључују преоптерећеност послом, конфликт професионалних улога, непредвидљивост захтева на послу, недостатак утицаја на доношење одлука, недостатак осећаја контроле, ригидност, недостатак социјалне подршке. (Бир, 1995; Купер и Маршал, 1978; Гринберг и Барон, 1995; Гранфелд, 2000; Цон, 1995; Рајс, 1999; Соломон, 1999). Неки аутори класификују све стресоре у две групе везане за јасноћу професионалне улоге и преоптерећеност послом који ПВЛ обавља у јединици (Хикс, Бар и Фјудивара 2010). Истраживања показују да су ПВЛ са вишим чином и одговорнијом функцијом подложнији дејству стресора. као и да четвртина активних професионалних војних лица пати од значајног стреса на послу, а да се код значајног броја њих развија емоционални дистрес, што представља значајан фактор угрожавања здравља припадника војске. Емоционални дистрес значајно утиче на борбену готовост и могућности појединца, а самим тим и читаве

војске (7, 59). Стресори у војној средини су најчешће везани за место и функцију коју ПВЛ обавља (е.г., Брит, Стец, Близ, 2004; Добрева-Мартинова, Вилнев, Стрикленд Матисон, 2002; Жекс, Близ, Базел, Приму, 2001); временом проведеним на послу и оптерећеношћу послом (е.г., Карбон, Кигрен, 2001; Голд, Фридмен, 2000; Трнспид, Маркинсон, 2000); односима у јединици (е.г., Близ и Халверсон, 1996; Жекс и Томас, 2003); сталним променама професионалних улога и порастом одговорности (е.г., Клемонс, 1996; Вилијамс, Хагерти, Јуша, Хојл, 2002); физичким стресорима (е.г., Болс, Холгер, Пикан, 2000); и стресорима услед културолошких карактеристика (е.г., Фланц, Сонек, 2002). Такође, стресори су повезани и са карактеристикама војне организације, изазвани бројним задацима (е.г., Белон., 2000; Барон, Вејткус, Адлер, 1998; Хотоф, 2003; Шигемура, Номура, 2002); честим ангажовањима (е.г., Камерон, Рак, Андерсон, 1994; Лиц, Орсило, Фридман, 1997; Парн, 2000); командном одговорношћу (е.г. Близ и Халверсон, 2002; Близ, 2002; Лиркс, 1993); многим културалним и ситуационим стресорима (е.г., Дауни, 2002); нејасно издатим наређењима и задацима, нејасним правилима и ограничењима и циљевима, стресом у току борбе, односно на терену (е.г., Декел, Соломон, Гизбург, & Нејрија, 2003; Виартц, 2002), осећајем физичког и психичког угрожавања, као и општеприсутним економским и другим друштвеним проблемима. Купер је идентификовао неке од примарних категорија стресора удружених са војним ангажовањем као што су фактор самог посла, фактор професионалне улоге ПВЛ, могућност социјалног развоја и напредовања каријере, организациони фактор и фактор односа породице и посла (6, 7, 52-59).

Постоје два главна модела дејства стресора у војној средини. Први је Каразеков модел захтев-контрола-подршка, који користи “захтеве на послу”, “ширину доношења одлука” и “социјалну подршку” за опис настанка стреса. Други је Спилбергов модел стања-особина који користи “притисак на послу” и “недостатак социјалне подршке” као два главна фактора развоја стреса. Под “притиском на послу” подразумева се велики опсег радних задатака у неадекватним условима за рад, а под “недостатком социјалне подршке” велико улагање и напрезање на послу уз изостанак признања и награде, као и подршке колега и надређених. Адекватна способност и могућност планирања задатака и утицаја на сопствени избор су значајни за смањење дејства

стресора. Процена и перцепција стресора од стране сваког појединца је различита, па је и развој дистреса индивидуалан. Утицај стресора је битан не само за развој синдрома сагоревања на раду, већ и за развој многобројних менталних поремећаја (58-64).

Стресори у војној средини могу се поделити у седам категорија.

1. Стресори повезани са самим послом - врста задатака, оптерећење, брзина рада, способност, нејасноћа, конфузија, одговорност, ограничења, надзор, атмосфера у групи, правила и циљеви рада, сталне промене на послу, непостојање одговарајућег одговора колега и надређеног, изостанак одговарајућих средстава, лоше вођство.
2. Стресори повезани са социјалним и интерперсоналним интеракцијама - прихватање, пријатељство, поштовање, статус, конфликти, губици, промене.
3. Стресори повезани са односом са породицом - осећај кривице, одвојеност, недостатак комуникације, несигурност.
4. Стресори услед специфичног психолошког окружења - непријатељство, смрт, агресивност, повреде, страх, анксиозност, одговорност према себи и другима, изолација, безначајност, напуштање, неодобравање и слично.
5. Фактори удружени са поремећајем сопственог идентитета услед конфликта улоге и личности и конфликта професионалних улога.
6. Стресори из културолошког окружења – непознавање културе, система вредности, језика, обичаја.
7. Стресори који су последица дејства физичких фактора - клима, исцрпљеност, недостатак приватности, лишавање задовољавања основних људских потреба (59-63).

1.2.6. Рат као стресор

Рат као стресор има следеће особине: јавља се нагло, траје ограничено (фокални стресни догађај), укључује екстремну претњу до претње губитка живота, са врло мало личне контроле над ситуацијом. Војници, а понекад и цивили, укључени су у релативно добро дефинисане активности одбране и/или напада на непријатеља, што повећава перцепцију контроле над ситуацијом. Те су активности често координисане,

поготово у случају акција војних јединица, што може резултирати врло уским социјалним везама међу војницима и/или цивилима. Елдер и Клип (1989.) и Вилсон, Калер, Кахана (1989.) међу првима су нашли да се код неких војника који су учествовали у борбеним активностима повећава осећај компетентности и самопоштовања, побољшавају се вештине суочавања са стресом и вештине руковођења и долази до развоја снажних пријатељстава (7, 64-66).

1.3. Квалитет живота

Изузетно мали број истраживања се бави испитивањем квалитета живота у здравој популацији. Углавном се квалитет живота испитује код болесних, пре и после интервенција, терапија и слично. Међутим, квалитет живота здравог човека који је у борби са свакодневним притисцима и стресорима се често занемарује.

Појам квалитета живота је комплексан и зависи од бројних услова, тако да се њиме баве различите научне дисциплине, од медицине, социологије, теологије до економије. Према Светској здравственој организацији (СЗО) квалитет живота се дефинише као перцепција особе о свом положају у животу у односу на културу и систем вредности у односу на своје циљеве, жеље, стандарде и тежње. Зависи од перцепције особе које има о свом физичком и психичком здрављу, задовољству социјалним окружењем и другим факторима средине. Квалитет живота представља широкоспектрални концепт који укључује физичко и психичко стање особе, ниво независности успостављених социјалних односа, лична уверења и однос особе са условима социјалне средине у којој живи (67).

Професионална војна лица су свакодневно суочена са великим бројем стресора – задаци и мисије са ризиком, проблем у комуникацији са подређенима и надређенима, сменски рад и поремећен ритам будност-спавање, одвојеност од породице, боравак у мировним операцијама, проблеми у породици, финансијски проблеми, страх од губитка радног места и слично. У складу са дефиницијом здравља Светске здравствене организације (СЗО) која дефинише здравље као физичко, психичко и социјално благостање, а не само одсуство болести и немоћи, веза између квалитета живота и

перцепције здравља је од изузетне важности за одржавање добробити професионалних војних лица и одржавање борбене готовости.

Још су Аристотел и Платон у 4. веку п.н.е. изражавали забринутост због квалитета живота, када су користили термин “добар живот” како би описали склад између унутарашњег и спољашњег стања живота, да би се ова тема актуелизовала 60-их година прошлог века. Термин „квалитет живота“ први пут помиње Пигоу 1920. године у књизи о економији и добробити, док прво документовано коришћење овог термина у медицинској литератури срећемо први пут пре 40 година у области трансплантационе медицине (67-70).

Као академска дисциплина квалитет живота се појавио 1970. године, а потврђен је и разматран 1974. године од стране научног журнала «Social Indicators Research». Друга битна академска публикација је «Journal of Happiness Studies», мултидисциплинарни часопис који омогућава расправе о томе које су две главне полазне основе у истраживању среће: 1) теоријски огледи доброг живота и 2) емпиријска истраживања субјективног благостања. Током последњих 30 година квалитет живота постаје брзорастућа дисциплина у потпуности прихваћена од страних влада, агенција и јавних сектора широм света, са захтевом да се измери и упореди промена квалитета живота унутар и између заједница, градова, региона и држава.

Вејлант наводи да се употребом механизма одбране мења индивидуална перцепција унутрашње и спољашње стварности. Бел указује да нормалан профил објектних односа омогућава нормално, здраво, зрело формирање односа, за разлику од патолошких објектних односа. Имајући у виду да су перцепција и односи кључни елементи концепта квалитета живота, можемо претпоставити да су его механизми одбране и објектни односи повезани са квалитетом живота (71-75).

Суштина концепта процене квалитета живота је да се разуме човек и његове потребе из различитих перспектива, имајући у виду да је човек у непрестаној интеракцији са својим окружењем, и да оно на њега делује на позитиван или негативан начин. Главна замерка дефиницији квалитета живота је игнорисање објективних услова које обликују очекивања појединца и самим тим субјективне оцене њиховог живота.

Скандинавски стручњаци сматрају да је субјективна оцена квалитета живота у ствари измерена адаптација на тренутне услове живота. Субјективни квалитет живота се „одржава под утицајем хомеостатичке контроле”, као питање опстанка и зато су људи развили позитивне механизме, који им омогућавају да одрже константан ниво субјективног квалитета живота у променљивим објективним условима. Једино када објективни квалитет живота достигне екстремно низак ниво, тада хомеостатичка контрола бива поремећена и субјективни квалитет живота пада. У таквим околностима су се субјективни и објективни квалитет живота показали као међусобно зависни, али на индивидуалном нивоу (76-8).

Квалитет живота је мултидимензионалан. Димензија је много, а неке од димензија се међусобно преклапају, утичу једна на другу и подложне су дејству фактора из спољашњег света, дефинисаних кроз биолошки склоп појединца, развој, културу и актуелно окружење. Спољни утицаји укључују и наслеђе, друштвена и материјална добра, старост и сазревање, развој, запослење, напредовање као и друштвене, економске и политичке варијабле. Како су сви елементи који одређују квалитет живота отворени за спољне утицаје, њихова процена је неопходна за било који мерни систем који се бави проценом квалитета живота. Кекић (2005) као и у ранијим радовима Фелс и Пери (1995), наводи да су ови фактори веома различити и да покривају широк спектар домена живота, пре свега комфор, здравствено стање, могућности за рекреацију, социјалну интеракцију, могућности за учење или образовање, креативно изражавање и различитости, културне вредности, радно окружење, адекватност зараде и финансије, професионално усавршавање, активности у слободно време, безбедност, становање, правичност, слободу мишљења и говора, итд (79-82).

Разумевање концепта квалитета живота захтева познавање суштине живота и интеракције како са друштвеним тако и са физичким окружењем. У почетку се квалитет живота сводио на друштвени стандард и половином прошлог века је истраживан у оквиру економских наука. Касније се започиње са истраживањем потреба и задовољства човека, па се у истраживање укључује и социологија. При том, већ почиње да се прави јасна разлика између објективног и субјективног квалитета живота. Крајем прошлог века у складу са теоријом о одрживом развоју, уводи се и

трећа димензија квалитета живота која се односи на квалитет животне средине, односно природног окружења. То је важна компонента, јер је природа у задњих двеста година јако деградирана, а природни ресурси исцрпљени или су на граници исцрпљивања. У последње време се као четврта димензија квалитета живота уводе наука и технолошки развој, јер они веома снажно утичу на живот сваког појединца. У једнодимензионалним дефиницијама, квалитет живота је најчешће поистовећиван са здрављем, а може се дефинисати и у смислу животног задовољства. Рејески и Михалко дефинишу квалитет живота као „когнитивни суд о задовољству сопственим животом”, концептом који користи једнодимензионалне и вишедимензионалне оцене, у смислу задовољства животом уопште или задовољства појединим димензијама живота посматраним засебно. Субјективно – објективни квалитет живота, зависно од начина мерења и одређивања, често је предмет истраживања: 1) само субјективна перцепција спољашњих услова квалитета живота, 2) субјективна перцепција у односу према објективним индикаторима, 3) субјективна перцепција и објективни показатељи комбиновани у оквиру јединственог индекса квалитета живота или 4) само објективни индикатори услова живота. Када се проучава задовољство животом мора се означити да ли су истраживачи заинтересовани за проучавање аспеката благостања или субјективног квалитета живота. Они који испитују квалитет живота, морају пружити доказе и о субјективним и објективним показатељима, а ако се ово не утврди, треба да се нагласи који аспект квалитета живота је испитиван (73-75).

Модел и дефиниције квалитета живота се разликују у зависности од аутора и владајућих школа. Али процена се заснива на детаљнијој оцени сличности (разлика) у оквиру скупова склоности, мишљења, понашања и вредности, што омогућава јасно значење и разумевање свега оног што представља квалитет живота.

Како бисмо разумели и проценили квалитет живота морамо се осврнути на филозофска гледишта о самом смислу живота, шта је живот и која је његова сврха. Его не одређује спознају света, већ само своју припадност свету, и сам човек не поседује довољно чула ни димензија да би могао да сагледа суштину свог постојања. У садашњој филозофији квалитета живота превагу још увек имају економска и политичка питања са главном теоријом објективног квалитета живота које заступају истраживачи са Запада, а која представља доминацију материјалног богатства и

капитала над слободама и вредностима појединца. Свака филозофија живота има свој систем вредности на коме и почива. Марковић је 2010. године појам вредности живота рашчланио на четири компоненте. Прва компонента се односи на то шта је вредност и он је дефинише као објективну појаву која задовољава неке битне духовно-емотивне потребе датог субјекта. Само оне чињенице (предмети, особе, догађаји, структуре људског понашања) могу бити сматране вредностима које на неки одређени начин задовољавају неке потребе (Аристотел) или неко осећање (Кант). Другу компоненту вредности представља да ли је вредност објективна или субјективна. Вредности су субјективне и вредности могу бити објективне само у томе смислу што постоји висока доза сагласности у оцени вредности неких људских поступака, политичких институција или уметничких дела међу члановима једне људске заједнице. Трећа компонента се односи на то који су основни типови вредности. У односу на то коју људску потребу задовољавају, могу бити моралне, правне, уметничке. У односу на обим субјеката на који се вредности односе могу бити опште и индивидуалне. Четврту компоненту представља питање хијерархије вредности. Различити појединци и заједнице придају различит статус и на различит начин праве хијерархију међу вредностима, а саме вредности су исте или сличне. Питање о квалитету живота је питање о вредностима које га испуњавају и дају му смисао, са честим изједначавањем појма среће и високог квалитета живота (76-79).

За висок квалитет живота, за еудемонију, потребно је постојање одговарајућих услова живота, а затим откриће сопственог потенцијала и практично ангажовање на стицању знања и вештина потребних да би се тај потенцијал актуализовао на начин својствен самој особи са једном цртом универзалности - могућности људске природе, универзалних вредности ка којима појединац и људска заједница теже (М. Марковић, 2010). Да би се дошло до резултата суштинског стања квалитета живота, неопходно је изградити нову филозофију живљења, а која се заснива на следећим поставкама: суштина и сврха живота, умност, разум и спознаја, љубав, доброта и правда, универзалност и виши нивои задовољства, инхерентно окружење, мултидимензионалност, комплексност, одрживост цивилизације, конкурентне филозофије живљења. Тако сагледана филозофија живота даје реалне изгледе да се дође бар до приближног сазнања улоге живота и човека у свету (80-86).

1.4. Механизми одбране

Када се особа суочи са изненадним и непознатим околностима, да би сачувала психичку и физичку стабилност мора да интерпретира ситуацију на одређен начин, да се суочи са реалношћу и одговори захтевима спољашње средине, да одржи везу са члановима породице и пријатељима који су од помоћи у тој ситуацији, да сачува емоционалну равнотежу и да флексибилно управља емоцијама, да задржи одговарајућу слику о себи и сачува осећање компетентности и моћи (Мос 1986., Влајковић 1992).

Према Лазарусу, механизми превладавања су когнитивни и бихејвиорални напори усмерени на савладавање, реакцију и толеранцију унутрашњих и спољашњих захтева који се јављају у стресној интеракцији особе и спољне средине (Лазарус, Фолкман 1984., Влајковић 1992). Лазарус разликује две групе механизма савладавања средње ситуације. Прву групу чине директне акције (борба-бег) у којима покушава да се промени ситуација. Другу групу чине различити физиолошки, интрапсихички и социјални палијативни механизми којима се покушава ублажити ситуација. Механизми одбране предствљају најзначајније палијативне интрапсихичке механизме савладавања (87-90).

Механизми одбране су аутоматски саморегулаторни процеси којима се смањује когнитивна дискрепанца и минимизирају нагле промене унутрашње или спољашње стварности искривљењем перцепције претећег догађаја (Вејлант, 1994.). Механизми одбране су несвесни психолошки процеси који помажу особи да се бори са стресом и последично насталом анксиозношћу и да на тај начин одржи психичку хомеостазу.

Фројд је у својој структуралној теорији ума поделио људски ум у три ентитета: Ид, Его и Суперего. Ид представља оно несвесно у човеку, инстинкте. Ове несвесне унутрашње жеље су контролисане од стране Ега, извршног органа психе, који у контакту са реалношћу модулише жеље и потребе Ида кроз механизме одбране. Его је за узврат под утицајем Суперега који представља тежњу ка савршенству, идеалима и духовним циљевима. Ова интеракција Ега и Суперега доводи код појединца до стварања моралних вредности, осећаја кривице и савести. Механизми одбране се активирају када су захтеви Ида у супротности са идеалистичким Суперегом, у циљу

одржавања менталне хомеостазе и заштите свесног ума од ефеката таквих сукоба. Фројд је први пут описао механизме одбране 1894. године, а Ана Фројд их је даље изучавала (87-89).

Ана Фројд и Рене Спиц су сматрали да се механизми одбране јављају у константном развојном обрасцу. Крамер је формулисао две пропозиције. По првој различити механизми одбране су карактеристични за различите периоде развоја. По другој, свака одбрана ће имати своју развојну путању, појављује се и постаје доминантна у једном периоду, а затим са појавом нове одбране, растом и падом њеног значаја постаје мање важна, и тако изнова. (88-91).

Неколико истраживања показује да на развој механизма одбране утиче начин привржености. (Бешарат, 2001; МекМахн, 2005). Начин на који се људи боре са стресовима у животу под утицајем је врсте механизма одбране (Кобак и Скири, 1988). Фројд је објаснио механизме одбране кроз четири етапе - импулс који особа доживљава као психичку претњу која изазива анксиозност која покреће механизме одбране. Ана Фројд је описала десет врста механизма одбране. Она је нагласила значај механизма одбране у адаптацији, у њиховом смиривању унутрашњих турбуленција, али и њиховом утицају на превазилажење свакодневних претњи и захтева.

Структурална и динамичка својства личности (црте личности, појам о себи, мотиви, емоције) у великој мери одређују перцепцију и когницију. Они утичу на избор најделотворније стратегије прилагођавања и функционисања. Битан структурални аспект личности је селф-шема, односно онај део личности који не зависи од особина, и који омогућава организацију знања, обрађује информације о себи, интерпретира информације о другима и омогућава да се особа лакше снађе у разним околностима. Једна од наших схема је дисторзија којом се трансформише информација о себи ради одржања позитивне слике о себи. Тејлор и Браун су 1988. године ове дисторзије назвали селф-илузијама (одбранама) и дефинисали их као релативно трајне облике понашања. Њима се реалност искривљава и подешава у циљу заштите или уздизања себе. Можемо их сместити у трикомпонентни модел: когниције, емоције и мотивацију. Когнитивна компонента брзо обрађује информације доводећи до задовољства или незадовољства. Наша когниција и когнитивне шеме о нама самима и другима никада

нису потпуне, па када се наиђе на информације које нису у складу са постојећим знањима долази до формирања нових схема да би се одређени догађај протумачио. Когнитивна пристрасност се заснива на реинтерпретацији актуелних информација које би могле да угрозе слику поимања о себи. Емоционална компонента се односи на смањење негативних стања, пре свега анксиозности, или регулисању интрапсихичких конфликта. Мотивацијска компонента има за циљ одржавање стабилности позитивног селфа по сваку цену (92-95).

Према Дејвидсону и МекГрегору (1998), према самој дефиницији механизма одбране, постоји шест критеријума за њихово дефинисање: несвесност, психичка претња, промена аверзивног афекта, стабилност, посебност, адаптација.

За разлику од механизма одбране, постоје такозвани “механизми преживљавања” који су последица когнитивних и бихејвиоралних промена у циљу адаптације на новонасталу ситуацију, и у њиховој основи се налазе бројни фактори, између осталих и механизми одбране. Могу бити функционални и довести до адаптације на новонасталу ситуацију, уз одржавање унутрашње хомеостазе или дисфункционални са последичним маладаптивним последицама у смислу анксиозности, депресије, соматизације. Камер је изнео три основне разлике између механизма одбране и механизма преживљавања: свесност, намера и хијерархијска концепција које су присутне у механизмима преживљавања али не и у механизмима одбране. DSM-IV класификација болести не поставља јасну разлику између њих, али се многи истраживачи слажу да је потребно прво утврдити да ли је заиста веза између зрелих механизма одбране и адаптивних механизма преживљавања константна, као и веза између незрелих или неуротских механизма одбране и малдапативних механизма преживљавања. Други аутори пак сматрају да је веза између механизма одбране и механизма преживљавања константна, наводе поклапање осам механизма преживљавања са врстом механизма одбране. Даља истраживања су неопходна у циљу овог разјашњења, јер би њихово повезивање имало веома велики значај за психотерапију (96-99).

Механизми одбране имају задатак да заштите особу од ексцесивне анксиозности, било да је узрок те анксиозности у спољном свету или непријатно унутрашње психолошко стање (Фројд 1936., Крамер 1998.), док механизми преживљавања делују

као прикривено или отворено понашање које се примењује да би се редуковао или елиминисао психолошки дистрес или стресогена ситуација (Флихман 1984.). Поједини психолози и психијатри сматрају да је механизам преживљавања секундаран и да зависи од механизма одбране, док пак други сматрају да особа у конфликтној ситуацији прво користи механизме преживљавања, па тек уколико они падну, доводе до активације механизма одбране у циљу заштите Ега. Међутим, Плучик је 1995. године дао други модел основног адаптивног процеса. Према овој теорији Его механизми одбране и механизми преживљавања су деривати осам основних емоција (страх, бес, радост, туга, очекивање, прихватање, изненађење и непријатност) које у конфликту са анксиозношћу стварају у појединцу одбрамбени став. Однос није потпуно разјашњен и потребна су даља испитивања у овом смеру.

Истраживачи нису сагласни око броја механизма одбране. Фројд је, на пример, навео девет механизма, док је Ана Фројд листи од девет механизма одбране (регресија, потискивање, реактивна формација, изолација, поништавање, пројекција, интројекција, окретање против себе, окретање у супротно) касније придодала још интелектуализацију и идентификацију (Кондић, 1987). Теоретичари су предлагали многе друге концепте механизма одбране, као што су компензација, фантазија, идеализација, супституција, соматизација, ектинг-аут, сублимација, магијско мишљење, аскетизам, негација, цепање (Каплан и Седок, 1989). Бонд и сарадници (1983) описали су 24 механизма одбране, укључујући инхибицију, псеудоалтруизам и приањање (clinging). Пери (1990) је листу проширио на 28 механизма, додавши удруживање (affiliation), антиципацију, самопосматрање и хипохондрију. DSM III-R; (American Psychiatric Association, 1987) наводи и аутистичну фантазију, девалвацију, дисоцијацију, пасивну агресију и свесно потискивање (suppression). Листа садржи укупно 18 механизма одбране (100-102).

Карен Хорнеј је у три односа – кретање према људима, кретање од људи и кретање против људи – сврстала свих десет неуротских потреба и све механизме одбране поделила на примарне (повлачење, моћ, приврженост, субмисивност) и секундарне механизми одбране (слепе тачке, претерана самоконтрола, цинизам, тачност, неухватљивост и ригидна исправност). Ови секундарни механизми одбране се јављају код неуротичних особа. Код њих је оптимални развој реално заустављен

због базичне анксиозности и долази до самоидеализације, чиме особа попуњава празнине у актуелном животу. Овим механизмима одбране особе развијају идеализовани селф и тиме се удаљавају од стварног ја, а помоћу њих пројектују своја осећања и недостатке на друге.

Пери (1990) је предложио другачији класификациони систем механизма одбрана. Он је издвојио седам категорија: (а) акционе одбране (пасивно-агресивно понашање); (б) граничне одбране (цепање); (в) одбране порицања; (г) нарцистичке одбране (омнипотенција); (д) неуротичне одбране (потискивање); (ђ) опсесивне одбране (поништавање) и (е) зреле одбране (сублимација).

Ихилевич и Глесер (1991) говоре о пет општих одбрамбених стилова. Први стил је назван „Усмеравање против објекта“ у коме се контрола над унутрашњим конфликтима или претњама успоставља нападом на претпостављени извор опасности. „Пројекција“ је стил у коме се приписују негативне намере другима на основу искривљених чињеница. Код „Принципализације“ је укључена рационализација и познате фразе и коришћени шаблони док код стила „Окретање“ против себе долази до омаловажавања и осуде селфа. Пети одбрамбени стил аутори називају Преокретање у коме се претња минимизира или се блокира пут до свесног нивоа (99-103).

Крамер је све механизме одбране поделио у шест хијерархијских нивоа: 1) Високо адаптивне (хумор, сублимација, алтруизма и супресија), 2) Ментална инхибиција (замена, дисоцијација, интелектуализација, изолација, игнорисање), 3) Минорна дисторзија реалности (идеализација, свемоћ, девалуација), 4) Порицање (негирање, пројекција, рационализација), 5) Мајор дисторзија реалности (аутистична фантазија, пројективна идентификација, сплитинг), 6) Акција (ектинг-аут, апатично повлачење и пасивна агресија) и дефанзивна дисрегулација (делузиона пројекција, психотично порицање и психотична дисторзија).

Такође се у појединим истраживањима наглашава веза између механизма одбране, раних маладаптивних шема и разних поремећаја као што су посттрауматски стресни поремећај, поремећаји личности (Петросели, Глејсер, Келхоун и Кембел, 2001), злоупотреба психоактивних супстанци (Брочи, 2004; Дуковуларет, 2002), анксиозност (Делатрит, 2004), депресивност (Абелет, 2009; Кормијер, 2011), поремећаји исхране (Купер, Роуз, Тарнер, 2005; Сарин и Абела, 2003) (104-109).

Јунг је 2000. године нагласио да су ране маладаптивне шеме когнитивни и емоционални самоодбрамбени модели који се успостављају током детињства кроз учење, а кроз животно искуство се понављају током читавог живота. Као одговор на ове шеме које не морају бити само лоше и трауматично искуство већ и претерана заштита од стране родитеља, могу се развити маладаптивно понашање и емоционални поремећаји. Када особа у одраслом добу препозна стресогену ситуацију као опасност враћа се на маладаптивне шеме које је раније користила и ствара негативна осећања што за узврат доводи до погрешне перцепције стварности и когнитивних поремећаја.

Механизми одбране су резултат динамичких процеса који су покретачи људског понашања, а та сама динамика зависи од градивних елемената личности односно њене структуре, па самим тим личност заузима кључно место у начину на који се суочава са свакодневним догађајима у животу. Често се расправља о томе шта је оно што одређује понашање - ситуација или личност. У том смислу, постоје два приступа. Волтер је представник поборника ситуационизма, заступајући став да је ситуација водила у објашњењу понашања личности, и да се особа, зависно од ситуације, различито понаша. Други приступ је диспозицијски који наводи да су особине личности стабилне у различитим ситуацијама. Постоји и трећи приступ - интеракционистички, и по њему понашање зависи од интеракције ситуације и особе.

Хејтема је дао велики допринос истражујући овај модел, објединивши когнитивне и биолошке аспекте функционисања личности и развио је адаптациони модел отворених система. По овом моделу личност функционише на три нивоа: 1) когнитивно-симболичком, 2) сензорно-моторно-операционом, 3) контролном.

Међутим, од свих класификација најчешће се употребљава класификација коју је предложио Вајлант (Бонд, Гарднер, Кристијан, 1983; Шеброл, Калахан, 2004.). Вејлант је описао хијерархијску особину механизма одбране и сврстао их у три групе: зреле, незреле и неуротске. Прву групу зрелих механизма одбране чине: сублимација, хумор, антиципација и потискивање. Другу групу незрелих механизма одбране чине: пројекција, пасивна агресија, ектинг-аут, изолација, девалвација (обезвређивање), аутиситичка фантазија, избегавање, померање, дисоцијација, (расцеп) сплитинг, рационализација и соматизација. Трећу групу неуротских механизма одбране чине: поништење, псеудоалтруизам, идеализација и реактивна формација.

Зрели механизми одбране су удружени са адаптираним функционисањем, док су незрели и неуротски механизми одбране такође покушај Ега да одржи психичку хомеостазу под дејством стреса, иако су повезани са анксиозношћу и воде ка многим психичким и физичким поремећајима. Зрели механизми одбране се повезују са добрим односом према стресу и добрим психичким и физичким здрављем, док се незрели и неуротски механизми одбране везују за бројне психичке поремећаје као што су поремећаји личности, депресија, панични и опсесивно-компулзивни поремећај.

О врсти механизма одбране које користи једна особа може се закључити на основу њених свесних одговора, а затим се тако добијени механизми могу користити за расветљавање карактеристика личности, психосоцијалног функционисања, темперамента, менталног и физичког здравља, утицаја стреса и сличног. Вејлант је нагласио да су механизми одбране главна средства за управљање нагонима, да су несвесни, динамични и реверзибилни, и могу бити адаптивни и патолошки (109-112).

1.4.1. Врсте механизма одбране

Зрели механизми одбране су сублимација, хумор, антиципација и потискивање. Они се могу когнитивно контролисати и представљају најбољи начин заштите од психичких поремећаја и болести. Сублимацијом се осујећене сексуалне и агресивне нагонске пулзије упућују ка социјално прихватљивим циљевима у корист неке социјално конструктивне активности. Антиципацијом се предвиђа и припрема за могући лош исход неке ситуације. Аскетизмом се елиминише задовољство, где уз високо изражен морални елемент сам чин одрицања пружа графикацију (113-115).

Неуротски механизми одбране су поништење, псеудоалтруизам, идеализација и реактивна формација. Потискивање је основни механизам одбране како здраве тако и неуротске личности. Може бити примарно када се потискује садржај који никада није био у свести и секундарно када се потискује свесни садржај. Том контраинвестицијом се троши велика количина енергије па настаје умор и астенија неуротских особа. Потиснути садржаји остају активни тиме што теже да се врате у свесно. Потискује се несвесни део личности али и актуелни спољни догађаји који би могли да активирају раније потиснуте догађаје. Супституцијом се врши замена објекта којом се задовољава

нагонска пулзија. Реактивном формацијом се несвесне нагонске пулзије претварају у своју супротност са претерано наглашеним испољавањем (113-116).

Незрели механизми одбране су пројекција, пасивна агресија, ектинг-аут, изолација, девалвација (обезвређивање), аутистичка фантазија, избегавање, померање, дисоцијација, (расцеп) сплитинг, рационализација и соматизација. Интројекција је механизам одбране који се прво јавља код новорођенчета и њиме се асимилује објекат у сопствену личност. Пројекција се јавља рано код детета при првом сусрету са фрустрацијом нагонских пулзија насталим због родитељских забрана. Тако особа своје неприхватљиве мисли, идеје и осећања приписује и локализује у објекте у спољнем свету, чиме унутрашња опасност постаје спољашња и самим тим се може лакше контролисати (расисти, параноидне идеје). Цепање је дефанзивни механизам одбране у ком се добри и лоши објекти држе одвојено. У основи је тешких облика поремећаја личности (гранични). Негацијом се из свести одстрањују непријатни садржаји тако што особа не запажа очигледне реалне чињенице. Ана Фројд је имала став да “негација штити од јаким спољњих дражи, а потискивање од нагонских потреба. Идентификација је повезана са интројекцијом и представља несвесно прихватање или поистовећивање са реалним објектима, личностима и вредностима садржаним у култури (мајком, агресором, оцем). Регресија представља враћање на оне облике понашања и манифестацију психичких функција које су карактеристичне за раније фазе развоја. Јавља се у ситуацијама које су за особу мучне и тиме се особа враћа на понашање за које је раније остала фиксирана. Присутна је и код здравих особа, када је израз снаге ега. Сматра се да је у основи креативности “флексибилна регресија”. Соматизацијом се енергија нагомиланог афекта претвара у телесни симптом (сензорни, моторни или вегетативни). Идеализацијом се пренаглашавају позитивне, а смањују негативне особине жељеног објекта. Компензацијом се врши корекција неког хендикепа надвладавањем фрустрације или ојачавањем слабости. Рационализација има за циљ оправдање понашања уз прихватање социјално прихватљивог логичног објашњења поступка или одлуке које су резултат несвесног механизма. Интелектуализацијом се нагонске пулзије везују за интелектуалне циљеве. (114-117).

1.5. Синдром сагоревања на раду (Burnout sindrom)

1.5.1. Дефиниција синдрома сагоревања на раду

Термин синдрома професионалног изгарања-сагоревања (burnout sindrom) први је употребио Херберт Фрауденбергер 1974. године, да би њиме означио комплекс симптома исцрпљености, разочарања и повлачења код припадника хуманистичких професија, чија је сврха пружање стручне помоћи људима у различитим стањима egzистенцијалне угрожености. Фрауденбергер је описао и дефинисао овај синдром као стање екстремне исцрпљености узроковане превеликом потрошњом енергије и свих ресурса које особа поседује. Овај аутор сагоревање на послу дефинише као „постепени губитак идеализма, енергије, смисла и циљева које често доживљавају људи који се професионално баве услужним професијама, а што представља непосредну последицу услова у којима раде“, што се може сагледати као маладаптивни одговор појединаца на висок ниво хроничног стреса узрокованим радом који се манифестује у физичкој, емоционалној и менталној исцрпљености. Синдром сагоревања се у квалитативном смислу разликује од умора, пошто умор не укључује промене ставова према послу и понашање према људима са којима се ради, што су суштинске одреднице професионалног сагоревања. Синдром сагоревања на раду је социо-психолошки феномен емоционалне, мотивационе и физичке исцрпљености, који настаје као последица хроничног стреса на послу (118-121).

Маслах је симултано, али независно истраживала овај синдром и дефинисала га кроз три димензије: висок ниво емоционалне исцрпљености, висок ниво деперсонализације и низак ниво личног задовољства (самовредновања).

Према Маслах, синдром сагоревања на раду представља комбинацију емоционалне исцрпљености, депресије и негативних осећања о себи. Емоционална исцрпљеност представља реакцију организма на стрес. Описује се као континуирано „трошење“ афективних ресурса индивидуе и карактерише се дисфоричним расположењем (Маслах и Шауфели, 1993); Деперсонализација се карактерише циничним ставом и доживљајем отуђености од људи на радном месту. Умањено постигнуће се огледа у виду негативне евалуације личних компетенција и

продуктивности, као и у доживљају смањене самоефикасности (Маслах, 2001). Дакле, емоционална исцрпљеност представља стресну, деперсонализација интерперсоналну, а умањено постигнуће самоевалуативну компоненту синдрома сагоревања (Попов, Миљановић, Стојаковић, & Матановић, 2013). Маслах је дефинисала овај синдром и као “стање исцрпљености у ком је особа цинична и смањује вредност свог посла, уз сумњу у сопствену способност да тај посао обавља”.

Иако је Маслах дала најпознатију теорију синдрома сагоревања на раду, то није и једина теорија. Широом је 1985. године дефинисао синдром сагоревања на раду као комбинацију физичког умора, емоционалне исцрпљености и когнитивне преоптерећености. Он и други истраживачи (Кристенсен, 2005.) не виде деперсонализацију као део синдрома сагоревања, већ као одбрамбени механизам понашања који претходи сагоревању, а смањен лични успех представља, не део синдрома сагоревања, већ његову последицу (113, 117, 122).

Пајнс и Еронсон се слажу са Широом око кључних детерминанти синдрома сагоревања, па су 1988. године дали дефиницију по којој је овај синдром стање физичке и емоционалне исцрпљености проузроковане дугорочним учешћем у емоционално захтевним ситуацијама.

Од Фрауденбергера до данас бројна истраживања у свету су усмерена ка истраживању овог синдрома.

Термин синдром сагоревања је од 1992. године у приручнику Светске Здравствене Организације ICD-10 (*World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral diagnostic criteria for research. Switzerland: Geneva; 1992*), у делу “Проблем решавања животних потешкоћа” где се дефинише као “стање виталне исцрпљености” (Z 73). Ни најновија DSM-V класификација не признаје овај синдром као болест.

Критеријуми за дијагнозу синдрома сагоревања су физички и ментални симптоми исцрпљености, уз битан недостатак психолошке енергије који морају бити присутни свакодневно током последње две недеље и доводе до смањења радне способности. Ти спадају: недостатак концентрације, смањена могућност борбе са стресом, раздражљивост и емоционална нестабилност, поремећај спавања, болови у мишићима, вртоглавица и тахикардија. Наведени симптоми не смеју бити последица

друге психијатријске болести, злоупотребе супстанци или неке друге болести (Шауфели, 2009.).

Сходно томе у неким европским земљама као што су Шведска и Холандија, синдром сагоревања на раду је званична медицинска дијагноза и особе којима се од стране психијатра дијагностикује синдром сагоревања на раду, имају право на инвалидитет и лечење.

Сматра се да светску индустрију овај синдром годишње кошта око 150 милијарди долара и укључује пад продуктивности радника и новца за надокнаду штете изазване стресом (113, 123-125).

1.5.2. Учесталост синдрома сагоревања на раду

Синдром сагоревања на раду је присутан у свим земљама света, при том се бележи његов стални пораст.

Маслах и Џексон су 1978. године описале први пут овај синдром код медицинских и социјалних радника, али данас нема професије у којој он није присутан. У Јапану и Тајвану се јавља код 48-69% популације, чланицама Европске уније око 28%, Америци 20%. Само је у САД у 2009. години Америчка психолошка Асоцијација пронашла да 69% запослених сматра свој посао изузетним стресором, око 41% је под стресом сваког дана, а половина мисли да стрес негативно утиче на продуктивност на раду (Левинсон, 2012). Исте године амерички Национални институт за безбедност и здравље на раду (National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)) пријавио је да је 26% запослених “често или веома често под стресом на послу”, а 29% је пријавило да је под делимичним стресом на послу свакодневно (NIOSH, 1999) (125-128).

У војној средини синдром сагоревања утиче на борбену готовост појединца, а самим тим и читаве јединице, па је у многим армијама, а посебно у онима које су ангажоване у мировним мисијама по свету, актуелан проблем. Сматра се да припадник професионалног војног састава кроз вежбу треба да буде обучен да отпорно и еластично реагује на разне емоционалне, менталне и физичке стресоре и да може да се прилагођава новонасталој ситуацији. (113, 126).

1.5.3. Узроци синдрома сагоревања на раду

Главни узрок синдрома сагоревања представљају неадекватни међуљудски односи и сама особеност посла са великим бројем стресора, односно несклад између очекивања на послу и могућности појединца да то задовољи.

Синдром сагоревања на раду је повезан са друштвеним проблемима и начином на који се друштво односи према појединцу. Ако појединац није у стању да испрати захтеве друштва, почиње да се осећа разочарано и незадовољан собом, посебно уколико је његово професионално ангажовање праћено недостатком награде, похвале и квалитетних колегијалних односа. Појединац се често изједначава са својим послом, па незадовољство послом постаје незадовољство самим собом (110, 127-129).

Сматра се да се главни узрочници синдрома сагоревања на раду могу сврстати у три групе. Прву групу чине ситуациони и организациони фактори: низак професионални статус, посао са мало подстицаја и ограниченим каријерним могућностима, велики обим посла, нејасно дефинисани задаци и слично. Другу групу чине индивидуални фактори као што су: темперамент, мала отпорност на стрес, висок ниво самокритичности и очекивања у реализацији задатака (Бакар и Шауфели, 2000; Бревер, Шепард, 2004; Колберт, Маунт, Хартер, Вит, Берик, 2004; Горпејд, Лакриц, & Синг, 2007; Хобфол, Фриди, 1993; Маслах, 2001; McVicar, 2003; Маунт, Џонсон, Берик 2002). Трећу групу чине међуљудски фактори: лоша комуникација и слаба или одсутна подршка колега (Новаквска, Рашинска, Гловацка, 2016).

Маслах је 2001. године представила модел посао-личност-уклапање као модел развоја синдрома сагоревања на раду. Модел се фокусира на компатибилност шест области карактеристика самог посла и запосленог. Што је јаз између ових домена већи, већа је шанса за развој синдрома сагоревања (130-134).

1. Преоптерећеност послом.

Све више посла, све комплекснији посао и одузимање све више времена за његово обављање, а врло често и вршење послова које је раније обављало више особа. Такође, због неадекватне зараде запослени су често приморани да раде и други, додатни посао, без времена за одмор, опуштање, породицу и пријатеље.

2. Недостатак контроле.

Карасекова истраживања 1992. године су показала да је најгора комбинација високих захтева на послу у извршењу задатака, а да при том не постоји контрола подређеног у избору начина решавања задатка.

3. Изостанак награде.

Људи раде због задовољења екстремних награда у смислу положаја у друштву, новца, престижа и сигурности, које се због повећања профита послодавца све више смањују. Међутим, много значајнији је изостанак интрижичне награде у смислу личне сатисфакције, задовољства добро урађеним послом које изостаје углавном због преоптерећености послом, рада без креативности, губитка тимског рада и сличног.

4. Распад заједнице.

Честе промене радног места због боље плате или услова за рад воде губитку осећаја припадања и оданости колективу, недостатку међуљудског поверења, изолованости, што води отуђењу и губитку блиских веза са колегама. Такође, до исте последице доводи и рад на машинама али и рад са људима где је неопходно направити емоционалну дистанцу (учитељи, медицинске сестре, лекари).

5. Одсуство поштења.

Три кључна елемента поштења чине отвореност, поверење и поштовање. Да би задатак био решен на најбољи начин људство мора бити уверено у поштење својих колега и надређених са поверењем у њих, да им отворено износи своја запажања и предлоге решења, да поштује друге и да једни друге међусобно допуњују, све у циљу најбољег решења задатка у оквиру тимског рада, а не личног доказивања ради краткорочне новчане или неке друге награде.

6. Конфликт вредности.

Многе организације у циљу повећања профита и ефикасности занемарују традицију, културу и обичаје, смањује се људски контакт, машине заузимају место људи, што све негативно делује на запослене (110, 135-137).

Раније су се индивидуални фактори и фактори спољашње средине који доводе до развоја синдрома сагоревања на раду одвојено посматрали.

Стрес на раду настаје када су адаптивне могућности запосленог у раскораку са захтевима радног места. Стрес је генерички термин који указује на тренутни

(пролазни) адаптациони процес који је праћен физичким и психичким симптомима. Сагоревање се, с друге стране, према објашњењу општег адаптационог синдрома Ханса Селија може сматрати последњом фазом у том адаптационом процесу, када фаза отпора попушта и долази до слома (Фелдман, 2002). Сагоревање је, дакле, резултат дуготрајног стреса на послу (Шауфели, Банк, 2003). За разлику од дистреса, он укључује и развој негативних ставова и понашања у односу на посао, организацију и клијенте. Самим тим можемо рећи да постоје две врсте дефиниције овог синдрома – статичка која га дефинише преко симптома, и динамичка која га дефинише преко узрока и начина настанка. Доказано је да је код особа које имају симптоме синдрома сагоревања на раду, повећан ниво хормона, неуротрансмитера и медијатора присутних у стресу, првенствено АЦТХ, кортизола, што потврђује претходно изнету теорију (110, 134-136).

Демерот сматра да у развоју синдрома сагоревања имамо две главне компоненте које су у корелацији – професионалне захтеве и ресурсе. Под професионалним захтевима се подразумевају физичке компоненте радног места као што су сменски рад, физичка преоптерећеност, временски притисак и слично, и све ово може довести до емоционалне исцрпљености, али не и до даљег развоја синдрома сагоревања на раду. Уколико изостану адекватни ресурси на послу у смислу награде, признања, подршке и сличног, долази до деперсонализације и раздвајања, док није неопходно присуство емоционалне исцрпљености (Демерот, 2001) (113, 137).

1.5.4. Теоретски приступи синдрому сагоревања

Постоји преко 20 приступа у циљу објашњења синдрома сагоревања на раду, које су Шауфели и Енцман 1998. године категоризовали у четири категорије: индивидуални, интерперсонални, организациони и друштвени приступ.

Посматрајући из психолошке перспективе, индивидуални приступи наглашавају улогу стреса и процеса који покреће у особи. Јака веза несвесне мотивације, укључујући удружене високо вредноване циљеве, очекивања и тежње су неопходни предуслов за развој синдрома сагоревања на раду. Други битан фактор који наглашава овај приступ је неслагање индивидуалних карактеристика са емоционалним захтевима

радног места, услед чега, посебно при употреби неадекватних механизма преживљавања (одбране) неминовно долази до развоја синдрома сагоревања. Ово је најмање испитивана теорија до сада.

Фокус интерперсоналног приступа лежи у slabим везама између запослених и њихове лоше и отежане комуникације, објашњавајући настанак синдрома сагоревања кроз дефицит социјалне способности или кроз реакцију на емоционалну преоптерећеност. Овај приступ је делимично и емпиријски доказан.

Организациони приступ наглашава значај квантитативних и квалитативних захтева на послу, недостатак самосталности и контроле, изостанак награде и социјалне подршке. Такође, наглашава лоше последице синдрома сагоревања, не само по индивидуу већ и по читаву радну организацију са смањеном продуктивношћу, ефикасношћу и квалитетом.

Како је у претходним приступима синдром сагоревања посматран као индивидуални феномен у ком су стресори који делују, односно субјективна интерпретација стварности, важнији од реалног окружења, друштвени приступ у обзир узима шири социјални значај. Друга карактеристика је да се запослени не доживљавају као пасивне жртве већ као активни учесници који, независно и колективно формирају свој лични рад и живот. Такође значај имају и ситуације које могу или не могу допринети развоју синдрома сагоревања.

Интегративни модел заступа став да је у настанку синдрома сагоревања на раду битно заједничко деловање и индивидуалних фактора (социјалних, друштвених) и организационих фактора (Морено-Хименес, Гароса, Гонзалес, 2000; Гароса, Морено-Хименес, Лианг, Гонзалес, 2008) (110, 113, 138-148).

Шауфели и Енцман (1998) се слажу да је синдром сагоревања секвенцијални, динамички модел који се састоји од три компоненте: јаке иницијалне мотивације, неадекватног окружења на послу и неадекватних стратегија борбе са стресом. Модел је секвенцијалан али наглашава да стрес настаје као последица јаке мотивације и радне средине која је не задовољава, што води ка синдрому сагоревања, или пак потпуној радној (не)ефикасности зависно од механизма које особа користи у борби са стресом. Осим тога, овај модел је динамичан јер претпоставља да се ови процеси самоодржавајући у смислу да синдром сагоревања повећава стрес и исцрпљује ресурсе

суочавања, а професионална ефикасност опада уз даље појачавање дистреса и опадања борбе са стресом, што има за последицу развој синдрома сагоревања на раду (145-148).

1.5.5. Индивидуалне предиспозиције за развој синдрома сагоревања

У објашњењу индивидуалне предиспозиције за развој синдрома сагоревања на раду, сматра се да су важна два главна фактора - осећај идентитета кроз посао и успех и слабо или неразвијена рефлексивна способност.

Идентитет особа ствара сама кроз различите догађаје, мишљења о себи уз социјалну интеракцију. Идентитет даје особи сврху, значење и јединство. Рефлексивност је процес током ког се формира идентитет. То је процес самоинтеракције који омогућава особи да реагује, да доноси одлуке, а не само да реагује на стимулусе из спољне средине. Омогућава особи да избегне просто прихватање нечијих вредности, идеја, уверења и особина. Рефлексивност је карактеристика мишљења човека и омогућује му да примљени стимулус обради на свесном, емоционалном, интелектуалном и интуитивном нивоу. Тај процес се дешава кроз три фазе, прва – стварање значења разговора који особа има сама са собом око неког свог искуства, друго - слушајући себе ствара се ово значење и треће - проналажење воље да се делује на значење које је сама створила. Неко ко је рефлексив али не и рефлексив, може да смисли значајна постигнућа али ће она на његове приче и идентитет имати мало утицаја јер нису развијена кроз рефлексивност. Идентитет једне особе је променљив и у сталној је интеракцији са спољном средином.

Идентификујући се са послом, код једне особе професионално и лично постају једно. Недостатак граница између идентитета и каријере, занемаривање сопствених емоционалних и физичких потреба у циљу већег успеха и посвећености послу као и непрестаног доказивања својих способности себи и другима, уз зависност од акције уз задавање високих циљева и обавеза себи.

Оно што особе које под истим условима не подлегну синдрому сагоревања у односу на особе које подлежу, разликује је првенствено рефлексивност и отворено самоиспитивање. Ове особе су отвореније за учење нових искустава, боље се

прилагођавају новонасталим условима, боље разликују спољне догађаје и стимулусе од сопствених осећања, мисли, имају способност да се емоционално дистанцирају од стресогене ситуације, задрже неутралан став и да сталожено и ефикасно реагују у стресним околностима. Друга битна карактеристика је осећај јаког, сопственог, интерно постављеног идентитета, са високом самоувереношћу, самоповерењем, самосвешћу и самоспознајом, са способношћу заузимања става и његове одбране. Трећа значајна карактеристика је одговарајућа перспектива и способност адекватног сагледавања ситуације, која се као и рефлексивност заснива на јасном и чврстом идентитету (149-152).

Ниво свести и уверениости о самоефикасности су значајни за постизање добрих резултата у раду и развоја сигурности у сопствене могућности, и значајно су редуковани у синдрому сагоревања. Јузински дефинише самоефикасност као веровање особе у сопствене шансе за постизање добрих резултата у одређеним ситуацијама. Према Бандури ниво самоефикасности је одређен свешћу особе о својим способностима за постизање циљева и решавања различитих задатака. Самоефикасност може бити одређена кроз четири нивоа. Први се постиже изградњом јаког осећаја професионализма који за узврат утиче на јачање вере у сопствену способност. Други ниво се достиже гледањем других људи који су се сопственим залагањима, способностима и вредностима изборили за професионални успех. Трећи ниво представља социјална подршка у виду поверења у особу да је способна и да има капацитете за успешан рад. Четврти ниво представља могућност да се адекватно одговори на стрес и да се на тренутно стање не гледа негативно. Особе које имају развијену свест о самоефикасности, лакше се суочавају и боре са стресом (110, 145-151).

Суочавање са синдромом сагоревања потенцира тзв. резилијенце које представљају трајне снаге или аспекте личности које помажу особи да се уздигне изнад животних недаћа и изгради ефективни стил борбе са проблемима, што води актуализацији људских капацитета (индивидуалних, групних и заједнице) у циљу сврсисходног суочавања са стресним околностима на емоционално и физички здрав начин. У литератури преовладава седам резилијенци: увид, независност, односи, иницијатива, креативност, хумор и морал, чије се развијање и практично

примењивање препоручује као најадекватније превентивно и куративно средство за надвладавање професионалног трошења и самоуништења стручњака хуманиста. Сагледане као целина, поменуте резилијенце потврђују сазнајни став да од мноштва фактора зависи да ли ће доћи до сагоревања или не, при чему је посебно значајна структура личности и њена рефлексивна праксија практичног испољавања која датира у распону од немоћних и слабих - на фрустрације ниско толерантних, до карактерно стабилних и снажних личности – са завидним степеном фрустрационе толеранције.

Хрезбергова “теорија мотивационе хигијене” наглашава да су у евалуацији укупног задовољства послом значајни интризични и екстризични осећај задовољства, са нагласком на одсуство нејасноће или конфликта улога, осећаја учешћа у раду, добрих међуљудских односа, подршке надређеног, личне самосталности и осећаја физичке удобности. У студији из 1986. године “Укупан стрес и задовољство послом као предиктори синдрома сагоревања” наглашава се да на емоционалну исцрпљеност највише делује укупан стрес на послу, док на ниво деперсонализације и пада радне ефикасности утиче највише ниво задовољства статусом и признањима, обимом и изазовом посла (113, 149-152).

Тејлор и Купер су дефинисли “личности склоне стресу” као оне са ниском чврстином, спољним локусом контроле и неадекватним начином суочавања са стресом. Шауфели и Енцман наглашавају да неуротицизам који се састоји из анксиозности, депресије, непријатељства, самосвести и рањивости предиспонира настанку синдрома сагоревања. Према Фрауденбергеру синдром сагоревања на раду настаје када “супер успешни” не могу да задрже идеализовану слику о себи. Слично томе, Фишер сматра да је основа самопоштовања оних који доживљавају синдром сагоревања базиран на нарцистичким илузијама да су посебни и јединствени. Глукауф и Мелман се слажу да они углавном имају ниско самопоштовање и да емотивно зависе од других. Пајнс сматра да избор професије зависи од нерешених конфликта у раном детињству. Грчки филозоф Епикетус је писао још у првом веку пне.: "Не ради се о стварима које нас забрињавају, већ о мишљењима које имамо о тим стварима".

У контексту модела „Великих пет” и њему сродног петофакторског модела, студије указују на то да су неуротицизам и екстраверзија најзначајнији фактори личности у објашњењу димензија изгарања. Конкретно, неуротицизам је у позитивној

вези (Бахлер, Ленд 2003; Хилс, Норвел, 1991), док је екстраверзија негативно повезана са све три димензије изгарања (Бакер, 2006; Лејкн, 2007). Неуротицизам се тако може схватити као фактор ризика за развијање синдрома изгарања, док се екстраверзија може схватити као протективни фактор личности (Истбург, Вилијамсон, Горсуч, Ридли, 1994; Френсис, Луден, Ротлиц, 2004; Михелсон, 2004; Пиедмон, 1993; Ван Хек, 1997; Селарс, 2000) (150-152).

1.5.6. Испољавање синдрома сагоревања на раду

Постоје три нивоа испољавања синдрома сагоревања.

У првом, иницијалном нивоу константан притисак и стрес проузрокују психолошке реакције као што су иритабилност, анксиозност, несаница, заборавност, снижена концентрација и соматске сметње као што су повишење крвног притиска, убрзан рад срца са палпитацијама и аритмијама, проблем са гастроинтестиналним трактом. Појава бар две тегобе од наведених је довољна за препознавање прве фазе синдрома сагоревања. Прва фаза углавном остаје непрепозната.

Друга фаза реактивне компензације на стрес са конзервацијом енергије, подразумева да особа почиње да касни на посао, одлаже завршетке задатака и не прихвата нове, продужава паузе на послу, има пад сексуалне жеље, осећање замора и отуђења од пријатеља и породице, са горчином и цинизмом, уз повећано пушење, узимање алкохолних пића, кафе, јер покушава да реши проблем узимањем седатива и психоактивних супстанци, све до тренутка уласка у апатију. Ова фаза се карактерише потребом особе да се смири, повуче и сачува енергију колико год је то могуће. За препознавање овог стадијума синдрома сагоревања потребне је присуство било које две од наведених тегоба.

Трећа фаза је обично она која бива препозната. Посао постаје терет, јавља се хронична депресија, пад отпорности организма до непрестаног разбољевања, хроничних гастроинтестиналних болести, хроничне менталне и психичке исцрпљености, главобоље и мигрене, до жеље да се побегне од целокупног друштва и породице са могућим суицидним мислима. Било које две од поменутих тегоба су знак постојања ове фазе синдрома сагоревања на раду (110, 153-155).

Депресивност различитог интензитета се сусреће у сва три стадијума синдрома сагоревања на раду. Ова два стања се често мешају јер се оба могу дефинисати кроз трошење енергије, социјалну изолацију и осећај личног неуспеха. Депресивна епизода (F 32) може бити – лака, умерена и тешка, са и без психотичности (Фарбер, 2000), па неки истраживачи предлажу неколико подтипова синдрома сагоревања у зависности од врсте депресије која се у њима јавља.

- 1) Подтип „истрошености“ у ком појединац одустаје и обавља послове без размишљања, развија се најчешће приликом суочавања са много стреса и захтева, уз изостанак или мало награда.
- 2) Подтип „класични“ у ком појединац ради све више и долази до тачке исцрпљености у потрази за вољном гратификацијом или достигнућем које би одговарало нивоу стреса.
- 3) Подтип „пад изазова“ када је појединац суочен са монотоним послом, без стимулације и уз изостанак награде (Фарбер, 2000).

Према ауторима (Дедић, 2005.) испољавање синдрома сагоревања на раду манифестује се у четири фазе:

1. **Радни ентузијазам:** особа је максимално посвећена свом послу, удовољава људима са којима ради, не допушта себи дневни или годишњи одмор. Овакво ангажовање не доводи до адекватног задовољства, те особа постаје разочарана и незадовољна;
2. **Стагнација** коју карактеришу тешкоће у односима, како са сарадницима, тако и са породицом, пријатељима. Особа је емоционално рањива и неповерљива. Најчешће излаз види у следећој фази;
3. **Емоционално повлачење и изолација** као образац још више доприноси доживљавању посла као бесмисленог и безвредног. У овом стадијуму почињу први знаци телесног исцрпљивања, што представља додатни стрес и доводи до последње фазе;
4. **Апатија и губитак животних интереса** јавља се као одбрана од хроничног незадовољства на послу. Првобитно одушевљење и самоувереност прелазе у цинизам и равнодушност, јавља се губитак вере у себе и своје способности.

Особа која доспе у четврту фазу или се одлучује на промену или остаје на послу, али потпуно без мотивације (155-157).

1.5.7. Анксиозност и синдром сагоревања на раду

Синдром сагоревања на раду је повезан са анксиозношћу, а и поред веома бројних истраживања која су спроведена, однос између ова два поремећаја није јасан. Анксиозност представља осећај лебдећег страха, непријатности, узнемирености и праћена је активацијом аутономног нервног система. Представља нормалну реакцију на стресну ситуацију, али ако траје дуже и особа не може да је контролише, ради се о анксиозном поремећају. Приликом сусрета са стресором, појединац активира позитивне или пак негативне начине борбе са стресном ситуацијом. Позитивна борба подразумева покушај решења проблема и суочавања са ситуацијом. Негативна реакција подразумева емоционално фокусирање, спору или слабу реакцију или одсуство било ког начина покушаја да се проблем реши. Негативан начин суочавања са стресором је повезан са анксиозношћу.

Анксиозност је често препозната у оквиру синдрома сагоревања на раду, и тумачи се као симптом у оквиру соматских болести – инфламаторне болести црева, астме, хиперхидрозе, мигрене, поремећаја сна и слично. Препозната анксиозност утиче на квалитет живота појединца, његову професионалну спремност у војсци, борбену готовост.

Због великог броја стресора који су присутни у војној средини, а са којима се цивилна популација не сусреће, анксиозни поремећај много лакше може бити подстакнут у војној средини због специфичних услова живота и рада у њој. Препознавање раних симптома анксиозности, посебно у војној популацији која није склона да сама препозна и пријави тегобе, битно је за одржавање радне способности и превенције тежих менталних поремећаја (110, 113, 157-158).

1.5.8. Диференцијална дијагноза синдрома сагоревања на раду

Диференцијалну дијагнозу синдрома сагоревања на раду треба најпре разликовати од стреса. Разлика постоји у односу на димензију времена, где је стрес привремено стање, а синдром сагоревања на раду је процес који траје дуже и има слику хроничног поремећаја. Уз то, стрес може бити и стимулативан и довести до веће продуктивности, за разлику од синдрома сагоревања када особа одустаје од даље борбе, предаје се, не види више смисао ни у чему. Стрес настаје при адаптацији на стресоре из спољне средине и има своје физичке и психичке манифестације, а синдром сагоревања настаје када сви механизми адаптације престану да функционишу и када све борбе са стресорима престају.

Такође, синдром сагоревања на раду, треба разликовати и од депресије и незадовољства послом, као и од других психијатријских болести. Разлика у односу на депресивни поремећај постоји на основу домена, где се синдром сагоревања односи на домен радног места, а не и на друге области живота појединца, јер су, бар на почетку процеса, симптоми условљени искључиво ситуацијом на радном месту. При том је синдром сагоревања на раду искључиво повезан са садржајем посла, што је супротно депресији која може бити повезана са свим областима човековог живота. Иначе, запажено је да су особе склоне депресији осетљивије на појаву синдрома сагоревања на раду.

Сем тога синдром сагоревања треба разликовати и од ендокринопатија, аутоимунопатија, тумора и посебно синдрома хроничног замора. У синдрому хроничног замора су поред психолошких, заступљене и физичке тегобе (грозница, црвенило грла, увећани лимфни чворови, болови у мишићима), и може бити везан за све сфере живота, за разлику од синдрома сагоревања (110, 113).

1.5.9. Истраживања синдрома сагоревања на раду

Синдром сагоревања се током последњих 50 година, од дефинисања до данас, веома истражује. (Шауфели, Леитер, Маслах, 2009). Иако је у нашој земљи познат феномен синдрома сагоревања на раду, број истраживања који се њиме бави је релативно мали, а програма превенције који се спроводе у пракси готово и да не постоји.

У нашој војној средини истраживања синдрома сагоревања на раду нису рађена.

Бројна истраживања наводе високу инциденцу синдрома сагоревања на раду међу професионалним војним лицима војски широм света. Посебно је изражен у току ратова, мировних мисија, терористичких претњи, али и у току мирнодопских услова. Утиче на пад борбене готовости, пад морала војске, повећања одсуствовања, интерперсоналних сукоба, лекарских прегледа, инвалидитета, повреда. Према неким истраживањима више од 30% светске војне популације пати од неког степена овог синдрома, али само половина њих то препознаје и тражи медицинску помоћ.

Стресори који се наводе као најзначајнији су они везани за специфична формацијска места војних лица и делују кроз дужи временски период: ниво одговорности, конфликт са надређеним, дуго остајање на послу, несамосталност у доношењу одлука, дисциплина и хијерархијски односи, што све представља основне карактеристике војне средине и на ове стресоре се стога мало може утицати. Такође, познато је да добар командир и командант могу значајно утицати на смањење стреса својим адекватним односом према подређенима.

Истраживања о факторима ризика који у војној средини највише утичу на појаву синдрома сагоревања нису бројна. Према истраживањима у свету, само 35% војника сматра да се током борбе може суочити са стресом, а само 40% сматра да стрес делује на ефикасност. Такође, наводи се да што је виши чин и положај професионалног војног лица, то је веће залагање за дисциплинске методе и избегавање тражења психолошке помоћи. Показало се да је став британских професионалних војних лица да само слабе особе могу да доживе стрес, а исто тако влада мишљење да би обраћање психолошкој служби за помоћ негативно утицало на каријеру због етикетирања

психијатријског пацијента, и довело до губитка поверења надређених и колега, смањења добијања одговорнијих задатака, проблема у напредовању и унапређењу.

Због свега тога се при појави психолошких проблема, професионална војна лица тешко одлучују да се обрате трупном психологу и лекару опште праксе за помоћ, све док се не јави ментални поремећај који захтева преглед психијатра, а који у најтежим случајевима може бити и разлог за прекид професионалне војне службе (158-160).

2. ЦИЉЕВИ

Циљеви ове студије су:

1. Утврђивање механизма одбране, нивоа анксиозности, квалитета живота, присуства синдрома сагоревања на раду професионалних војних лица (ПВЛ) Војске Србије.
2. Корелације између синдрома сагоревања на раду, квалитета живота, механизма одбране и анксиозности.
3. Корелација између специфичних социодемографских варијабли (пол, старост, образовање, брачни статус) и нивоа анксиозности, синдрома сагоревања на раду и квалитета живота, и механизма одбране.
4. Препоруке мера превенције за спречавање појаве синдрома сагоревања на раду у војној средини.

3. ХИПОТЕЗЕ

1. Синдром сагоревања на раду је присутан код ПВЛ Војске Србије у умереном степену изражености
2. ПВЛ користе зреле механизме одбране.
3. Постоји значајна корелација између нивоа анксиозности и тежине синдрома сагоревања на раду ПВЛ.
4. Постоји значајна корелација између механизма одбране и квалитета живота ПВЛ.
5. Постоји негативна корелација између квалитета живота и синдрома сагоревања на раду.
6. ПВЛ са присутним синдромом сагоревања на раду користе незреле механизме одбране.
7. Старија ПВЛ, нижег образовања, неожењени/неудати, женског пола имају израженији синдром сагоревања на раду, лошији квалитет живота и појачану анксиозност.

4. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

4.1. Врста студије

У овом раду смо се бавили емпиријским истраживањем коришћењем дијагностичких тестова. Метод је неекспериментално истраживање, по типу студије пресека. Истраживање је било спроведено у три касарне Војске Србије које у свом саставу имају укупан број професионалних војних лица који одговара плану истраживања.

4.2. Популација

Испитаници су професионална војна лица (ПВЛ) Војске Србије: официри (високо образовање, завршена Војна академија и други факултети), подофицири (најмање средња школа) и професионални војници (најмање основна школа) који раде у јединицама Гарде под значајним оптерећењем на послу (стража, дежурства, прековремени рад, немогућност коришћења слободних дана), старости од 25 до 55 година, који имају најмање три године активне професионалне војне службе. У истраживање су били укључени само психички здрави, тј. искључени су ПВЛ са дијагностикованим психијатријским болестима.

Узорак је консекутиван, тј. учешће у студији је понуђено свим припадницима професионалног војног састава који су у периоду извођења студије испуњавали критеријуме за укључивање и искључивање. Истраживање је било добровољно, тј. сваки испитаник је могао да одустане од истраживања, уколико је сматрао да питања на било који начин ремете његово психичко благостање и узнемиравају га. Пре почетка истраживања сви испитаници су потписали информисани пристанак за испитивање, након што им је усмено била објашњена сврха испитивања.

Свим учесницима је анонимност била загарантована и предочено им је да ће резултати бити посматрани само на нивоу групе.

Студију је одобрио Генералштаб Војске Србије. Посебна дозвола за истраживање у јединицама Војске Србије добијена је и од Министарства одбране.

Ова студија је спроведена уз одобрење Етичког одбора Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу.

4.3. Узорковање

За потребе истраживања смо користили пригодан узорак консекутивног карактера који је чинило укупно 311 ПВЛ. Тестирали смо све испитанике који испуњавају критеријуме за укључивање и искључивање из истраживања.

У истраживање су била укључена професионална војна лица Војске Србије (ВС) (официри, подофицири и професионални војници); која су под значајним радним оптерећењем (стража, дежурства, прековремени рад, немогућност коришћења слободних дана); старости од 23 до 53 године; са најмање три године активне професионалне војне службе, без тренутног менталног проблема.

Искључујући критеријум био је присуство раније дијагностиковане психијатријске болести.

4.4. Варијабле

С обзиром на то да је наше истраживање неекспериментално, пре можемо говорити о предикторским и критеријумским варијаблама, него о зависним и независним.

У критеријумске варијабле спадају: професионална припадност војном саставу, старост од 23 до 53 године, најмање три године професионалне војне службе.

Предикторске варијабле су скорови на инструментима.

Демографске варијабле које смо узели у обзир су: пол, старост, брачни и образовни статус.

Могућа збуњујућа варијабла је разлика у захтевима на различитим формацијским местима припадника ВС. Друге збуњујуће варијабле се односе на промене у окружењу испитаника, које нису под контролом истраживача (стресори ван посла, односи с ближњима).

4.5. Снага студије и величина узорка

Прорачун студијског узорка начињен је на основу студијске хипотезе да постоји повезаност између квалитета живота и синдрома сагоревања на раду код професионалних војних лица путем калкулатора G*power 3.0.10 (разлика у просечним вредностима квалитета живота на субскали физичког здравља и емоционалне исцрпљености у оквиру синдрома сагоревања на раду), за вредност алфа грешке 0,05, бета грешке 0,10, снаге студије 90%, за двосмерно тестирање . Пошто у нашој Војсци још нису рађена испитивања синдрома сагоревања и квалитета живота, подаци су добијени из пилот студије спроведене на 55 испитаника (1). Нађено је да је највећа статистичка разлика на субскали физичког здравља квалитета живота код особа са ниским, умереним и високим нивоом емоционалне исцрпљености. Овако добијена потребна величина узорка износила је 306 испитаника. Такође, ако узмемо да је однос особа са ниским и високим нивоом синдрома сагоревања на раду у другим војскама приближно 1:5 (2, 3, 4, 5, 6), добијамо исту величину узорка од 306 испитаника.

4.6. Мерни инструменти

1. Демографски упитник је део упитника за самопроцену квалитета живота (WHOQOL-BREF) и садржи следеће податке о испитаницима: пол, образовање, брачни статус, здравствени статус.
2. Психометријска процена механизма одбране, синдрома сагоревања, квалитета живота и анксиозности извршена је коришћењем следећих упитника: Упитник за процену механизма одбране (Defense Style Questionnaire (DSQ-40)), Маслах инвентар сагоревања (Maslach Burnout Inventory (MBI)), Упитник за процену квалитета живота Светске Здравствене Организације (World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)) и Беков инвентар анксиозности (Beck Anxiety Inventory (BAI)).

Маслах инвентар сагоревања - Maslach Burnout Inventory (MBI) је најчешће коришћен инструмент за мерење синдрома сагоревања на раду. MBI се састоји од 22 питања, подељених у три структурне целине (субскеале) и мери три компоненте

синдрома сагоревања: Емоционална исцрпљеност (ЕЕ) (Emotional exhaustion) - осећај емоционалне исцрпљености и пренапрегнутости послом, Деперсонализација (DP) (Depersonalization) - осећај непријатности узроковане напором и Лично постигнуће (РА) (Personal accomplishment) - лично задовољство послом. ЕЕ субскала се састоји од 9 питања, DP субскала од 5 питања, а РА субскала од 8 питања. На свако питање се може одговорити коришћењем 7-ступене Ликертове скале (0-никада, 1-неколико пута годишње или мање, 2- једном месечно или мање, 3- неколико пута месечно, 4-једном недељно, 5-неколико пута недељно, 6-сваког дана). Вредност на субскали ЕЕ мања од 18 говори о малом, од 19 до 26 о средњем, а већа од 26 о високом ризику за настанак синдрома сагоревања. Вредност на субскали DP већа од 9 говори о високом ризику за настанак овог синдрома. Вредности на РА субскали веће од 40 говоре о малом, од 34 до 39 о средњем, а мање од 33 о високом ризику за развој синдрома сагоревања. Субскала РА је релевантна само ако је потврђена субскалом ЕЕ или DP. Укупан скор је могућ у опсегу 0-132. Синдром сагоревања карактерише присуство високих скорова на скалама емоционалне исцрпљености и деперсонализације, а ниским скором на скали личног постигнућа (161).

Упитник за процену механизма одбране - Defense Style Questionnaire (DSQ-40) је упитник самопроцене. Састоји се од 40 питања који се односе на 20 механизма одбране подељених у три хијерархијска нивоа: зреле (сублимација, хумор, антиципација и потискивање), неуротске (поништење, псеудоалтруизам, идеализација и реактивна формација) и незреле механизме одбране (пројекција, пасивна агресија, ектинг-аут, изолација, девалвација, аутистична фантазија, порицање, замена, дисоцијација, сплитинг, рационализација и соматизација). Сваки механизам одбране је заступљен са по два питања. Одговори су дати на 9-ступеној скали (1 потпуно се не слажем до 9 потпуно се слажем). Просечан скор два питања детерминише индивидуални механизам одбране (162).

Упитник за процену квалитета живота Светске Здравствене Организације (СЗО) (World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)) је упитник за самопроцену квалитета живота. Састоји се од 26 питања, рангираних на скали од 1 до 5, којом се оцењују следећа четири домена: Физичко здравље (обављање свакодневних активности, зависност о

медицинској помоћи, енергија и умор, мобилност, сан и одмор, бол и неугодност, радни капацитет), Психичко здравље (физички изглед и појава, негативна и позитивна осећања, самопоуздање, концентрација), Социјални односи (лични односи, социјална подршка, сексуална активност) и Средина (новчани приходи, слобода, физичка сигурност и безбедност, доступност и квалитет здравствене заштите, стамбени услови, активности у слободном времену, прилике за добијање нових информација, транспорт). Временска одредница за питања је „у последње две недеље“. Након конвертовања скорова у распону 4-20, да би били упоредиви са WHOQOL-100, следи други метод трансформације који преводи скорове домена у скалу 0-100 (163).

Беков инвентар анксиозности (Beck Anxiety Inventory (BAI)) је дизајниран као инструмент за мерење генерализоване анксиозности и разликовања симптома анксиозности од депресије. Састоји се од 21 питања, на које испитаник одговара на скали од 0 до 3 (0-нема до 3-јако изражено). Укупни резултат указује на ниво анксиозности: минималну (0-7), благу (8-15), умерену (16-25) и тешку (од 26). Највећа вредност овог инвентара је у једноставности примене и тумачења резултата (164).

4.7. Статистичка обрада

Добијени подаци су обрађени и приказани на табелама и графиконима уз пропратну дискусију истих, а у зависности од природе посматране варијабле.

Дескрипција нумеричких обележја у нашем раду урађена је класичним методама описне статистике и то: аритметичком средином и медијаном од средњих вредности, а од мера варијабилитета стандардном девијацијом, коефицијентом варијације и стандардном грешком, као и минималном и максималном вредношћу. Релативни бројеви су коришћени у свим табелама.

Дистрибуција нумеричких варијабли у нашем раду проверена је тестом по Колмогоров Смирнову, а тестирана је нормална расподела. Код варијабли које су задовољиле овај критеријум, односно имале нормалну расподелу, у њиховој даљој анализи коришћене су параметарске методе.

У анализи резултата, у зависности од природе самих варијабли, коришћени су Пирсонов Хи - квадрат тест, и то у облику тестова слагања и таблица контингенција,

за поређење разлике између учесталости код непараметарских обележја и то за једно, односно два обележја.

За поређење просечних вредности параметарских обележја употребили смо Студентов Т - тест за две групе података. Као непараметарске допуне код независних узорака примењен је тест суме рангова (по Mann Whitney), а код зависних тест еквивалентних парова (по Wilcoxonu).

Код анализе повезаности наших карактеристика употребљене су методе једноструке параметарске корелације и регресије, као и непараметарска корелација (по Спирману), наравно у зависности од расподеле података.

Код валидације упитника у нашем раду користили смо Кронбахов коефицијент за испитивање интерне поузданости као и ICC (Intra Class Correlation Coefficient) код испитивања интракласне повезаности питања и њихове припадности целинама (деловима) упитника. Конвергентна валидност између скорова упитника испитивана је методама параметарске корелације.

Факторска анализа експлоративног типа, уз обавезну варимакс (varimax) ротацију, коришћена је у идентификацији повезаности међу питањима Фацит упитника и у циљу издвајања евентуалних питања која из неког разлога, нису била корисна и квалитетна за овај упитник у нашој популацији. Као значајна, сматрана је карактеристична вредност модела већа од 1.00.

У свим примењеним аналитичким методама ниво значајности био је 0.05. Прављење базе и анализа исте урађена је у лиценцираном СПСС 20.0 пакету (SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) software version 20.0).

5. РЕЗУЛТАТИ

У нашем истраживању је анализирано укупно 311 испитаника и у следећим табелама су приказане њихове особине добијене на основу упитника.

5.1. Демографске карактеристике испитаника

Број испитаника мушког пола је био статистички значајно већи од испитаница женског пола ($\chi^2 = 11.478$; $p < 0.01$), што је и очекивано с обзиром да је истраживање рађено у војној средини (Табела 1).

Табела 1

Пол испитаника

Пол	Број	%
Мушки	284	91.3
Женски	27	8.7
Укупно	311	100.0

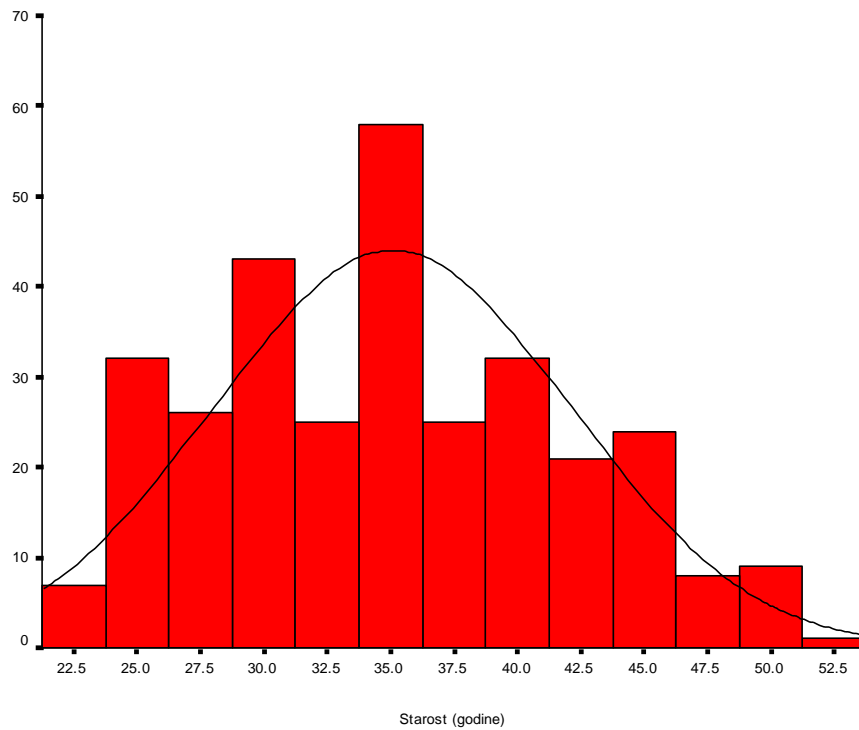
Испитаници су били старости од 23 до 53 година живота, просечно 35.3 ± 7 година. Највећи број испитаника (45%) је био између 31 и 40 година живота (Табела 2, График 1).

Табела 2

Године живота испитаника

Године живота	Број	%	min	max	X±SD
до 30 година	98	31.5	23	53	35.3 ± 7.0
од 31 до 40 година	140	45.0			
више од 40 година	73	23.5			
Укупно	311	100.0			

Године живота испитаника



Највећи број испитаника је имао завршену средњу школу (60.77%), а затим факултет (29.26%), у односу на остале категорије образовања испитаника, што даје статистички значајне разлике између група испитаника ($\chi^2 = 8.167$; $p < 0.01$) (Табела 3).

Табела 3

Образовање испитаника

Завршена школа	Број	%
Основна школа	2	0.7
Трогодишња школа	12	3.8
Средња школа	189	60.8
Виша школа	17	5.4
Факултет	89	28.6
Докторат	2	0.7
Укупно	311	100.0

Највећи број испитаника је био у браку (62.7%), а затим следе самци (неожењени/неудати) у односу на остале категорије брачног стања испитаника, што даје статистички значајне разлике између група испитаника ($\chi^2=8.228$; $p<0.01$) (Табела 4).

Табела 4

Брачно стање испитаника

Брачно стање	Број	%
Самац	78	25.1
У браку	195	62.7
Ванбрачна заједница	27	8.7
Одвојено	3	1.0
Разведен	8	2.6
Укупно	311	100.0

Соматска болест је била присутна код 8.03% испитаника, што даје статистички значајне разлике између група испитаника ($\chi^2 = 11.558$; $p<0.01$) (Табела 5).

Табела 5

Присуство соматске болести код испитаника

Соматска болест	Број	%
Присутна	25	8.03
Није присутна	286	91.97
Укупно	311	100.0

5.2. Анализа поузданости упитника

5.2.1. Анализа поузданости Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF)

Анализа поузданости скала Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) је показала да је вредност Кронбаховог коефицијента била врло висока 0.851, а анализа промене коефицијента елиминисањем појединачних питања показала је да се овај део упитника показао веома конзистентним и поузданим, те да

нема питања чије елиминисање би значајно повећало вредности коефицијента поузданости целе скале. Такође вредности интракласних коефицијената корелације биле су високо значајне, што потврђује компактност и високу поузданост WHOQOL-BREF упитника (ICC = 0.745; $p < 0.01$) (Табела 6).

Табела 6

Анализа поузданости Упитника за процену квалитета живота WHOQOL-BREF

Питања	Кронбахов алфа коефицијент
BREF1	0.839
BREF2	0.840
BREF3	0.868
BREF4	0.863
BREF5	0.841
BREF6	0.845
BREF7	0.844
BREF8	0.840
BREF9	0.839
BREF10	0.838
BREF11	0.841
BREF12	0.835
BREF13	0.843
BREF14	0.838
BREF15	0.843
BREF16	0.840
BREF17	0.841
BREF18	0.842
BREF19	0.842
BREF20	0.845
BREF21	0.846
BREF22	0.846

BREF23	0.844
BREF24	0.875
BREF25	0.843
BREF26	0.867

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

Експлораторна факторска анализа Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), издвојила је 4 значајна фактора који објашњавају приближно 56% варијабилитета целог модела (Табела 7 и График 2).

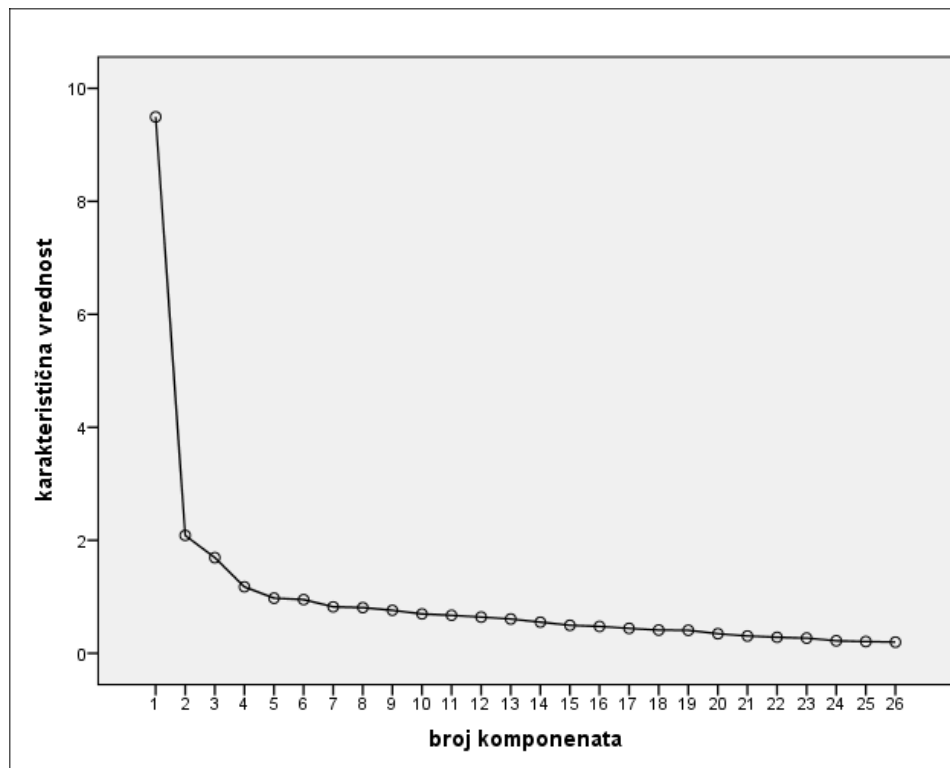
Табела 7

Факторска анализа Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF),
компоненте

Компоненте	Карактеристична вредност		
	Укупно	% варијансе	кумулативни %
1	9.493	36.513	36.513
2	2.086	8.023	44.536
3	1.693	6.513	51.049
4	1.176	4.524	55.573
5	0.976	3.753	59.326

График 2

Факторска анализа Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF),
компоненте



Први фактор чине питања: 1, 2, 9, 12, 13, 14, 16, 23, 24 и 25. Други фактор чине питања: 17, 18, 19, 20 и 21, док трећи фактор чине питања: 5, 6, 7, 8, 10, 11 и 15. Четврти фактор чине питања 3 и 4.

Питања 22 и 26 са BREF упитника нису била сврстана ни у један од издвојених фактора (Табела 8).

Табела 8

Факторска анализа Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF),
компоненте фактора

Питања	Компоненте фактора			
	1	2	3	4
BREF1	0.600	.216	.383	.096
BREF2	0.464	.400	.338	.342

BREF3	-.156	-.149	-.045	-0.849
BREF4	-.004	.045	-.192	-0.896
BREF5	.188	.316	0.621	.080
BREF6	.073	.187	0.731	.244
BREF7	.129	.189	0.721	.034
BREF8	.211	.363	0.665	.044
BREF9	0.575	.233	.297	.081
BREF10	.308	.425	0.631	.168
BREF11	.286	.194	0.631	.104
BREF12	0.829	.196	.113	-.014
BREF13	0.661	.113	.079	.262
BREF14	0.724	.219	.141	-.006
BREF15	.292	.264	0.496	.144
BREF16	0.502	.443	.208	.200
BREF17	.353	0.667	.243	.215
BREF18	.180	0.732	.314	.030
BREF19	.161	0.754	.318	.065
BREF20	.061	0.804	.183	.014
BREF21	.016	0.681	.198	.053
BREF22	.227	.300	.255	.375
BREF23	0.488	.052	.291	.145
BREF24	0.524	-.031	-.012	.055
BREF25	0.611	.028	.232	-.032
BREF26	-.088	-.334	-.302	-.303

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

5.2.2 Анализа поузданости Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40)

Анализа поузданости Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40) је показала да је вредност Кронбаховог коефицијента била врло висока, 0.812, а анализа

промене коефицијента елиминисањем појединачних питања показала је да је овај део упитника веома конзистентан и поуздан, те да нема питања чије би елиминисање значајно повећало вредности коефицијента поузданости целе скале. Такође, вредност интракласног коефицијента корелације је била високо значајна, што потврђује компактност и високу поузданост DSQ-40 упитника ($ICC = 0.760$; $p < 0.01$) (Табела 9 и График 3).

Табела 9

Анализа поузданости Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40)

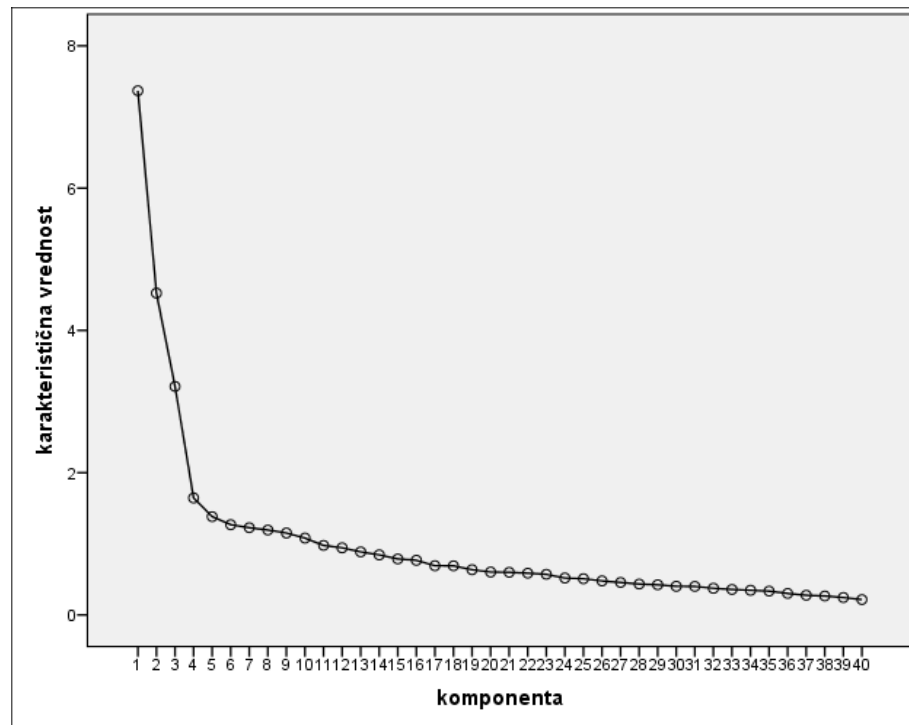
Питања	Кронбахов алфа коефицијент
DSQ12	0.808
DSQ13	0.815
DSQ16	0.809
DSQ23	0.803
DSQ24	0.801
DSQ27	0.806
DSQ28	0.806
DSQ29	0.810
DSQ31	0.803
DSQ37	0.805
DSQ38	0.804
DSQ40	0.806
DSQ42	0.803
DSQ43	0.804
DSQ45	0.805
DSQ51	0.801
DSQ53	0.805
DSQ54	0.804
DSQ58	0.815
DSQ59	0.819
DSQ61	0.820

DSQ62	0.803
DSQ63	0.798
DSQ66	0.802
DSQ68	0.818
DSQ69	0.808
DSQ71	0.806
DSQ73	0.810
DSQ76	0.803
DSQ81	0.826
DSQ82	0.801
DSQ83	0.803
DSQ84	0.823
DSQ86	0.810
DSQ88	0.806

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

График 3

Факторска анализа Упитника за процену механизма одбране DSQ-40, компоненте



Експлораторна факторска анализа Упитника за процену механизма одбране DSQ-40 издвојила је 10 значајних фактора који објашњавају приближно 60% варијабилитета целог модела (Табела 10).

Табела 10

Факторска анализа Упитника за процену механизма одбране DSQ-40, компоненте

Компонента	Карактеристична вредност		
	Укупно	% варијансе	Кумулативни %
1	7.369	18.423	18.423
2	4.524	11.309	29.733
3	3.212	8.030	37.762
4	1.645	4.112	41.874
5	1.382	3.456	45.330
6	1.269	3.171	48.501
7	1.227	3.069	51.570

8	1.194	2.985	54.555
9	1.152	2.880	57.435
10	1.081	2.701	60.136
11	0.978	2.445	62.582

Прву компоненту чине питања 3, 5, 59, 61, 68, 81 и 84. Другу компоненту чине питања 13, 37, 38, 58 и 63. Трећу компоненту чине питања 12, 54, 66 и 69. Четврту компоненту чине питања 16, 23 и 24. Пету компоненту чине питања DSQ 31 и 40, шесту питања 42, 53 и 73; седму питања 43 и 45; осму питања 27 и 28; девету питања 51 и 62 и десету компоненту чине питања 1, 6 и 8.

Питања DSQ 29, 71 и 76 нису укључена ни у једну од 10 компоненти нашег модела (Табела 11).

Табела 11

Факторска анализа Упитника за процену механизма одбране DSQ-40, компоненте фактора

Питање	Компонента									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DSQ1	.004	.311	-.111	.117	.050	.087	-.077	.132	.091	0.671
DSQ3	0.639	-.390	.000	-.165	-.008	.043	.001	.188	.123	.092
DSQ5	0.730	-.039	-.034	.048	-.157	.201	.045	-.183	.026	-.027
DSQ6	-.107	.435	-.020	.165	.017	-.217	-.068	-.135	-.021	0.470
DSQ8	.397	-.135	-.008	.178	-.089	-.101	-.043	-.216	-.061	0.500
DSQ12	.201	-.010	0.465	.202	.045	-.069	-.170	.283	.103	-.279
DSQ13	-.112	0.431	-.020	.289	-.304	.358	-.193	-.146	.232	.004
DSQ16	-.013	.123	.100	0.643	-.055	.072	-.063	-.040	.047	.177
DSQ23	-.009	.121	.052	0.781	.157	.054	.155	.047	.091	.011
DSQ24	-.064	.242	.204	0.524	.028	-.156	.143	.394	-.125	.131
DSQ27	-.070	-.034	.250	.056	.033	.041	.176	0.795	.018	.068
DSQ28	.041	.008	.238	.007	.241	.065	-.019	0.584	.298	-.213
DSQ29	-.355	.201	.291	.118	.180	-.340	-.131	.036	.052	.296

DSQ31	-.067	.015	.241	.122	0.770	-.032	.126	.111	.057	.056
DSQ37	-.041	0.682	.149	.185	-.095	-.100	.069	-.034	.062	.162
DSQ38	-.061	0.697	.029	.334	.102	-.138	.043	-.012	-.018	-.113
DSQ40	-.110	.015	.204	.016	0.758	.082	.097	.054	.171	-.056
DSQ42	-.185	.276	.181	.430	.322	-0.450	.047	.082	.062	-.006
DSQ43	.099	.171	.107	.138	.098	.049	0.778	-.038	.183	-.054
DSQ45	.075	-.055	.215	-.011	.150	.018	0.714	.339	.125	-.097
DSQ51	.000	.179	.246	.175	.239	-.059	.191	.029	0.594	.055
DSQ53	-.234	.201	.460	.136	.173	-0.494	.106	.014	.065	.031
DSQ54	-.088	.148	0.546	.000	.146	.001	.026	.006	.383	-.156
DSQ58	-.085	0.494	-.239	.225	.088	-.079	-.248	.038	.208	.101
DSQ59	0.642	.096	-.259	-.011	-.055	.031	-.013	.126	-.139	.021
DSQ61	0.748	.026	-.177	.178	-.021	-.114	-.075	-.203	.000	-.114
DSQ62	-.075	.013	.248	.037	.121	-.026	.328	.325	0.586	.051
DSQ63	-.068	0.598	.390	.157	.108	-.052	.075	.091	.015	.117
DSQ66	-.105	.045	0.740	.121	.154	-.054	.007	.118	.107	-.077
DSQ68	0.518	.098	-.067	-.047	-.327	.015	.200	.032	-.088	.239
DSQ69	-.167	-.113	0.525	-.033	-.047	.269	.178	.052	.259	.117
DSQ71	-.123	.047	.353	-.060	.305	.222	.043	.141	.245	.127
DSQ73	.229	-.062	.103	.223	.185	0.667	.089	.085	-.006	-.042
DSQ76	-.078	.236	.305	.259	.272	.274	.320	.046	-.340	.095
DSQ81	0.649	-.251	-.061	-.187	.149	.403	.127	.014	-.066	-.074
DSQ82	-.092	.181	0.688	.039	.124	-.083	.172	.155	.020	-.030
DSQ83	-.103	-.051	0.594	.105	.257	.058	.223	.210	-.135	.041
DSQ84	0.616	-.339	.116	-.315	.095	.226	.032	.122	.050	.023
DSQ86	-.130	0.681	.002	-.127	-.070	.009	.098	.027	.052	.103
DSQ88	.182	0.554	.155	-.113	.234	.427	.101	.052	-.116	.013

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

5.2.3 Анализа поузданости Маслаховог упитника синдрома сагоревања (МБИ)

Анализа поузданости субскеале Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) је показала да је вредност Кронбаховог коефицијента била висока, 0.827, а анализа промене коефицијента елиминисањем појединачних питања показала је да се овај део упитника показао веома конзистентним и поузданим, те да нема питања чије елиминисање би значајно повећало вредности коефицијента поузданости целе скале. Такође вредности интракласних коефицијената корелације биле су високо значајне, што потврђује компактност и високу поузданост овог дела Маслаховог упитника (ICC = 0.772; $p < 0.01$) (Табела 12 и График 4).

Анализа поузданости субскеале Деперсонализација (МБИ-ДП) је показала да је вредност Кронбаховог коефицијента била висока 0.723, а анализа промене коефицијента елиминисањем појединачних питања показала је да се овај део упитника показао високо конзистентним и поузданим, као и да нема потребе за елиминацијом било ког питања. Такође вредност интракласног коефицијента корелације је била статистички високо значајна, што потврђује компактност овог дела Маслаховог упитника (ICC=0.690; $p < 0.01$) (Табела 12 и График 5).

Анализа поузданости субскеале Лична постигнућа (МБИ-ПА) је показала да је вредност Кронбаховог коефицијента била врло висока 0.868, а анализа промене коефицијента елиминисањем појединачних питања показала је да се овај део упитника показао веома конзистентним и поузданим, те да није нађено питање чије евентуално елиминисање би значајно повећало вредности коефицијента поузданости целе скале. Такође вредност интракласног коефицијента корелације је била високо значајна што потврђује компактност и високу поузданост овог дела Маслаховог упитника (ICC = 0.860; $p < 0.01$) (Табела 12 и График 6).

Табела 12

Анализа поузданости субскеала МБИ-ЕЕ, МБИ-ДП МБИ-ПА

МБИ-ЕЕ		МБИ-ДП		МБИ-ПА	
Питања	Кронбахов коефицијент	Питања	Кронбахов коефицијент	Питања	Кронбахов коефицијент
МБИ-ЕЕ 1	0.792	МБИ-ДП 1	0.710	МБИ-ПА 1	0.862

MBI-EE 2	0.841	MBI-DP 2	0.715	MBI-PA 2	0.853
MBI-EE 3	0.773	MBI-DP 3	0.678	MBI-PA 3	0.856
MBI-EE 4	0.797	MBI-DP 4	0.662	MBI-PA 4	0.852
MBI-EE 5	0.794	MBI-DP 5	0.701	MBI-PA 5	0.846
MBI-EE 6	0.819	MBI-DP 6	0.686	MBI-PA 6	0.843
MBI-EE 7	0.808	MBI-DP 7	0.686	MBI-PA 7	0.857
				MBI-PA 8	0.850

MBI (*Maslach Burnout Inventory*)

EE (emotional exhaustion)

DP (depersonalization)

PA (personal accomplishment)

График 4

Scree plot MBI-EE Маслах упитника синдрома сагоревања (емоционална исцрпљеност), компоненте

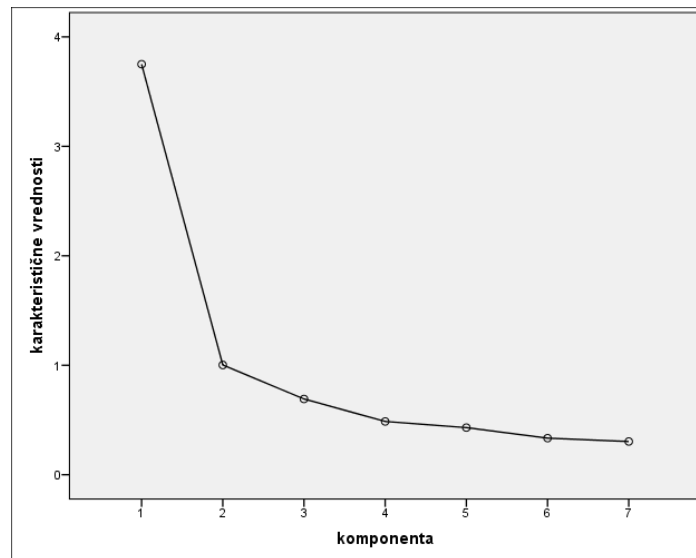


График 5

Факторска анализа субскеале Деперсонализација (МБИ-DP) Маслах упитника синдрома сагоревања, компоненте

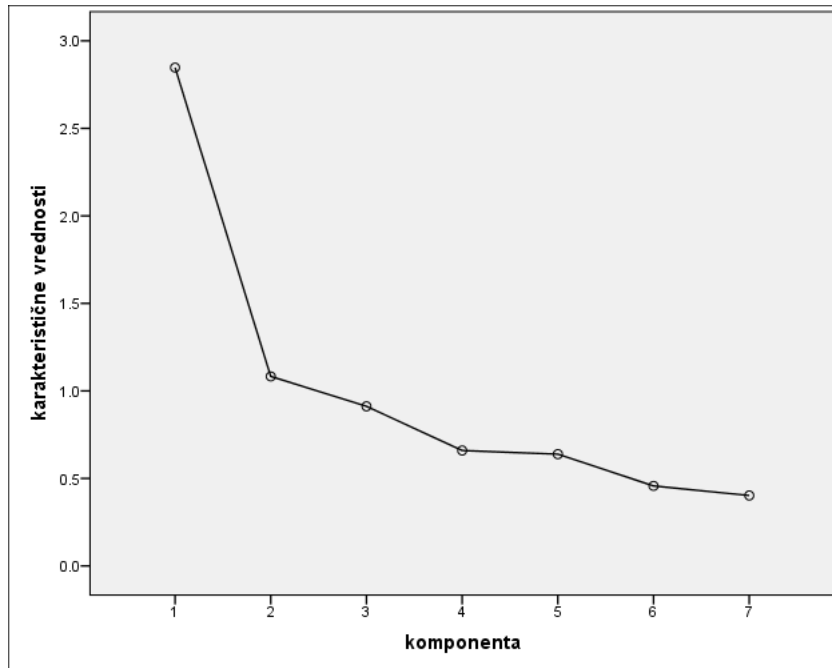
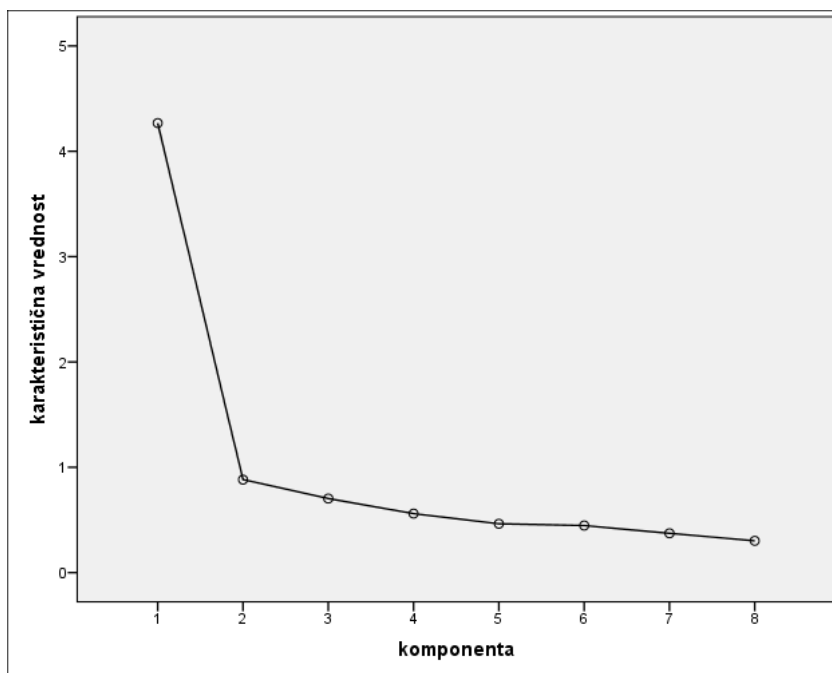


График 6

Факторска анализа субскеале Лично постигнуће (МБИ-РА) Маслах упитника синдрома сагоревања, компоненте



Експлораторна факторска анализа субскеале Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) Маслах упитника синдрома сагоревања, издвојила је два значајна фактора који објашњавају приближно 68% варијабилитета целог модела (Табела 13).

Табела 13

Факторска анализа субскеале Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) Маслах упитника синдрома сагоревања, компоненте

Компонента	Карактеристична вредност		
	Укупно	% варијансе	Кумулативни %
1	3.750	53.575	53.575
2	1.003	14.323	67.898
3	0.692	9.886	77.784
4	0.487	6.9311	84.739

Први фактор чине питања 1, 4, 6 и 7. Други фактор чине питања 2, 3 и 5 (Табела 14).

Табела 14

Факторска анализа субскеале Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) Маслах упитника синдрома сагоревања, компоненте фактора

Питања	Компоненте фактора	
	1	2
МБИ-ЕЕ 1	0.675	0.410
МБИ-ЕЕ 2	0.043	0.859
МБИ-ЕЕ 3	0.532	0.659
МБИ-ЕЕ 4	0.826	0.234
МБИ-ЕЕ 5	0.322	0.762
МБИ-ЕЕ 6	0.732	0.138
МБИ-ЕЕ 7	0.821	0.148

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

ЕЕ (emotional exhaustion)

Експлораторна факторска анализа (ЕФА) субскеале Деперсонализација МБИ-ДР Маслах упитника синдрома сагоревања издвојила је 2 значајна фактора који објашњавају приближно 60% варијабилитета целог модела (Табела 15).

Табела 15

Факторска анализа субскеале Деперсонализација (МБИ-ДР) Маслах упитника синдрома сагоревања, компоненте

Компонента	Карактеристична вредност		
	Укупно	% варијансе	Кумулативни %
1	2.847	40.675	40.675
2	1.083	18.469	59.144
3	0.912	10.029	69.173

Први фактор чине питања 1, 3 и 6. Други фактор чине питања 2, 4, 5 и 7 (Табела 16).

Табела 16

Факторска анализа субскеале Деперсонализација (МБИ-ДР) Маслах упитника синдрома сагоревања, компоненте фактора

Питања	Компонента	
	1	2
МБИ-ДР 1	0.833	0.063
МБИ-ДР 2	0.039	0.800
МБИ-ДР 3	0.621	0.326
МБИ-ДР 4	0.156	0.808
МБИ-ДР 5	0.573	0.311
МБИ-ДР 6	0.767	0.249
МБИ-ДР 7	0.231	0.578

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

ДР (depersonalization)

Експлораторна факторска анализа субскеале Лично постигнуће (МБИ-РА) Маслах упитника синдрома сагоревања издвојила је само један значајан фактор који објашњава приближно 56% варијабилитета целог модела (Табела 17).

Табела 17

Факторска анализа субскеале Лично постигнуће (МБИ-РА) Маслах упитника синдрома сагоревања, компоненте

Компонента	Карактеристична вредност		
	Укупно	% варијансе	Кумулативни %
1	4.268	55.347	55.347
2	0.883	9.039	64.386
3	0.703	8.788	73.173

Овај фактор чине сва питања овог модела што говори у прилог сјајне примењивости овог дела упитника у нашој средини. У овом кораку факторске анализе није било питања која нису сврстана у неки од издвојених значајних фактора (Табела 18).

Табела 18

Факторска анализа субскеале Лично постигнуће (МБИ-РА) Маслах упитника синдрома сагоревања, компоненте фактора

Питање	Компонента
	1
МБИ-РА 1	0.653
МБИ-РА 2	0.716
МБИ-РА 3	0.678
МБИ-РА 4	0.723
МБИ-РА 5	0.774
МБИ-РА 6	0.804
МБИ-РА 7	0.720
МБИ-РА 8	0.763

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

РА (personal accomplishment)

5.2.3 Анализа поузданости Бековог инвентара анксиозности (BAI)

Анализа поузданости скала Бековог инвентара анксиозности (BAI) је показала да је вредност Кронбаховог коефицијента била 0.883, а анализа промене коефицијента елиминисањем појединачних питања показала је да се овај део упитника показао веома конзистентним и поузданим те да нема питања чије елиминисање би значајно повећало вредности коефицијента поузданости целе скале. Такође вредности интракласних коефицијената корелације биле су високо значајне, што потврђује компактност и високу поузданост BAI упитника ($ICC = 0.767$; $p < 0.01$) (Табела 19 и График 7).

Табела 19

Анализа поузданости Бековог инвентара анксиозности (BAI)

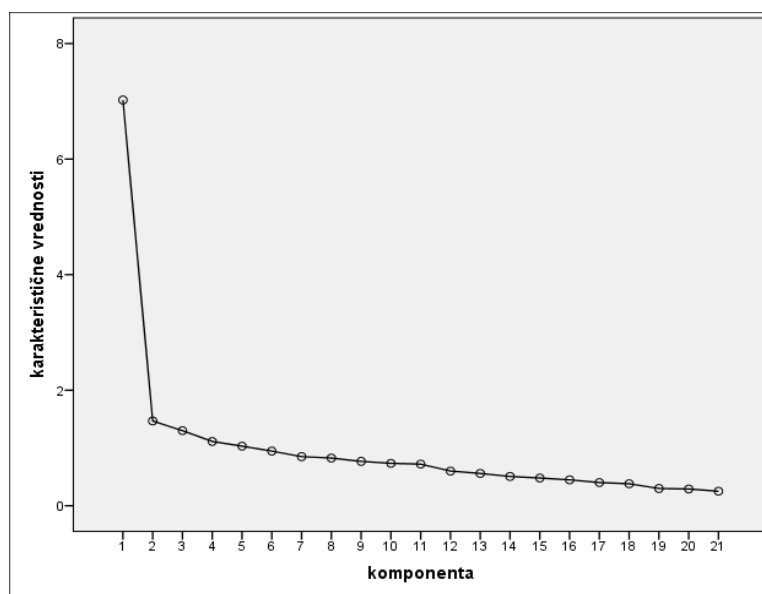
Питања	Кронбахов алфа коефицијент
BAI1	0.874
BAI2	0.884
BAI3	0.874
BAI4	0.873
BAI5	0.874
BAI6	0.874
BAI7	0.876
BAI8	0.874
BAI9	0.876
BAI10	0.880
BAI11	0.880
BAI12	0.877
BAI13	0.873
BAI14	0.879
BAI15	0.875
BAI16	0.884
BAI17	0.879

BAI18	0.883
BAI19	0.880
BAI20	0.883
BAI21	0.881

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

График 7

Факторска анализа Бековог инвентара анксиозности BAI, компоненте



Експлораторна факторска анализа Бековог инвентара анксиозности BAI издвојила је 5 значајних фактора који објашњавају 57% варијабилитета целог модела (Табела 20).

Табела 20

Факторска анализа Бековог инвентара анксиозности BAI, компоненте

Компонента	Карактеристична вредност		
	Укупно	% варијансе	Кумулативни %
1	7.023	33.442	33.442
2	1.468	6.991	40.433
3	1.300	6.189	46.622
4	1.113	5.300	51.923
5	1.032	4.912	56.835

Сва питања са Бековог инвентара анксиозности ВАИ груписана су у 5 фактора овог модела. Први фактор чине питања 1, 3, 6, 8, 12, 13, 18 и 19. Други фактор чине питања 4, 5, 9, 14 и 17, трећи фактор питања 7, 11 и 15, а четврти фактор питања 10, 20 и 21 а пети питања 2 и 16 (Табела 21).

Табела 21

Факторска анализа Бековог инвентара анксиозности ВАИ, компоненте фактора

Питања	Компоненте фактора				
	1	2	3	4	5
BAI1	0.608	.416	.037	-.005	.295
BAI2	.125	.129	.254	.043	0.569
BAI3	0.499	.357	.215	-.016	.394
BAI4	.212	0.603	.229	.175	.344
BAI5	.147	0.699	.269	.116	.113
BAI6	0.737	.099	.208	.129	.144
BAI7	.264	.185	0.495	.384	.260
BAI8	0.531	.410	.272	.080	.253
BAI9	.325	0.629	.020	.117	.051
BAI10	-.033	.461	.131	0.523	.299
BAI11	.120	.202	0.761	.023	.080
BAI12	0.659	.142	.135	.204	-.063
BAI13	0.699	.376	.157	.151	.134
BAI14	.146	0.670	.127	.037	-.027
BAI15	.353	.187	0.703	.182	-.033
BAI16	.080	.262	.376	.037	-0.597
BAI17	.125	0.761	.082	.168	-.222
BAI18	0.491	.142	-.199	.416	.062
BAI19	0.644	.031	.216	.151	-.254
BAI20	.079	.104	.086	0.643	-.110
BAI21	.291	.056	.109	0.627	.049

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

5.3 Дескрипција одговора на упитнике

5.3.1 Упитник квалитета живота (WHOQOL-BREF)

На Табели 22 су приказане минималне, максималне и просечне вредности одговора на Упитнику квалитета живота.

Највиша вредност се региструје на питању 6, а најниже на питањима 3,4 и 26.

Табела 22

Дескриптивни параметри одговора на питања на Упитнику квалитета живота

Питања		min	max	X	SD	
ФИЗИЧКО ЗДРАВЉЕ	BREF3	Колико често сте кроз ваше болове били спречени да урадите најпотребније послове?	1.00	5.00	1.80	1.05
	BREF4	У којој мери вам је потребна дневна медицинска помоћ за свакодневни живот?	1.00	5.00	1.53	0.96
	BREF10	Да ли поседујете довољно енергије за ваш свакодневни живот?	2.00	5.00	4.22	0.72
	BREF15	У којој мери сте покретни?	2.00	5.00	4.39	0.75
	BREF16	Да ли сте задовољни вашим сном?	1.00	5.00	3.98	0.92
	BREF17	Да ли сте задовољни вашом способношћу за обављање свакодневних послова?	2.00	5.00	4.29	0.68
	BREF18	Да ли сте задовољни вашим личним односима?	2.00	5.00	4.33	0.65
ПСИХИЧКО ЗДРАВЉЕ	BREF5	Колико знате да уживате у свом животу?	1.00	5.00	4.05	0.83

	BREF6	Да ли сматрате да ваш живот има смисла?	2.00	5.00	4.60	0.64
	BREF7	У којој мери се можете концентрисати?	1.00	5.00	4.24	0.71
	BREF11	Да ли можете прихватити ваш изглед?	2.00	5.00	4.21	0.78
	BREF19	Да ли сте задовољни собом?	2.00	5.00	4.39	0.63
	BREF26	Колико сте често имали негативна осећања као што су жалост или страх протекле две недеље?	1.00	5.00	1.78	0.83
СРЕДИНА	BREF8	Колико се сигурно осећате у свом свакодневном животу?	1.00	5.00	4.16	0.79
	BREF9	Да ли сматрате околину у којој живите здравом?	1.00	5.00	3.53	1.01
	BREF12	Да ли имате довољно новца да бисте задовољили своје потребе?	1.00	5.00	2.88	1.15
	BREF13	Да ли имате приступ информацијама које су вам потребне за свакодневни живот?	1.00	5.00	4.01	0.79
	BREF14	Да ли имате довољно могућности за активности у слободно време?	1.00	5.00	3.41	1.04
	BREF23	Да ли сте задовољни стамбеним условима?	1.00	5.00	3.26	1.17
	BREF24	Да ли сте задовољни са могућностима медицинских услуга и установа?	1.00	4.00	3.50	1.50

	BREF25	Да ли сте задовољни транспортним средствима која вам стоје на располагању?	1.00	5.00	3.47	1.04
СОЦИЈАЛНИ ОДНОСИ	BREF20	Да ли сте задовољни личним квалитетима у друштву?	3.00	5.00	4.43	0.59
	BREF21	Да ли сте задовољни сексуалним животом?	1.00	5.00	4.42	0.69
	BREF22	Да ли сте задовољни подршком пријатеља?	2.00	5.00	4.05	0.66
ГЛОБАЛНО	BREF1	Како бисте оценили ваш квалитет живота?	1.00	5.00	3.61	0.86
	BREF2	Да ли сте задовољни вашим здрављем?	2.00	5.00	4.06	0.76

WHOQOL-BREF (World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment)

Просечне вредности укупних скорова Домена 1,2 и 4 су приближно једнаке, док је просечна вредност Домена 3 значајно нижа у односу на остале домене Упитника квалитета живота (Табела 23 и График 8,9 и 10).

Табела 23

Вредности укупних скорова домена на Упитнику квалитета живота (BREF)

ДОМЕНИ		min	max	X	SD
ДОМЕН 1	Физичко здравље	28.57	100.00	81.68	13.88
ДОМЕН 2	Психичко здравље	29.16	100.00	82.10	13.23
ДОМЕН 3	Средина	9.37	100.00	62.77	17.81
ДОМЕН 4	Социјални односи	41.67	100.00	82.52	12.29
BREF 1	Како процењујете квалитет свог живота?	1.00	5.00	3.61	0.84
BREF 2	Колико сте задовољни својим здрављем?	2.00	5.00	4.06	0.77

WHOQOL-BREF (World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment)

График 8

Учесталост скора сегмента физичког здравља

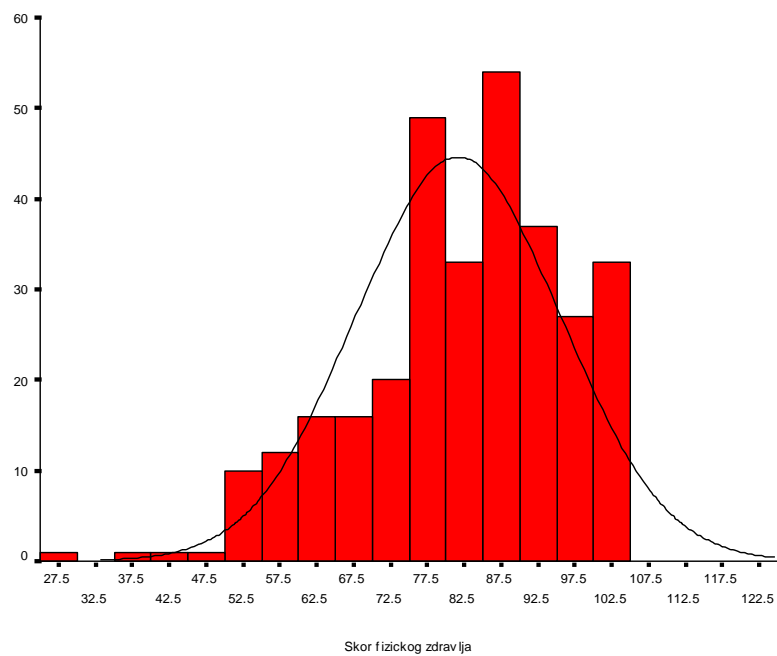
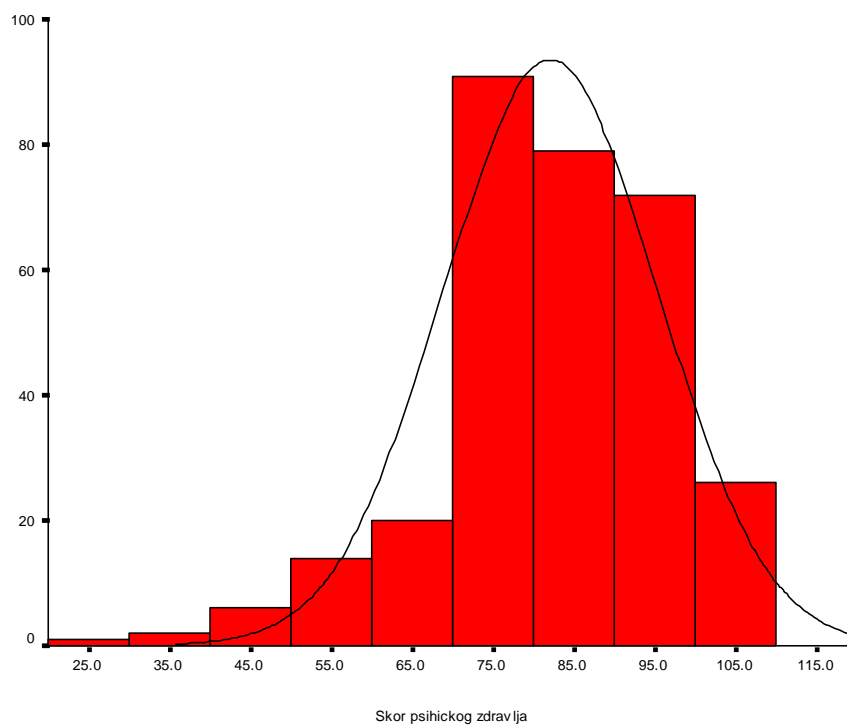
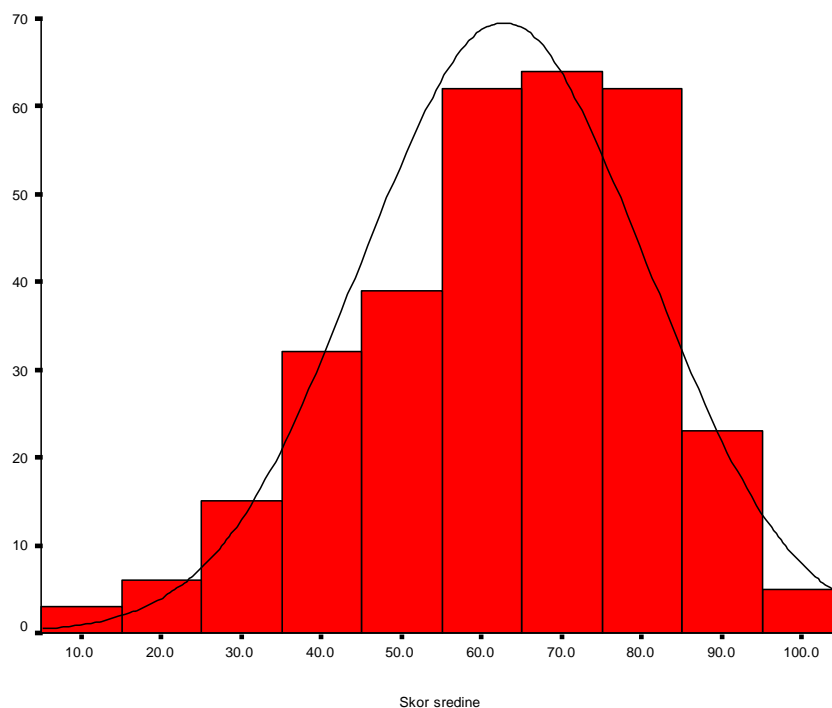


График 9

Учесталост скора сегмента психичког здравља



Учесталост скора сегмента средине



5.3.2. Упитник механизма одбране (DSQ-40)

Табела 24

Дескриптивни параметри одговора на питања DSQ-40 упитника по групама

Механизми одбране		min	max	X	SD
Зрели					
	Хумор	2.00	9.00	7.74	1.39
	Антиципација	1.00	9.00	5.91	2.06
	Супресија	1.00	9.00	6.44	2.11
	Сублимација	1.00	9.00	5.87	2.48
	Укупно	2.87	9.00	6.49	1.67
Неуротски					
	Алтруизам	1.00	9.00	5.64	2.05
	Реактивна формација	1.00	9.00	4.11	2.03

	Поништење	1.00	9.00	3.10	1.76
	Идеализација	1.00	9.00	4.19	1.94
	Укупно	1.25	8.00	4.26	1.36
Незрели					
	Фантазија	1.00	9.00	2.37	1.81
	Пројекција	1.00	8.50	2.53	1.61
	Дисоцијација	1.00	9.00	4.11	1.97
	Соматизација	1.00	9.00	2.81	1.79
	Рационализација	1.00	9.00	5.68	2.04
	Померање	1.00	8.00	2.70	1.63
	Изолација	1.00	9.00	3.31	1.93
	Ектинг-аут	1.00	9.00	3.16	1.94
	Девалвација	1.00	9.00	4.49	2.17
	Порицање	1.00	9.00	3.71	1.95
	Пасивна агресија	1.00	8.00	2.79	1.80
	Расцеп	1.00	9.00	3.96	2.02
	Укупно	1.16	6.67	3.47	1.11

Од зрелих механизма одбране највише вредности показују хумор и потискивање, од неуротских механизма одбране алтруизам и идеализација, а од незрелих механизма одбране рационализација и девалвација (Табела 24, График 11,12 и 13).

График 11

Учесталост коришћења зрелих механизма одбране

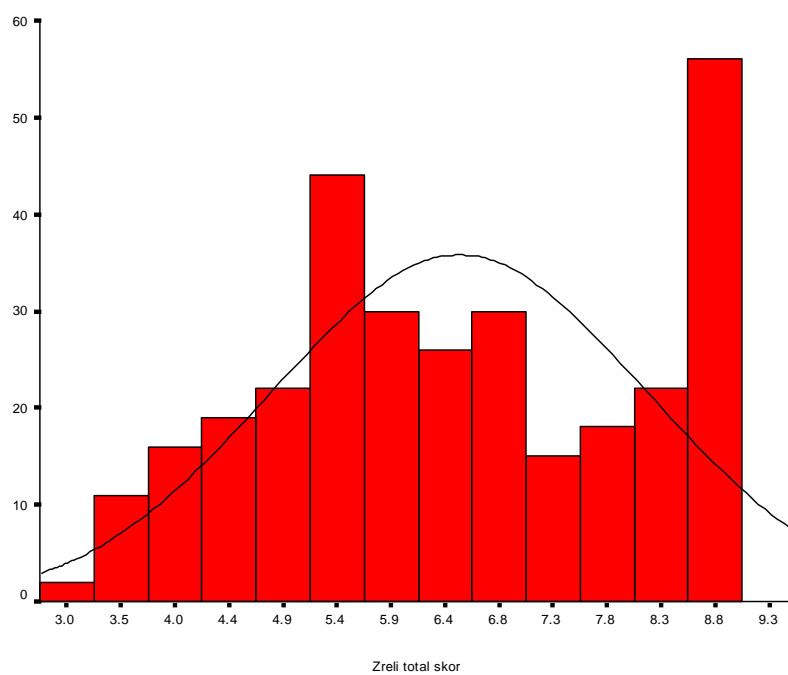
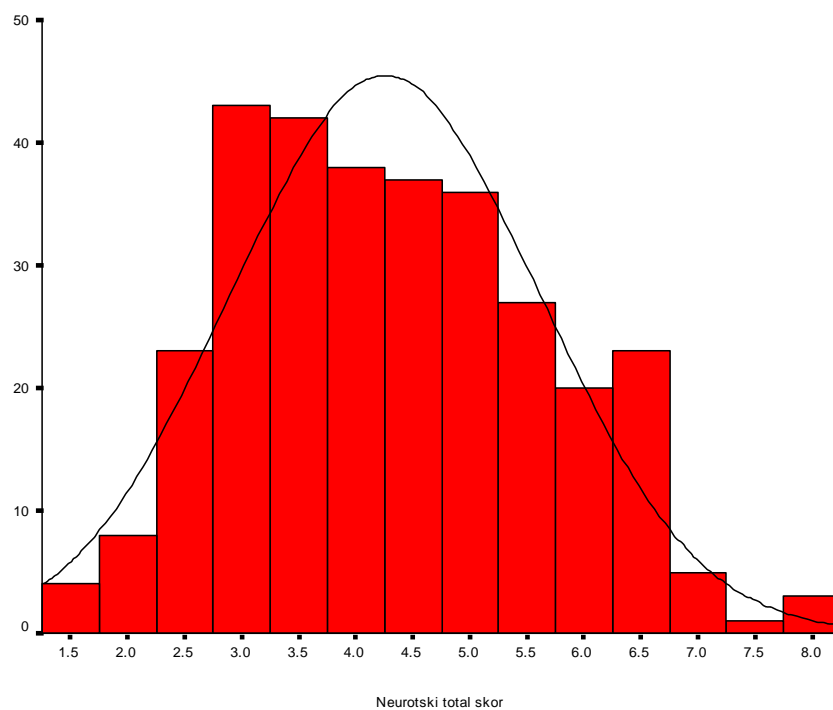
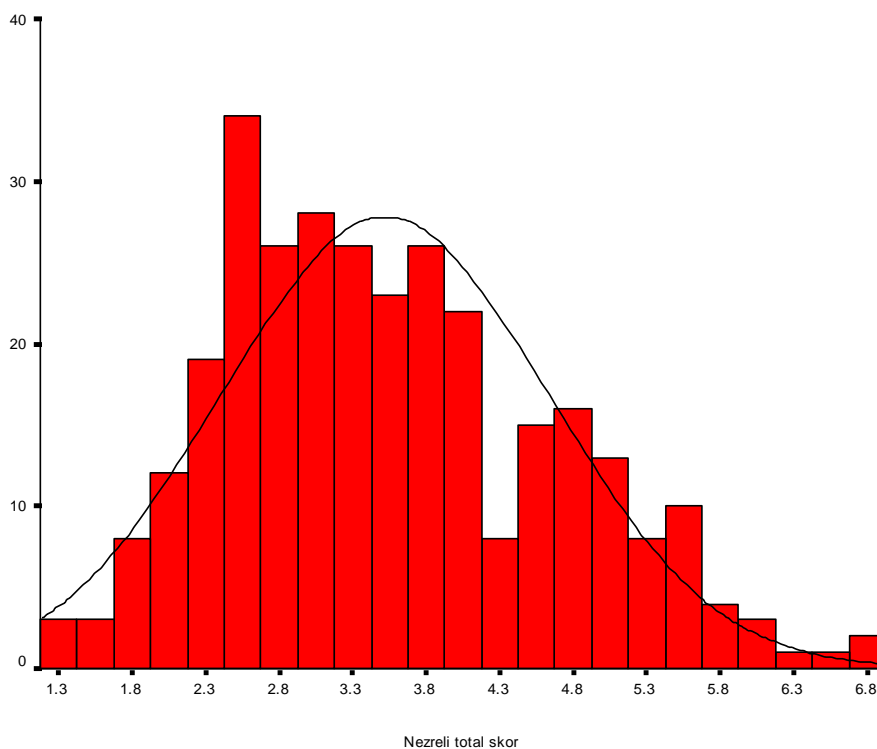


График 12

Учесталост коришћења неуротских механизма одбране



Учесталост коришћења незрелих механизма одбране



На Табели 25 издвајамо укупне скорове (стилове) зрелих, неуротских и незрелих механизма одбране.

Највеће просечне вредности укупних скорова упитника DSQ-40 имају зрели механизми одбране, затим неуротски, а најмње незрели механизми одбране.

Табела 25

Вредности укупних скорова упитника DSQ-40

Укупни скорови (стилови)	min	max	X	SD
Зрели механизми одбране	2.87	9.00	6.49	1.67
Неуротски механизми одбране	1.25	8.00	4.25	1.35
Незрели механизми одбране	1.16	6.67	3.46	1.11

5.3.3 Упитник синдрома сагоревања на раду (МВІ)

На Табели 26 су приказане минималне, максималне и просечне вредности одговора на Упитнику синдрома сагоревања на раду.

Највиша вредност на субскали Емоционална исцрпљеност (ЕЕ) се региструје на питању 2, а најниже на питањима 6 и 7.

Највиша вредност на субскали Деперсонализација (DP) се региструје на питању 2, а најниже на питањима 6 и 7.

Највиша вредност на субскали Лично постигнуће (РА) се региструје на питању 7, а најниже на питању 1.

Табела 26

Дескриптивни параметри одговора на питања све три субскале МВІ упитника

Питања		min	max	X	SD
Емоционална исцрпљеност (ЕЕ)					
МВІ 1	Осећам да сам емотивно исцрпљен мојим радом.	0.00	6.00	1.23	1.39
МВІ 2	Рад са људима по цео дан захтева много труда.	0.00	6.00	2.48	2.17
МВІ 3	Осећам да ме мој рад исцрпљује.	0.00	6.00	1.70	1.67
МВІ 4	Сматрам да ме мој рад фрустрира.	0.00	6.00	0.78	1.25
МВІ 5	Сматрам да радим превише напорно на послу.	0.00	6.00	1.70	1.85
МВІ 6	За мене је превише стресно да радим у директном контакту са људима.	0.00	5.00	0.40	0.84
МВІ 7	Осећам се као да сам на крају живаца.	0.00	6.00	0.48	1.08
Деперсонализација (DP)					
МВІ 1	Сматрам да неке своје колеге/подређене посматрам безлично, као да су предмети.	0.00	6.00	0.26	0.64

МВИ 2	Уморан сам када ујутро устанем и морам да се суочим са још једним радним даном.	0.00	6.00	1.16	1.50
МВИ 3	Имам утисак да моје колеге/подређени сматрају да сам одговоран за неке од њихових проблема.	0.00	6.00	0.44	0.98
МВИ 4	На крају сам стрпљења на крају радног дана.	0.00	6.00	0.65	1.14
МВИ 5	Заиста ме је баш брига шта се догађа са неким мојим колегама/подређенима.	0.00	6.00	0.29	0.86
МВИ 6	Постао сам неосетљив за људе са којима радим.	0.00	5.00	0.20	0.61
МВИ 7	Плашим се да ме овај посао чини немарним.	0.00	6.00	0.21	0.76

Лично постигнуће (РА)

МВИ 1	Постижем много вредних ствари у свом послу.	0.00	6.00	4.63	1.53
МВИ 2	Осећам да сам пун енергије.	0.00	6.00	4.86	1.39
МВИ 3	Лако могу да разумем како се моје колеге/подређени осећају.	0.00	6.00	5.12	1.34
МВИ 4	Бринем за проблеме мојих колега/подређених врло ефикасно.	0.00	6.00	4.91	1.52
МВИ 5	У свом послу, решавам емоционалне проблеме веома сталожено.	0.00	6.00	4.94	1.56
МВИ 6	Кроз мој рад, осећам да имам позитиван утицај на људе.	0.00	6.00	5.25	1.25
МВИ 7	Лако могу да створим опуштену атмосферу са мојим колегама/подређенима.	1.00	6.00	5.46	0.94

	МБИ 8	Осећам се освежено када сам близак са својим колегама/подређенима док радим.	1.00	6.00	5.32	1.16
--	-------	--	------	------	------	------

МБИ (Maslach Burnout Inventory)

ЕЕ (emotional exhaustion)

DP (depersonalization)

PA (personal accomplishment)

Просечна вредност на субскали Емоционална исцрпљеност (ЕЕ) износи 8.78 ± 7.47 , што указује на низак ниво синдрома сагоревања.

Просечна вредности на субскали Деперсонализација (DP) износи 3.19 ± 4.18 , што указује на низак ниво синдрома сагоревања.

Просечна вредности на субскали Лично постигнуће (PA) износи 40.49 ± 7.82 , што указује на низак ниво синдрома сагоревања (Табела 27).

Табела 27

Вредности укупних скорова упитника МБИ

Укупни скорови	min	max	X	SD
МБИ-ЕЕ	0.00	39.00	8.77	7.47
МБИ-DP	0.00	29.00	3.19	4.18
МБИ-PA	12.00	48.00	40.49	7.82

МБИ (Maslach Burnout Inventory)

ЕЕ (emotional exhaustion)

DP (depersonalization)

PA (personal accomplishment)

На Табели 28 је приказана учесталост укупних скорова МБИ упитника.

На субскалама МБИ-ЕЕ и МБИ-DP, највећи број испитаника има скор 0 (10.0 % односно 28.3 %), а на субскали МБИ- PA, највећи број испитаника (14.5 %) има највећи скор (48).

Табела 28

Учесталост укупних скорова МБИ упитника

Укупан скор	МБИ-ЕЕ		МБИ-ДР		МБИ-РА	
	n	%	N	%	n	%
0	31	10.0	88	28.3		
1	12	3.9	39	12.5		
2	17	5.5	48	15.4		
3	21	6.8	36	11.6		
4	29	9.3	23	7.4		
5	21	6.8	23	7.4		
6	18	5.8	19	6.1		
7	14	4.5	6	1.9		
8	11	3.5	3	1.0		
9	18	5.8	7	2.3		
10	19	6.1	3	1.0		
11	4	1.3	1	0.3		
12	15	4.8	4	1.3	1	0.3
13	10	3.2	1	0.3	2	0.6
14	10	3.2	1	0.3	1	0.3
15	8	2.6	1	0.3	1	0.3
16	12	3.9	1	0.3		
17	7	2.3	1	0.3		
18	6	1.9			1	0.3
19	4	1.3			1	0.3
20	2	0.6	1	0.3	1	0.3
21	4	1.3	3	1.0	3	1.0
22	1	0.3			1	0.3
23	2	0.6			4	1.3
24					4	1.3
25	1	0.3			2	0.6

26			1	0.3	2	0.6
27	6	1.9			2	0.6
28	1	0.3			4	1.3
29			1	0.3	4	1.3
30	1	0.3			5	1.6
31	1	0.3			6	1.9
32					7	2.3
33					2	0.6
34	2	0.6			7	2.3
35	2	0.6			3	1.0
36					5	1.6
37					8	2.6
38					7	2.3
39	1	0.3			10	3.2
40					15	4.8
41					17	5.5
42					19	6.1
43					18	5.8
44					24	7.7
45					30	9.6
46					28	9.0
47					21	6.8
48					45	14.5
Укупно	311	100.0	311	100.0	311	100.0

MBI (Maslach Burnout Inventory)

EE (emotional exhaustion)

DP (depersonalization)

PA (personal accomplishment)

На Табели 29 су приказани укупни скорови МБИ упитника, посебно за скубскалу МБИ-ЕЕ, МБИ-ДР и МБИ-РА, према нивоу учесталости присуства

Укупни скорови субскала МБИ упитника

МБИ \ Ниво	ЕЕ		DP		РА	
	N	%	N	%	N	%
Низак	277	89.1	257	82.7	217	69.8
Умерен	27	8.6	39	12.6	40	12.8
Висок	7	2.3	15	4.7	54	17.4

МБИ (Maslach Burnout Inventory)

ЕЕ (emotional exhaustion)

DP (depersonalization)

РА (personal accomplishment)

Графички приказ дистрибуције скорова Упитника синдрома сагоревања на раду (МБИ) је приказан на Графику 14 за субскалу МБИ-ЕЕ, на Графику 15 за субскалу МБИ-DP и на Графику 16 за субскалу МБИ-РА.

График 14

Учесталости скорова МБИ-ЕЕ упитника

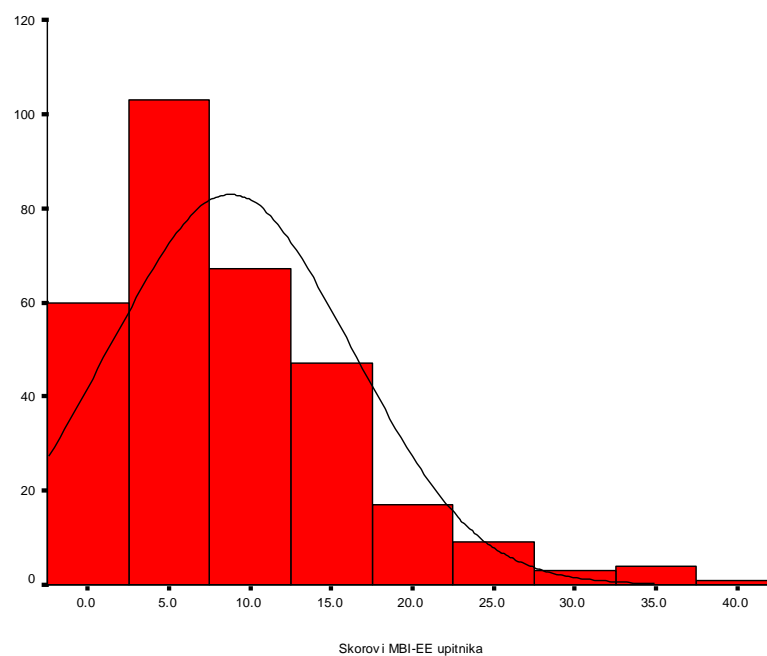


График 15

Учесталост скорова МБИ-ДР упитника

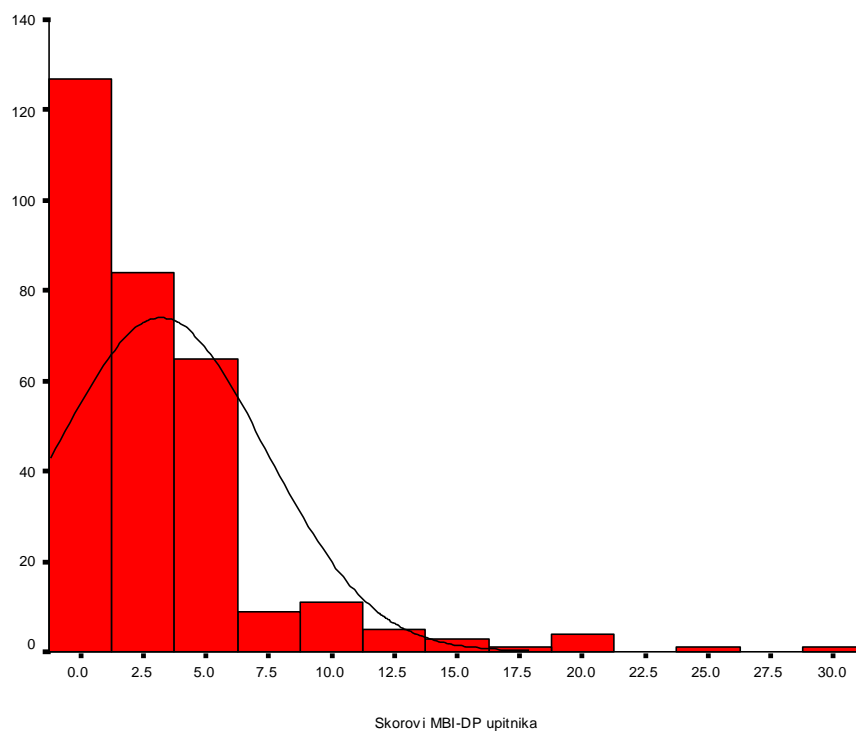
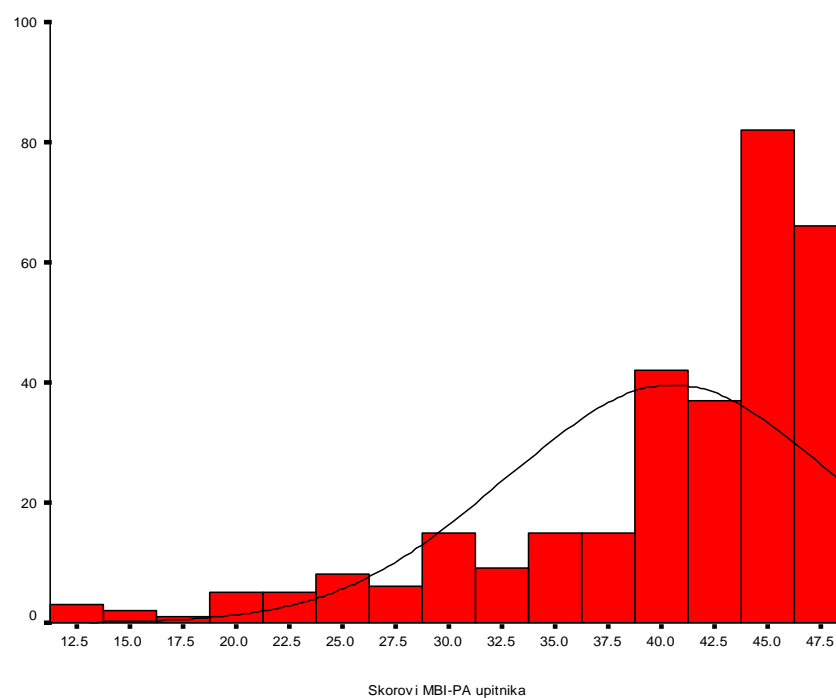


График 16

Учесталост скорова МБИ-РА упитника



5.3.2 Упитник за процену анксиозности (BAI)

Највиша просечна вредност на Упитнику за процену анксиозности (BAI) региструје се на питању BAI 10 (Нервоза), а затим BAI 4 (Немогућност да се опустите) и BAI 18 (Лоше варење или сметње са стомаком), а најнижа на питању BAI 16 (Страх од умирања) (Табела 30 и График 17).

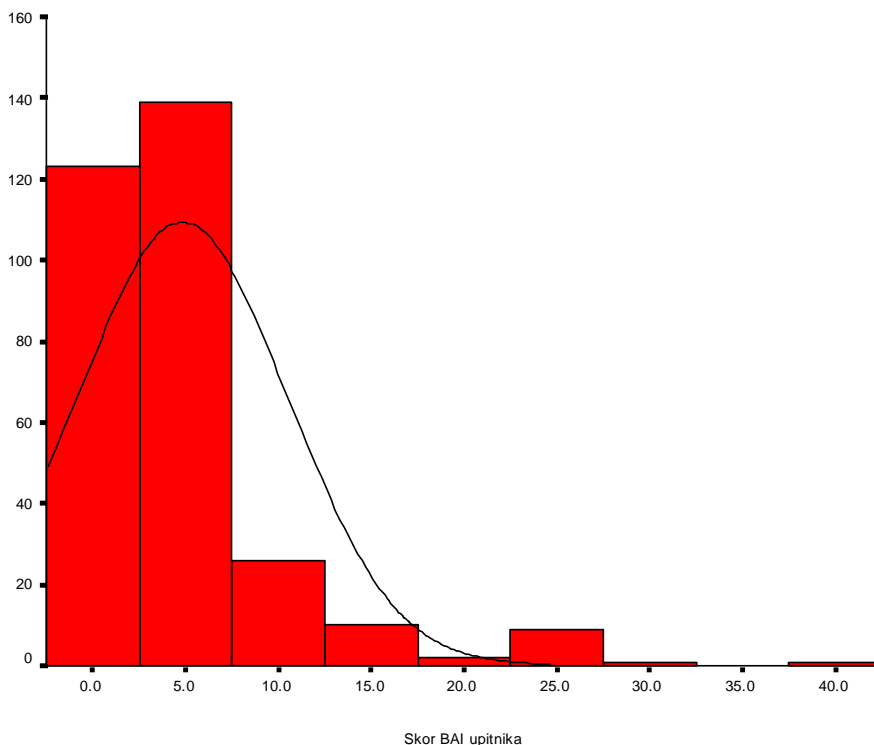
Табела 30

Дескриптивни параметри одговора на питања Упитника за процену анксиозности (BAI)

Питања		min	max	X	SD
BAI1	Утрнулост (неосетљивост на додир)	0.00	3.00	0.20	0.50
BAI2	Осећање врелине	0.00	3.00	0.29	0.58
BAI3	Несигурност у ногама	0.00	3.00	0.24	0.56
BAI4	Немогућност да се опустите	0.00	3.00	0.52	0.72
BAI5	Страх да ће се догодити најгоре	0.00	3.00	0.21	0.53
BAI6	Вртоглавица или омаглица	0.00	3.00	0.21	0.50
BAI7	Лупање или убрзан рад срца	0.00	3.00	0.35	0.58
BAI8	Нестабилност	0.00	2.00	0.13	0.36
BAI9	Ужаснутост	0.00	3.00	0.11	0.42
BAI10	Нервоза	0.00	3.00	0.68	0.71
BAI11	Осећање да ћете се угушити	0.00	2.00	0.07	0.26
BAI12	Дрхтање руку	0.00	3.00	0.19	0.48
BAI13	Осећање да се тресете	0.00	2.00	0.10	0.35
BAI14	Страх од губитка контроле	0.00	2.00	0.10	0.34
BAI15	Тешкоће у дисању	0.00	2.00	0.18	0.44
BAI16	Страх од умирања	0.00	1.00	0.04	0.20
BAI17	Преплашеност	0.00	2.00	0.07	0.26
BAI18	Лоше варење или сметње са стомаком	0.00	3.00	0.52	0.67
BAI19	Несвестица	0.00	2.00	0.11	0.32
Време утрошено (минути)		2.00	20.00	7.38	3.60
BAI укупно просек		0.00	1.86	0.23	0.27

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

Учесталост укупног скорa на Упитнику за процену анксиозности (BAI)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

Вредности укупног скорa на Упитнику за процену анксиозности (BAI) се налазе у интервалу између 0 и 39, при том просечна вредност укупног скорa (4.83 ± 5.66) указује на анксиозност минималног степена.

Минимална анксиозност је регистрована код 84.2 % испитаника, код 9.8 % блага, код 4.4 % умерена, а код 1.6 % анксиозност тешког степена. При том је код 17.7% испитаника укупни скор 0.

На Табели 31 је приказана учесталост одговора на питања на Упитнику за процену анксиозности (BAI).

Највећи број испитаника нема ниједан позитиван одговор на питања Упитника за процену анксиозности (BAI).

Преко 30 испитаника је одговорило на питање 2,3,4,5.

Табела 31

Учесталост укупног скорa на Упитнику за процену анксиозности (BAI)

BAI упитник скор	N	%	X	SD
0.00	55	17.7	4.83	5.66
1.00	21	6.8		
2.00	47	15.1		
3.00	37	11.9		
4.00	32	10.1		
5.00	31	10.0		
6.00	21	6.8		
7.00	18	5.8		
8.00	9	2.9		
9.00	4	1.3		
10.00	3	1.0		
11.00	3	1.0		
12.00	7	2.3		
14.00	4	1.3		
16.00	2	0.6		
17.00	4	1.3		
20.00	1	0.3		
21.00	1	0.3		
23.00	3	1.0		
24.00	2	0.6		
25.00	1	0.3		
26.00	3	1.0		
31.00	1	0.3		
39.00	1	0.3		
Укупно	311	100.0		

BAI (Beck Anxiety Inventory)

5.4 Анализа према полу

5.4.1 Корелација пола са демографским карактеристика испитаника

Највећи број испитаника мушког (54.66%) и женског пола (6.11%) имао је завршену средњу школу, а затим факултет, при том два ПВЛ мушког пола су имали и докторат.

Не постоје статистички значајне полне разлике испитаника према степену образовања ($\chi^2 = 2.212$; $p > 0.05$) (Табела 32 и График 18).

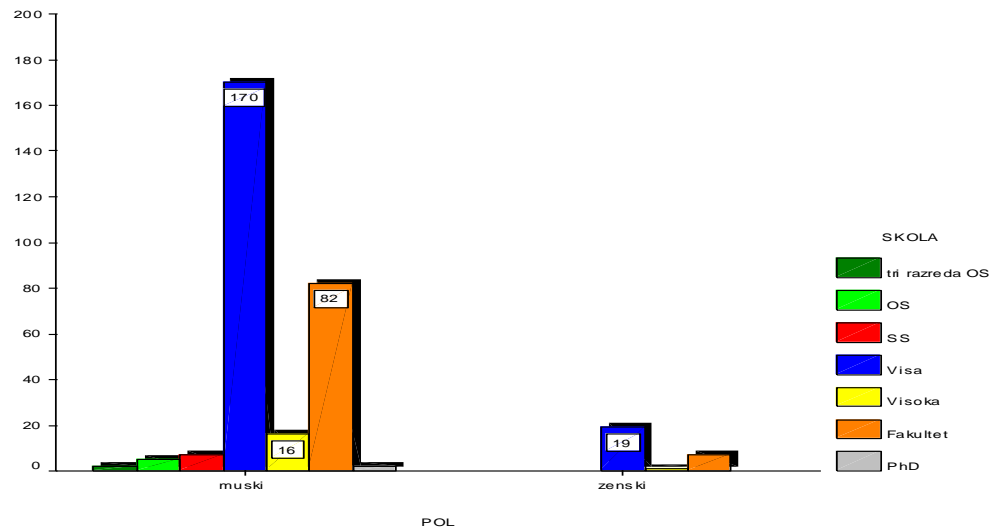
Табела 32

Полне разлике испитаника према степену образовања

Пол	СТЕПЕН ОБРАЗОВАЊА											
	Основна школа		Трогодишња школа		Средња школа		Виша школа		Факултет		Докторат	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
мушки	2	0.64	12	3.85	170	54.66	16	5.14	82	26.37	2	0.64
женски	0	0	0	0	19	6.11	1	0.32	7	2.25	0	0
Укупно	2	0.64	12	3.85	189	60.77	17	5.46	89	28.62	2	0.64

График 18

Полне разлике испитаника према степену образовања



Највећи број испитаника мушког (62.69 %) и женског пола (5.14%) су били у браку, а затим самци (неожењен/неудат) мушкарци 22.18 %, жене 2.89 %, односно од укупног броја жена, 59.25 % су биле удате, односно 63.03% мушкараца су били ожењени.

Не постоје статистички значајне полне разлике испитаника према брачном стању ($\chi^2 = 4.763$; $p > 0.05$) (Табела 33 и График 19).

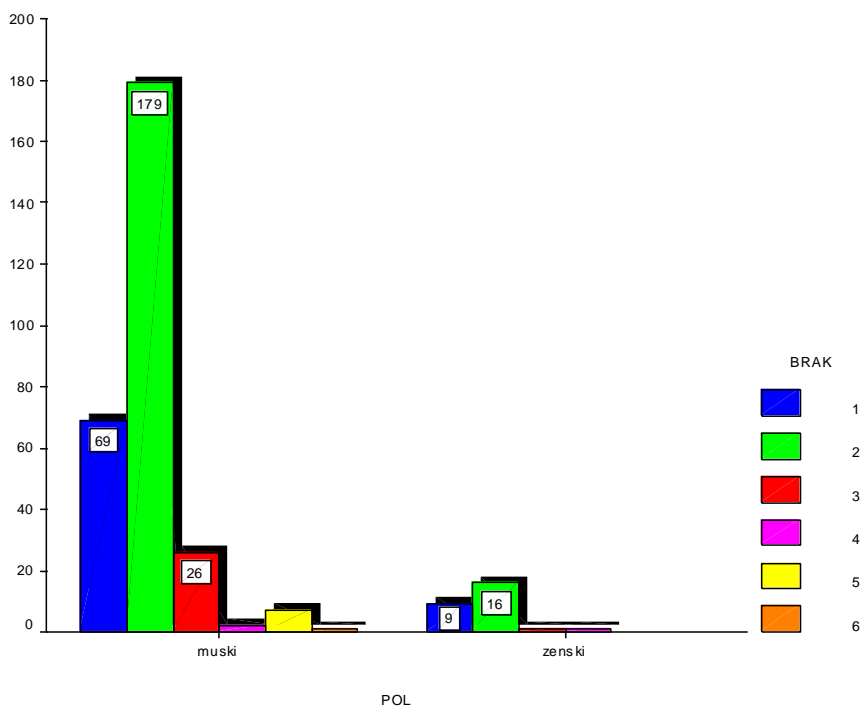
Табела 33

Полне разлике испитаника према брачном стању

Пол	БРАЧНО СТАЊЕ											
	самац		у браку		ванбрачно		одвојено		разведен		Укупно	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
мушки	69	22.18	179	57.55	26	8.36	2	0.64	8	2.57	284	91.32
женски	9	2.89	16	5.14	1	0.32	1	0.32	0	0	27	8.68
Укупно	78	25.07	195	62.69	27	8.68	3	0.96	8	2.57	311	100

График 19

Полне разлике испитаника према брачном стању



Соматско обољење је било присутно код 8.04 % испитаника мушког пола, а ниједна испитаница женског пола није имала регистровано соматско обољење.

Не постоје статистички значајне полне разлике испитаника према присуству соматске болести ($\chi^2 = 2.585$; $p > 0.05$) (Табела 34 и График 20).

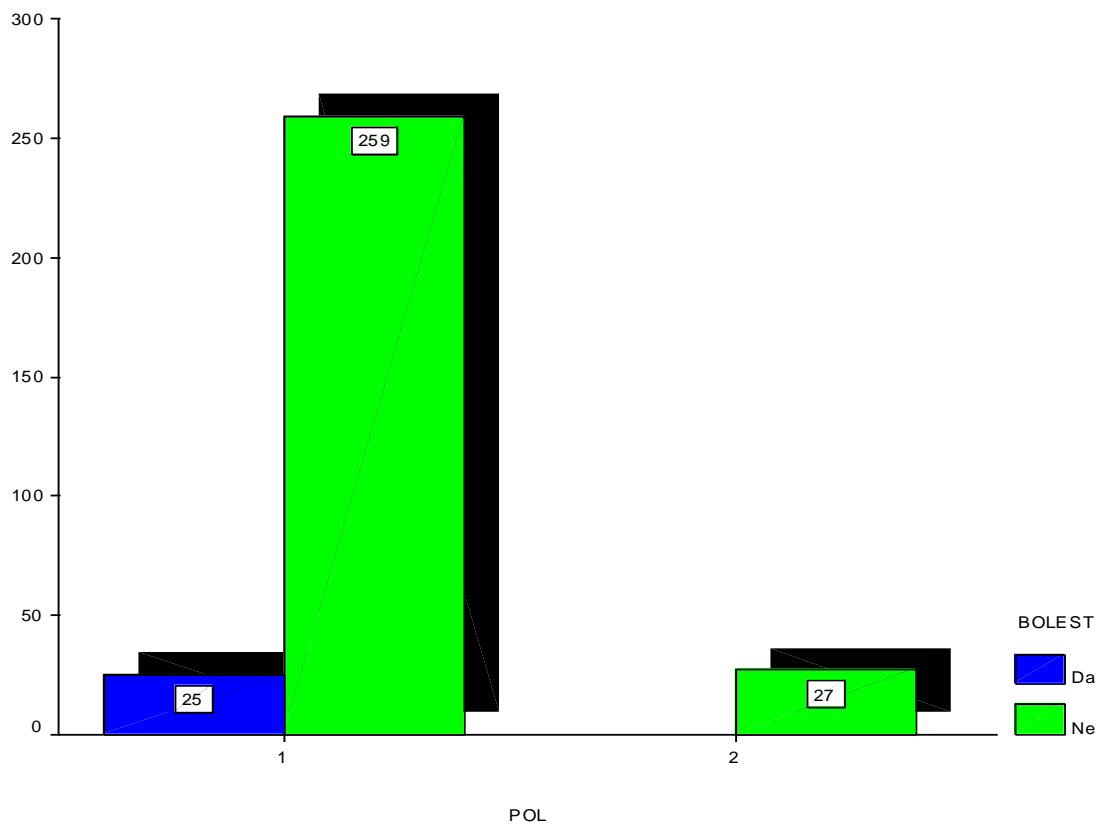
Табела 34

Полне разлике испитаника према присуству соматске болести

Особине		СОМАТСКА БОЛЕСТ					
		присутна		није присутна		Укупно	
		N	%	N	%	N	%
Пол	мушки	25	8.04	259	83.28	284	91.32
	женски	0	0	27	8.68	27	8.68
Укупно		25	8.04	286	91.96	311	100

График 20

Полне разлике испитаника према присуству соматске болести



5.3.2 Поређења нумеричких обележја и скорова по полу

Поређења свих нумеричких особина и скорова добијених из Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40), Бековог инвентара анксиозности (BAI), Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI) и Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), показала су да код наших испитаника не постоје статистички значајне разлике у односу на пол, при чему је за даљу анализу најбитније то што се испитаници оба пола нису разликовали према просечној старости, што даље омогућава њихово поређење по полу и код осталих карактеристика (Табела 35).

Табела 35

Просечне вредности нумеричких обележја и скорова упитника према полу испитаника

Особине		Пол	N	X	SD	t/z*	p
Године живота		мушки	284	35.09	7.21	1.818	0.166
		женски	27	32.83	5.22		
DSQ-40	Зрели мех. одбране	мушки	284	6.48	1.66	0.279	0.781
		женски	27	6.57	1.67		
	Неуротски мех. одбране	мушки	283	4.26	1.36	0.563	0.574
		женски	27	4.11	1.27		
	Незрели мех. одбране	мушки	284	3.47	1.12	0.369	0.712
		женски	27	3.39	1.01		
BAI скор		мушки	284	4.80	5.71	0.312*	0.755
		женски	27	5.14	5.16		
WHOQOL-BREF	Физичко здр	мушки	284	81.61	14.08	0.283	0.777
		женски	27	82.41	11.80		
	Психичко здр	мушки	284	81.84	13.61	1.141	0.255
		женски	27	84.87	8.02		
	Социјални односи	мушки	284	82.45	12.26	0.355	0.723
		женски	27	83.33	12.87		

	Средина	мушки	283	62.93	17.77	0.506	0.613
		женски	27	61.11	18.43		
MBI-EE		мушки	284	8.82	7.65	0.323*	0.747
		женски	27	8.33	5.18		
MBI-DP		мушки	284	3.24	4.32	0.644*	0.520
		женски	27	2.70	2.21		
MBI-PA		мушки	284	40.60	7.70	0.828	0.408
		женски	27	39.29	9.01		
BREF1		мушки	284	3.60	0.87	0.596	0.552
		женски	27	3.70	0.72		
BREF2		мушки	284	4.06	0.78	0.587	0.558
		женски	27	4.15	0.77		

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*)

EE (emotional exhaustion)

DP (depersonalization)

PA (personal accomplishment)

5.3.3 Поређења према присуству раније болести

Поређења свих нумеричких особина и скорова добијених из Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40), Бековог инвентара анксиозности (BAI), Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI) и Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), показала су да су просечне вредности више код испитаника који имају хронично соматско обољење осим код Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), где су просечне вредности веће код испитаника који немају хронична соматска обољења.

Код наших испитаника у односу на присуство и одсуство болести постоје статистички значајне разлике на Маслах инвентару сагоревања (MBI) за субскалу

МБИ-ЕЕ ($p < 0.05$), на Упитнику ВАИ ($p < 0.001$), на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) за Незреле механизме одбране ($p < 0.05$) и на Упитнику за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) на домену Физичко здравље ($p < 0.001$), Психичко здравље ($p < 0.001$), Средина ($p < 0.001$) и Социјални односи ($p < 0.01$) (Табела 36).

Табела 36

Просечне вредности скорова упитника у односу на присуство соматске болести

Скорови		Болест	N	X	SD	t/z*	p
МБИ-ЕЕ	да	да	25	13.00	10.07	2.263	0.024*
	не	не	286	8.41	7.10		
МБИ-DP	да	да	25	5.08	7.03	1.158	0.247
	не	не	286	3.03	3.81		
МБИ-РА	да	да	25	38.68	8.61	1.087	0.277
	не	не	286	40.64	7.74		
ВАИ	да	да	25	12.96	10.03	5.231*	0.001***
	не	не	286	4.12	4.48		
DSQ-40	зрели мех. одбране	да	25	5.95	1.46	1.704	0.089
		не	286	6.54	1.68		
	незрели мех. Одбане	да	25	3.96	1.14	2.331	0.020*
		не	286	3.43	1.10		
	неуротски мех. одбране	да	25	4.18	0.99	0.274	0.784
		не	286	4.26	1.38		
WHOQOL-BREF	физичко здравље	да	25	69.71	15.43	4.641	0.001***
		не	286	82.73	13.26		
	психичко здравље	да	25	72.33	17.55	3.936	0.001***
		не	286	82.95	12.47		
	Средина	да	25	51.13	16.46	3.469	0.001***
		не	286	63.79	17.58		
	социјални односи	да	25	76.33	9.82	2.652	0.008**
		не	286	83.07	12.36		

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*) WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) EE (emotional exhaustion) DP (depersonalization) PA (personal accomplishment)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Графички приказ Домена физичког здравља у односу на присуство соматске болести је дат на Графику 21, а ВАИ скара на Графику 22.

График 21

Просечне вредности Домена физичког здравља у односу на присуство соматске болести

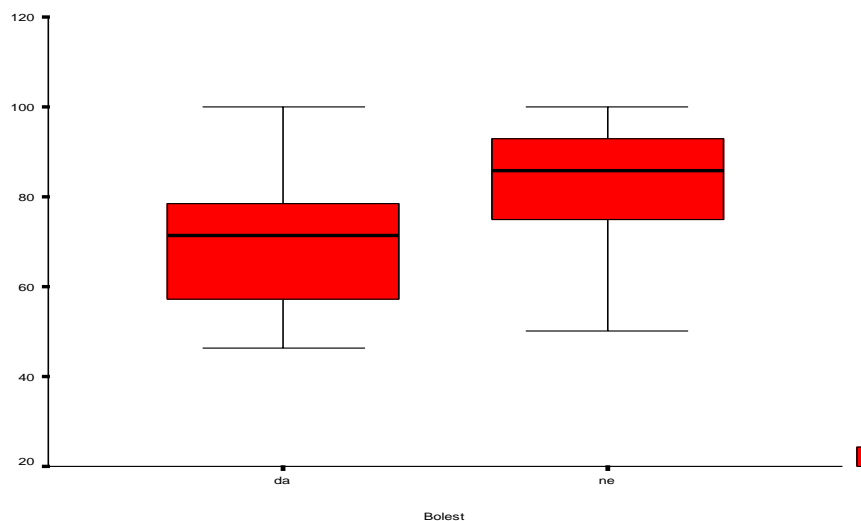
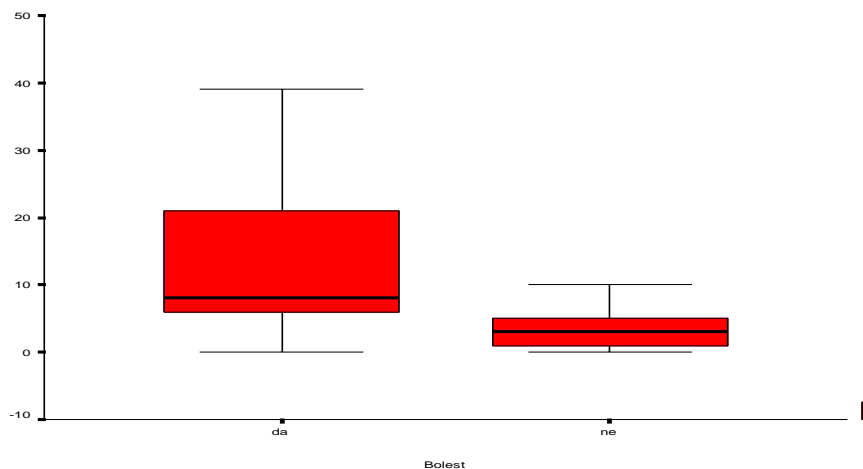


График 22

Просечне вредности ВАИ скара у односу на присуство соматске болести



5.4 Поређења према годинама живота испитаника

Поређења свих нумеричких особина и скорова добијених из Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40), Бековог инвентара анксиозности (BAI), Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI) и Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), показала су да просечне вредности опадају са годинама живота испитаника на Маслах инвентару сагоревања (MBI) и на Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), док на на Упитнику BAI расту са годинама живота испитаника.

Код наших испитаника у односу на године живота постоје статистички значајне разлике на Маслах инвентару сагоревања (MBI) за субскалу MBI-EE ($p < 0.05$), на Упитнику BAI ($p < 0.001$) и на Упитнику за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) на домену Физичко здравље ($p < 0.05$), Психичко здравље ($p < 0.001$) и Социјални односи ($p < 0.01$) (Табела 37).

Табела 37

Просечне вредности скорова упитника у односу на године живота испитаника

Скорови		Године живота	N	X	SD	F	p
MBI-EE		до 30	98	9.37	7.16	4.204	0.016*
		31-40	140	8.26	6.94		
		преко 40	73	8.97	8.78		
MBI-DP		до 30	98	3.60	4.53	0.662	0.516
		31-40	140	3.02	3.99		
		преко 40	73	3.00	4.05		
MBI-PA		до 30	98	40.31	7.59	0.595	0.552
		31-40	140	40.98	7.32		
		преко 40	73	39.78	9.03		
BAI		до 30	98	3.99	3.69	6.820*	0.001**
		31-40	140	4.34	5.63		
		преко 40	73	6.92	7.26		
DSQ-40	зрели мех.	до 30	98	6.76	1.68		

	одбране	31-40	140	6.41	1.65	1.947	0.144
		преко 40	73	6.30	1.67		
	незрели мех. одбране	до 30	98	3.29	1.14	2.432	0.090
		31-40	140	3.49	1.08		
		преко 40	73	3.66	1.11		
	неуротски мех.одбране	до 30	98	4.01	1.32	2.619	0.075
		31-40	140	4.41	1.38		
		преко 40	73	4.29	1.34		
	WHOQOL- BREF	физичко здравље	до 30	98	83.34	12.81	4.204
31-40			140	82.63	13.11		
преко 40			73	77.64	15.96		
	психичко здравље	до 30	98	84.27	12.87	6.939	0.001**
		31-40	140	83.12	12.04		
		преко 40	73	77.23	14.80		
	Средина	до 30	98	63.65	16.74	0.819	0.442
		31-40	140	63.37	17.51		
		преко 40	73	60.45	19.72		
	социјални односи	до 30	98	84.78	10.64	9.388	0.001***
		31-40	140	83.69	11.82		
		преко 40	73	77.28	13.84		

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) EE (emotional exhaustion) DP (depersonalization) PA (personal accomplishment)

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

На Графику 23 су дате просечне вредности ВАИ скорa, а на Графику 24 просечне вредности домена социјалних односа квалитета живота у односу на године живота испитаника.

График 23

Просечне вредности ВАI скора у односу на године живота испитаника

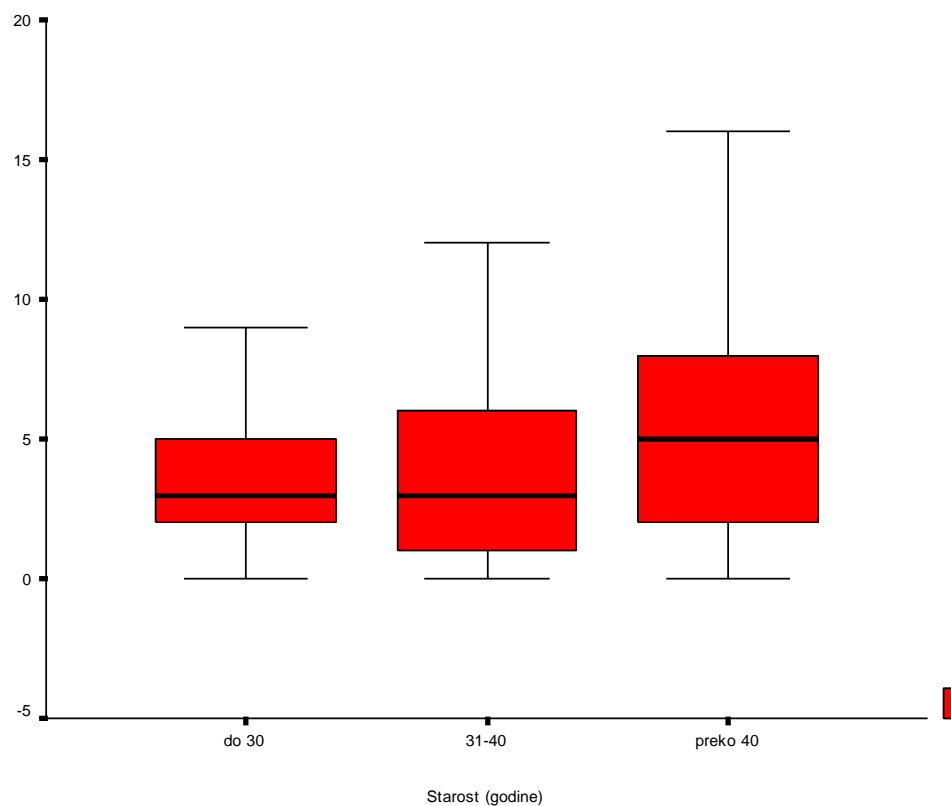
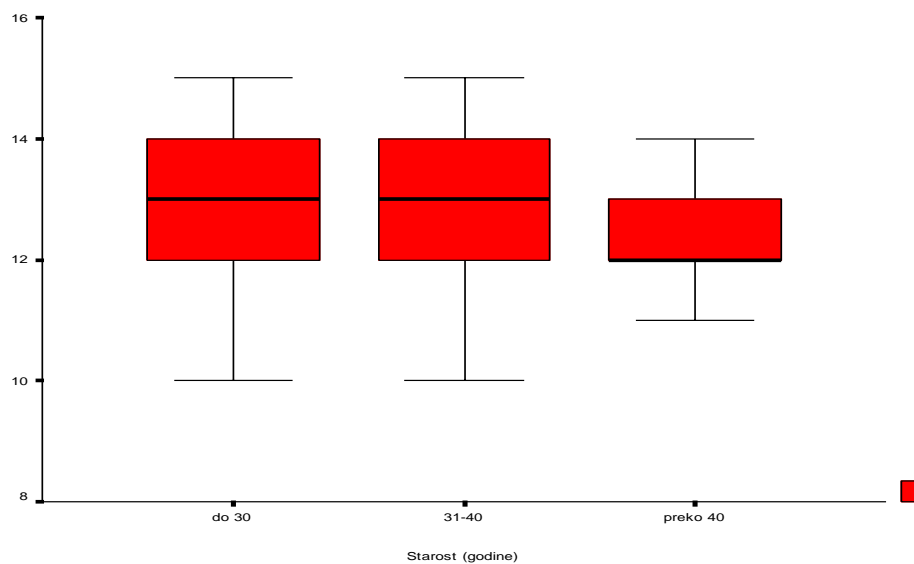


График 24

Просечне вредности домена социјалних односа квалитета живота у односу на старост испитаника



5.7. Корелације

5.7.1 Корелација скорова по степену образовања испитаника

Поређења скорова добијених на Упитнику за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI), Бековог инвентара анксиозности (BAI) и Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40) у односу на образовање испитаника, показала су да статистички значајне разлике постоје на Упитнику за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) за домен Средина ($p < 0.005$), а на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) за незреле ($p < 0.001$) и неуротске механизме одбране ($p < 0.05$).

Код скорa средине, просечне вредности расту са образовањем испитаника. Код незрелих и неуротских механизма одбране, скорови опадају са образовањем испитаника (Табела 38).

Табела 38

Корелација скорова упитника и степена образовања испитаника

Скор		Степен образовања	N	просек	СД	F	P
WHOQOL-BREF	Физичко здравље	основна	14	82.14	12.60	1.602	0.189
		средња	189	80.53	14.91		
		виша	17	80.04	14.67		
		факултет	91	84.30	11.30		
		укупно	311	81.68	13.88		
	Психичко здравље	основна	14	83.33	15.59	1.575	0.195
		средња	189	80.82	13.95		
		виша	17	83.08	13.53		
		факултет	91	84.38	10.96		
		укупно	311	82.10	13.23		
	Средина	основна	14	50.66	17.47	5.006	0.002**
		средња	189	61.47	18.00		
		виша	17	61.02	20.90		

		факултет	91	67.65	15.59	0.130	0.942
		укупно	311	62.77	17.81		
	Социјални односи	основна	14	83.33	14.24		
		средња	189	82.18	12.46		
		виша	17	83.33	12.84		
		факултет	91	82.96	11.71		
		укупно	311	82.52	12.29		
МБИ-ЕЕ	основна	14	9.85	6.59	0.688	0.560	
	средња	189	8.33	7.15			
	виша	17	8.41	10.32			
	факултет	91	9.59	7.60			
	укупно	311	8.77	7.47			
МБИ-ДР	основна	14	3.14	5.94	0.856	0.464	
	средња	189	2.94	3.71			
	виша	17	4.35	8.85			
	факултет	91	3.52	3.44			
	укупно	311	3.19	4.18			
МБИ-РА	основна	14	39.50	8.12	0.200	0.896	
	средња	189	40.53	8.15			
	виша	17	41.58	7.95			
	факултет	91	40.32	7.13			
	укупно	311	40.48	7.82			
ВАИ	основна	14	6.14	5.43	2.177	0.091	
	средња	189	5.29	6.23			
	виша	17	5.29	6.95			
	факултет	91	3.59	3.74			
	укупно	311	4.83	5.66			
DSQ-40	Зрели механизми одбране	основна	14	5.94	1.71	0.647	0.585
		средња	189	6.56	1.70		
		виша	17	6.386	1.45		

		факултет	91	6.45	1.62		
		укупно	311	6.49	1.66		
Незрели механизми одбране		основна	14	4.40	1.51	5.492	0.001**
		средња	189	3.47	1.07		
		виша	17	3.84	1.24		
		факултет	91	3.23	1.01		
		укупно	311	3.46	1.11		
		укупно	311	3.46	1.11		
Неуротски механизми одбране		основна	14	4.83	1.56	3.046	0.029*
		средња	189	4.14	1.33		
		виша	17	4.99	1.54		
		факултет	90	4.26	1.27		
		укупно	310	4.25	1.35		

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

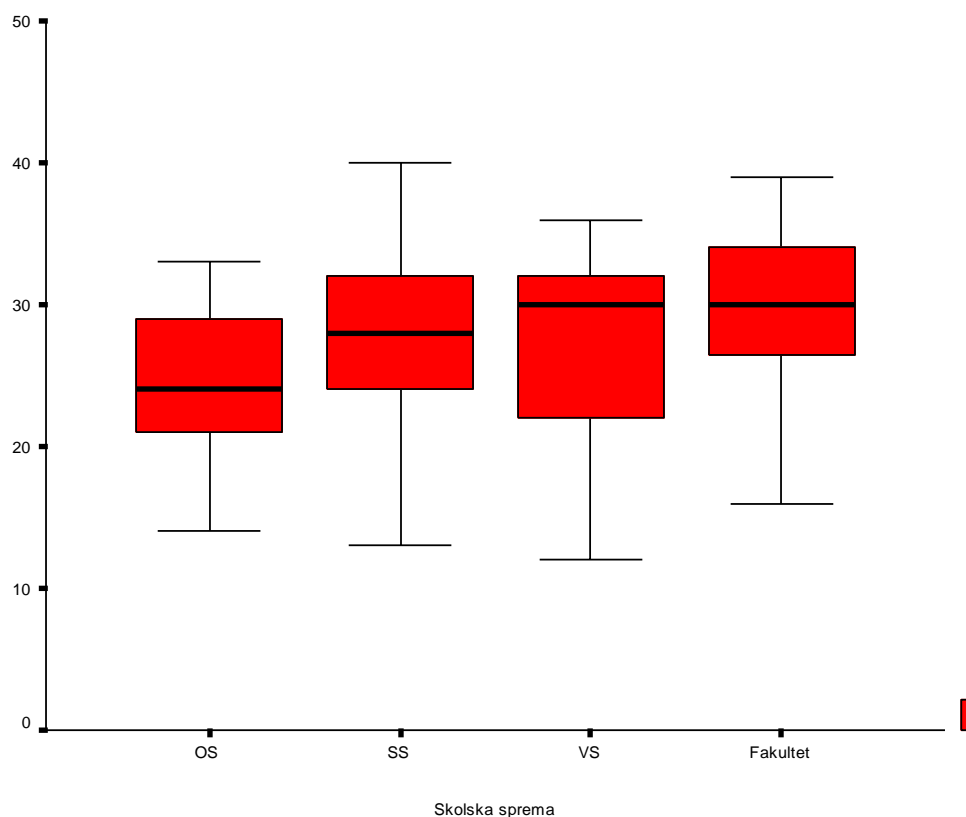
WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) EE (emotional exhaustion) DP (depersonalization) PA (personal accomplishment)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

На Графику 25 је приказан однос просечних вредности скорa средине по степену образовању испитаника у домену средине.

Однос просечних скорова по степену образовања испитаника и квалитета живота у домену средине



5.7.2 Корелација скорова по брачном стању испитаника

Поређења свих нумеричких особина и скорова добијених из Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40), Бековог инвентара анксиозности (BAI), Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI) и Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), у односу на брачно стање испитаника, показало је одсуство статистички значајне разлике код свих анализираних упитника односно њихових скорова. Може се рећи да брачно стање није имало утицаја на резултате скорова упитника код наших испитаника (Табела 39).

Табела 39

Дескрипција скорова упитника и брачног стања испитаника

Скор		Брачно стање	N	X	SD	min	Max
WHOQOL-BREF	ФИЗИЧКО ЗДРАВЉЕ	самац	78	82.00	12.60	42.85	100.00
		у браку	195	81.42	14.51	28.57	100.00
		ванбрачна заједница	27	80.29	14.29	46.42	100.00
		одвојено	11	87.33	9.63	71.42	100.00
		Укупно	311	81.68	13.88	28.57	100.00
	ПСИХИЧКО ЗДРАВЉЕ	самац	78	82.10	12.25	37.50	100.00
		у браку	195	81.71	13.36	37.50	100.00
		ванбрачна заједница	27	84.25	15.77	29.16	100.00
		одвојено	11	83.71	12.14	58.33	100.00
		Укупно	311	82.10	13.23	29.16	100.00
	СРЕДИНА	самац	78	62.05	16.01	12.50	93.75
		у браку	195	62.99	18.58	9.37	100.00
		ванбрачна заједница	27	64.46	18.55	31.25	100.00
		одвојено	11	59.65	15.52	28.12	78.12
		Укупно	311	62.77	17.81	9.37	100.00
	СОЦИЈАЛНИ ОДНОСИ	самац	78	82.47	10.95	58.33	100.00
		у браку	195	82.43	13.00	41.66	100.00
		ванбрачна заједница	27	83.33	11.78	50.00	100.00
		одвојено	11	82.57	10.83	66.66	100.00
		Укупно	311	82.52	12.29	41.66	100.00
MBI-EE	самац	78	8.44	6.75	0.00	27.00	
	у браку	195	8.78	7.67	0.00	39.00	

		ванбрачна заједница	27	10.44	8.46	0.00	35.00
		одвојено	11	6.81	6.04	0.00	20.00
		Укупно	311	8.77	7.47	0.00	39.00
МБИ-DP		самац	78	3.47	4.20	0.00	21.00
		у браку	195	2.87	3.96	0.00	29.00
		ванбрачна заједница	27	4.37	5.42	0.00	21.00
		одвојено	11	4.18	4.16	0.00	15.00
		Укупно	311	3.19	4.18	0.00	29.00
МБИ-РА		самац	78	40.60	7.97	12.00	48.00
		у браку	195	40.40	7.83	13.00	48.00
		ванбрачна заједница	27	41.03	6.71	22.00	48.00
		одвојено	11	39.81	9.93	14.00	48.00
		Укупно	311	40.48	7.82	12.00	48.00
ВАИ		самац	78	4.29	3.72	0.00	17.00
		у браку	195	5.08	6.21	0.00	39.00
		ванбрачна заједница	27	4.96	6.73	0.00	31.00
		одвојено	11	3.81	3.76	0.00	12.00
		Укупно	311	4.83	5.66	0.00	39.00
DSQ-40	зрели механизми одбране	самац	78	6.74	1.75	2.87	9.00
		у браку	195	6.37	1.62	3.00	9.00
		ванбрачна заједница	27	6.84	1.55	4.00	9.00
		одвојено	11	5.90	1.79	3.50	9.00
		Укупно	311	6.49	1.66	2.87	9.00
	незрели механизми	самац	78	3.40	1.10	1.29	6.66
		у браку	195	3.47	1.10	1.16	6.62

	одбране	ванбрачна заједница	27	3.55	1.27	1.79	5.87
		одвојено	11	3.67	0.92	2.41	5.41
		Укупно	311	3.46	1.11	1.16	6.66
	неуротски механизми одбране	самац	77	4.14	1.38	1.62	8.00
		у браку	195	4.30	1.37	1.25	7.87
		ванбрачна заједница	27	4.20	1.26	2.25	6.75
		одвојено	11	4.20	1.14	2.37	5.75
		Укупно	310	4.25	1.35	1.25	8.00

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) EE (emotional exhaustion) DP (depersonalization) PA (personal accomplishment)

5.7.2 Корелација скорова по нивоима (степенима) сагоревања на раду и анксиозности

На основу резултата добијених са Маслаховог упитника субскала Емоционалне исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) и према важећим нормама формирали смо групу од 277 (89.1%) испитаника са ниским нивоом бурноута, 27 (8.6%) испитаника са умереним нивоом и 7 (2.3%) испитаника са високим нивоом бурноута. Добијена разлика била је статистички значајна ($\chi^2 = 24.228$; $p < 0.01$).

На основу резултата добијених са Маслаховог упитника субскала Деперсонализација (МБИ-ДП) према важећим нормама формирали смо групу од 257 (82.7 %) испитаника са ниским нивоом бурноута, 39 (12.6%) испитаника са умереним нивоом и 15 (4.7%) испитаника са високим нивоом бурноута. Добијена разлика била је статистички значајна ($\chi^2 = 23.147$; $p < 0.01$).

На основу резултата добијених са Маслаховог упитника субскала Лична постигнућа (МБИ-ПА) према важећим нормама формирали смо групу од 217 (69.8%)

испитаника са ниским нивоом бурноута, 40 (12.9%) испитаника са умереним нивоом и 54 са високим нивоом (17.4%). Добијена разлика била је високо статистички значајна ($\chi^2 = 18.056$; $p < 0.01$) (Табела 40).

Неједнака дистрибуција испитаника у све три категорије нивоа присуства синдрома сагоревања дозвољава корелацију, с обзиром да су коришћени статистички програми који додају корекциони фактор за величину група.

Табела 40

Нивои синдрома сагоревања на раду испитника

Ниво синдрома сагоревања	МБИ-ЕЕ		МБИ-ДП		МБИ-ПА	
	N	%	N	%	N	%
низак	277	89.1	257	82.7	217	69.8
умерен ниво	27	8.6	39	12.6	40	12.9
висок ниво	7	2.3	15	4.7	54	17.4
Укупно	311	100.0	311	100.0	311	100.0

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

ЕЕ (emotional exhaustion) ДП (depersonalization) ПА (personal accomplishment)

На основу резултата добијених са упитника о анксиозности према важећим нормама формирали смо групу од 275 (88.4%) испитаника са минималним нивоом анксиозности, 19 (6.2%) испитаника са благим нивоом и 17 испитаника са умереним и израженим нивоом (спојени су за потребе анализе 5.4%). Добијена разлика била је високо статистички значајна ($\chi^2 = 19.034$; $p < 0.01$) (Табела 41).

Неједнака дистрибуција испитаника у све три категорије нивоа присуства синдрома сагоревања дозвољава корелацију, с обзиром да су коришћени статистички програми који додају корекциони фактор за величину група.

Табела 41

Ниво анксиозности испитаника

Ниво анксиозности	N	%
минимални	275	88.4
благ	19	6.2
умерени	15	4.8
изражен	2	0.6
Укупно	311	100.0

Висок ниво синдрома сагоревања на субскали Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) имало је 2.25% мушкараца и ниједна жена. Синдром сагоревања на раду, на субскали Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ), не показује статистички значајну разлику према полу ($\chi^2 = 0.762$; $p > 0.05$) (Табела 42 и График 26).

Висок ниво синдрома сагоревања на субскали Деперсонализација (МБИ-ДР) имало је 4.82% мушкараца и ниједна жена. Синдром сагоревања на раду, на субскали Деперсонализација (МБИ-ДР) не показује статистички значајну разлику према полу ($\chi^2 = 3.935$; $p > 0.05$) (Табела 42 и График 27).

Висок ниво синдрома сагоревања на субскали Лично постигнуће (МБИ-РА) имало је 15.44% мушкараца и 1.93% жена. Синдром сагоревања на раду, на субскали Лично постигнуће (МБИ-РА), не показује статистички значајну разлику према полу ($\chi^2 = 0.513$; $p > 0.05$) (Табела 42 и График 28).

Табела 42

Ниво синдрома сагоревања према полу

МБИ	Ниво	ПОЛ					
		Мушки		Женски		Укупно	
		N	%	N	%	N	%
МБИ-ЕЕ	низак	252	81.03	25	8.04	277	89.07
	умерен	25	8.04	2	0.64	27	8.68
	висок	7	2.25	0	0	7	2.25
	Укупно	284	91.32	27	8.68	311	100.00

МБИ-DP	низак	231	74.28	26	8.36	257	82.64
	умерен	38	12.22	1	0.32	39	12.54
	висок	15	4.82	0	0	15	4.82
	Укупно	284	91.32	27	8.68	311	100.00
МБИ-РА	низак	199	63.98	18	5.79	217	69.77
	умерен	37	11.90	3	0.96	40	12.86
	висок	48	15.44	6	1.93	54	17.37
	Укупно	284	91.32	27	8.68	311	100.00

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*) ЕЕ (emotional exhaustion)

DP (depersonalization) PA (personal accomplishment)

График 26

Ниво емоционалне исцрпљености (МБИ-ЕЕ) према полу

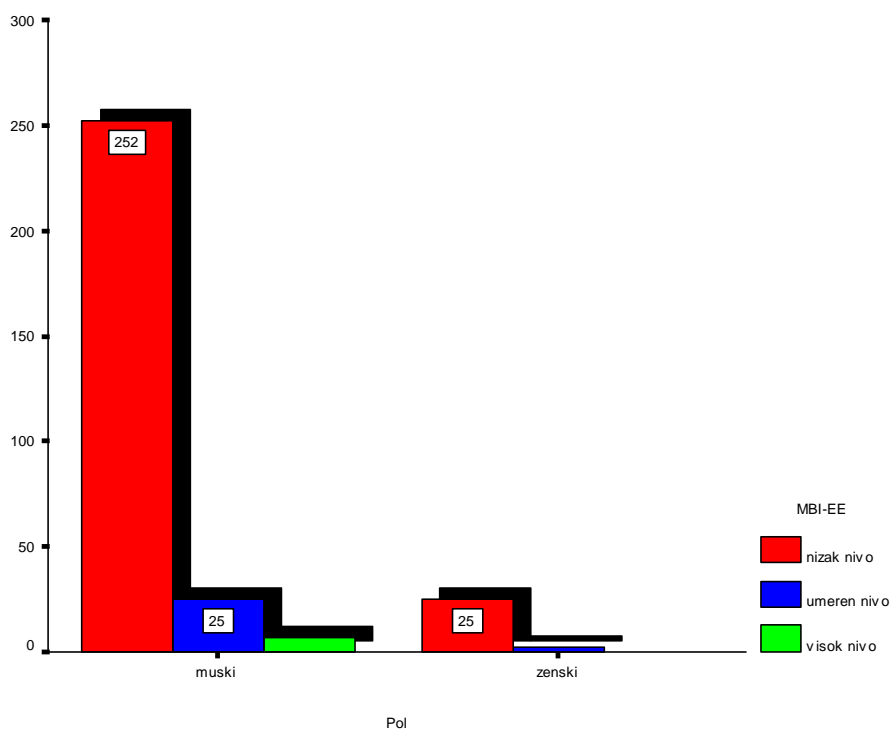


График 27

Ниво деперсонализације (МБИ-ДР) према полу

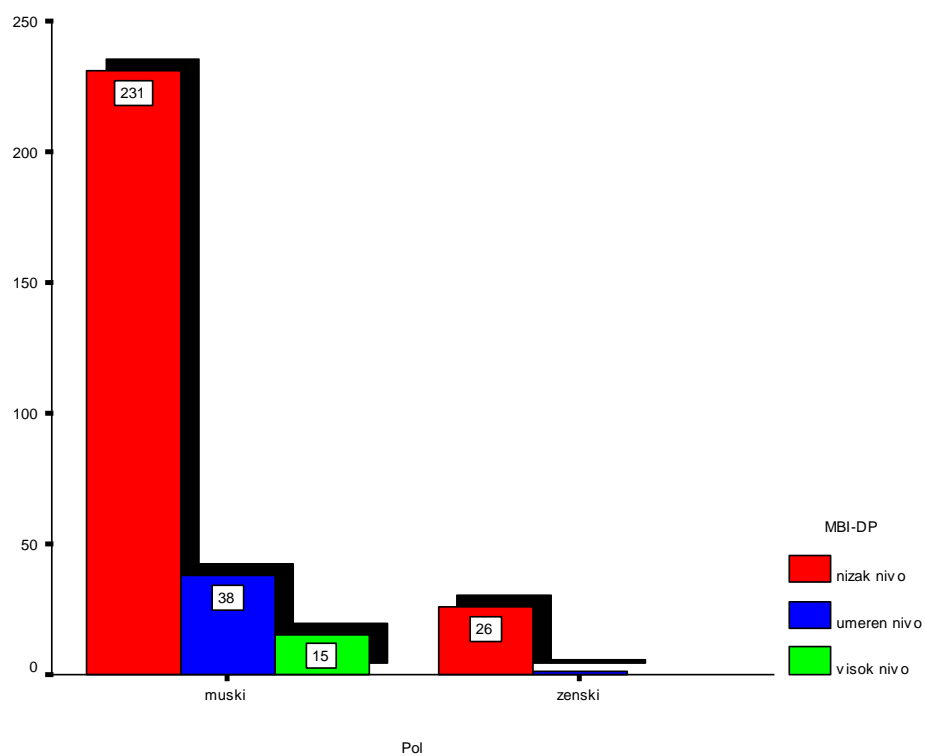
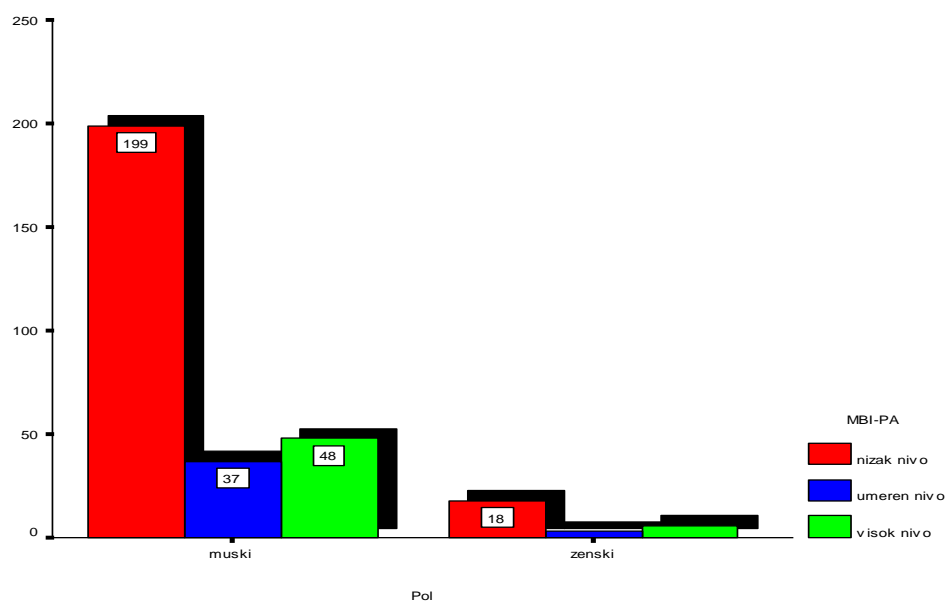


График 28

Ниво личног постигнућа (МБИ-РА) према полу



Изражену анксиозност имало је свега 0.64% мушкараца и ниједна жена.

Појава анксиозности код наших испитаника није показивала статистички значајну разлику према полу ($\chi^2 = 4.096$; $p > 0.05$) (Табела 43 и График 29).

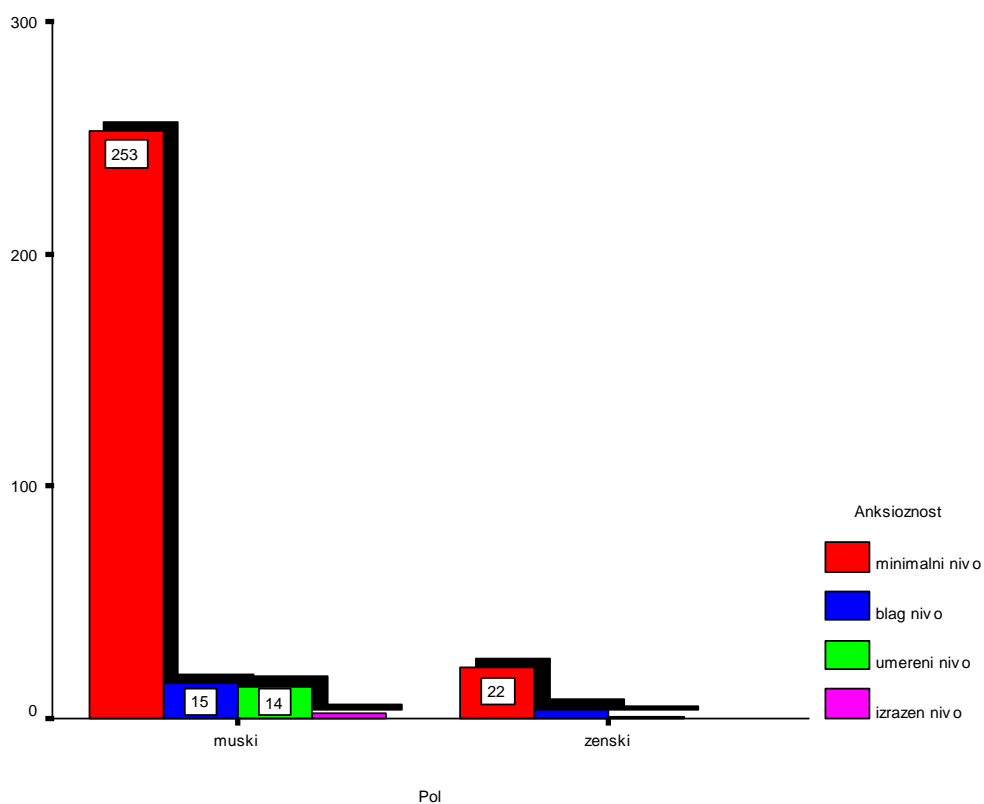
Табела 43

Ниво анксиозности према полу

Особине		Ниво анксиозности								Свега	
		минимални		благ		умерени		изражен			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Пол	мушки	253	81.35	15	4.82	14	4.51	2	0.64	284	91.32
	женски	22	7.07	4	1.29	1	0.32	0	0	27	8.68
Укупно		275	88.43	19	6.11	15	4.82	2	0.64	311	100.00

График 29

Ниво анксиозности према полу



5.7.3 Корелација скорова коришћених упитника по нивоима (степенима) сагоревања на раду на скали емоционалне исцрпљености (МБИ-ЕЕ)

Поређења скорова нивоа (степен) субскеале Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) Маслах инвентара синдрома сагоревања (МБИ) и Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), Бековог инвентара анксиозности (ВАИ) и Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40) уочава се да на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) постоји статистички значајна разлика за зреле ($p < 0.005$) неуротске ($p < 0.05$) и незреле ($p < 0.001$) механизме одбране. Високо статистички значајна разлика постоји и на Бековом инвентару анксиозности (ВАИ) и за све домене Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) ($p < 0.001$) као и за остале две субскеале Маслах инвентара синдрома сагоревања (МБИ-ДР и МБИ-РА) ($p < 0.001$).

У односу на ниво присуства субскеале Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) значајно веће скорове на укупним скоровима зрелих, незрелих и неуротских механизма одбране, као и ВАИ скор и субскеале Деперсонализација (МБИ-ДР) имале су особе са високим нивоом синдрома сагоревања, за њима следе особе са умереним нивоом, а најмање просечне вредности имали су испитаници са ниским нивоом синдрома сагоревања.

У односу на ниво присуства субскеале Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) код свих осталих укупних скорова квалитета живота (средине, физичког и психичког здравља, социјалних односа) као и субскеале Деперсонализација (МБИ-РА) ситуација је потпуно обрнута. Највеће просечне вредности су забележене код испитаника са ниским нивоом синдрома сагоревања, за њима следе особе са умереним нивоом, а најмање просечне вредности имају испитаници са високим нивоом синдрома сагоревања (Табела 44 и График 30, 31, 32).

Табела 44

Корелација скорова нивоа (степен) субскеале Емоционалне исцрпљености (МБИ-ЕЕ) Маслах инвентара синдрома сагоревања (МБИ) и осталих упитника

Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ)		N	X	SD	F	p	
DSQ-40	Зрели механизми	низак ниво	277	6.59	1.69	6.622	0.002**
		умерен ниво	27	5.39	1.03		

	одбране.	висок ниво	7	6.80	0.64		
		Укупно	311	6.57	1.66		
	Неуротски механизми одбране	низак ниво	277	4.18	1.30	3.217	0.041*
		умерен ниво	27	4.73	1.26		
		висок ниво	7	5.03	1.10		
		Укупно	311	4.25	1.35		
	Незрели механизми одбране	низак ниво	277	3.37	1.07	9.617	0.001***
		умерен ниво	27	4.09	1.15		
		висок ниво	7	4.64	1.13		
		Укупно	311	3.46	1.11		
	BAI	низак ниво	277	4.33	5.28	16.272	0.001***
		умерен ниво	27	7.25	5.01		
висок ниво		7	15.00	10.21			
Укупно		311	4.83	5.66			
WHOQOL-BREF	физичко здравље	низак ниво	277	82.94	13.44	12.434	0.001***
		умерен ниво	27	73.28	12.92		
		висок ниво	7	64.28	13.36		
		Укупно	311	81.68	13.88		
	психичко здравље	низак ниво	277	83.37	12.23	16.298	0.001***
		умерен ниво	27	74.54	15.08		
		висок ниво	7	60.71	18.14		
		Укупно	311	82.10	13.78		
	социјални односи	низак ниво	277	83.45	11.89	12.093	0.001***
		умерен ниво	27	78.08	12.04		
		висок ниво	7	63.09	10.60		
		Укупно	311	82.52	12.31		
	Средина	низак ниво	277	64.10	17.72	7.983	0.001***
		умерен ниво	27	53.59	13.50		
		висок ниво	7	45.53	18.56		
		Укупно	311	62.17	17.81		

MBI-DP	низак ниво	277	2.40	2.58	93.507	0.001***
	умерен ниво	27	7.88	7.26		
	висок ниво	7	16.71	5.21		
	Укупно	311	3.19	4.18		
MBI-PA	низак ниво	277	41.15	7.25	10.959	0.001***
	умерен ниво	27	36.14	9.72		
	висок ниво	7	31.00	8.93		
	Укупно	311	40.48	7.82		

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) EE (emotional exhaustion) DP (depersonalization) PA (personal accomplishment)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.005$ *** $p < 0.001$

График 30

Однос просечних скорова MBI-DP по нивоима (степенима) сагоревања на раду на субскали Емоционална исцрпљеност (MBI-EE)

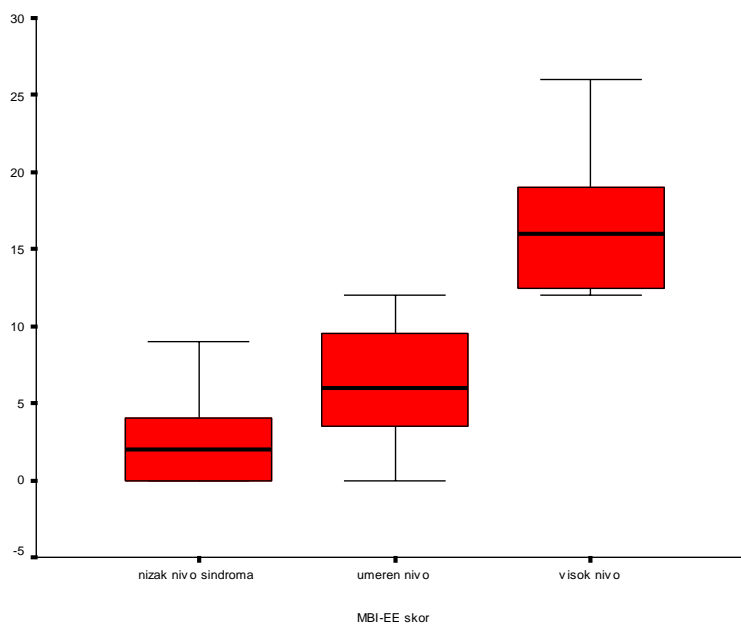


График 30а

Корелација скорова МБИ-ДР по нивоима (степенима) сагоревања на раду на субскали Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ)

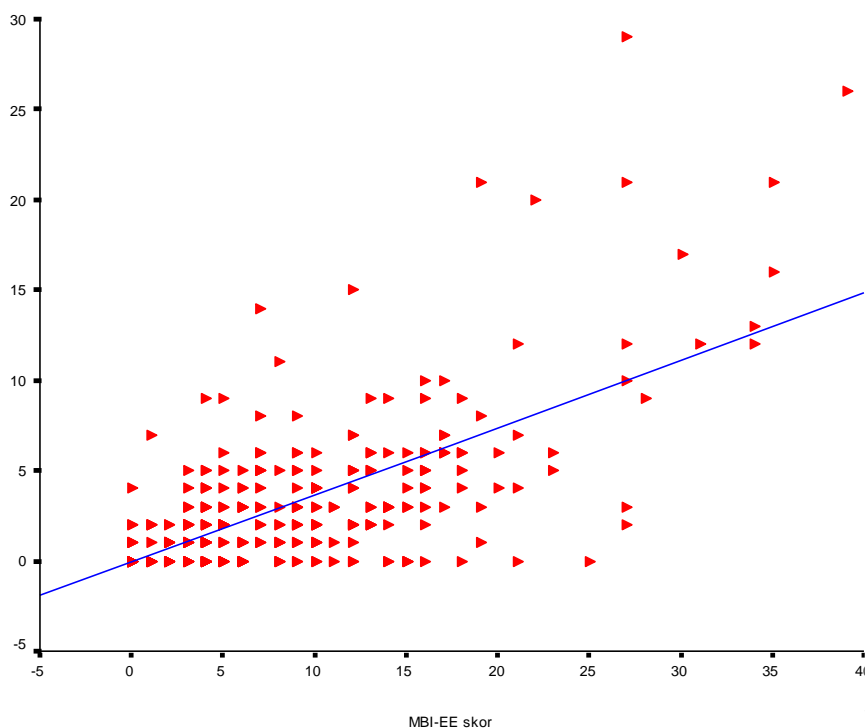


График 31

Однос просечних скорова ВАИ упитника по нивоима (степенима) сагоревања на раду на субскали Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ)

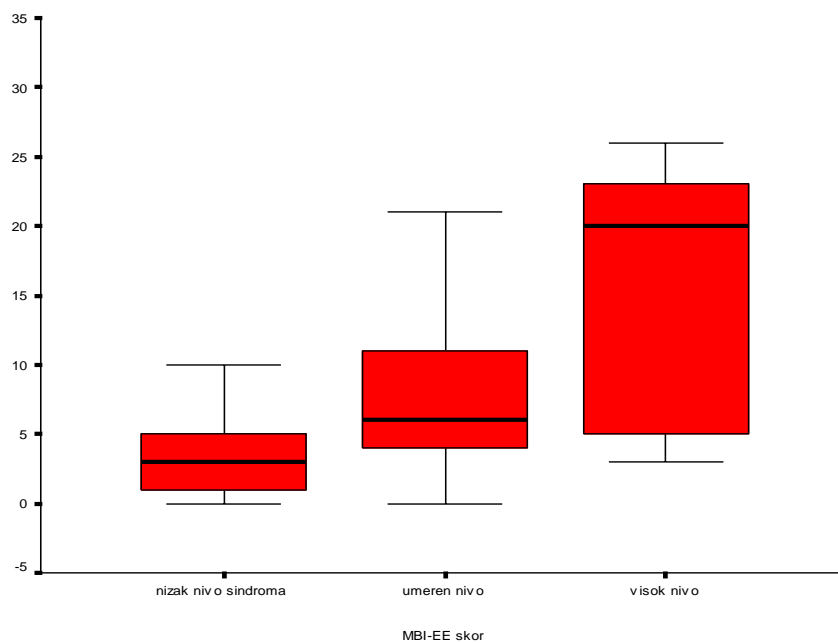


График 31а

Корелација скорова ВАИ упитника по нивоима (степенима) сагоревања на раду на субскали Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ)

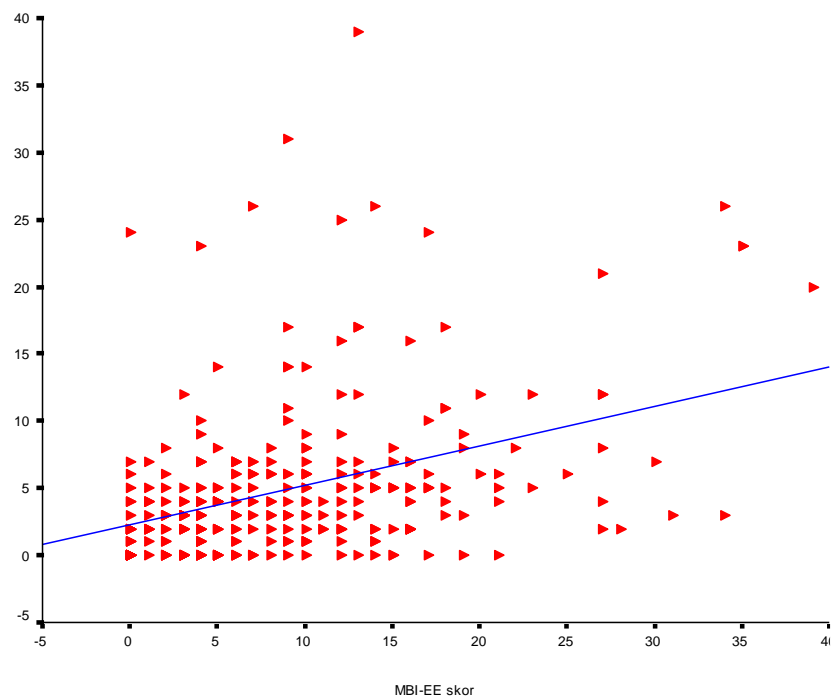
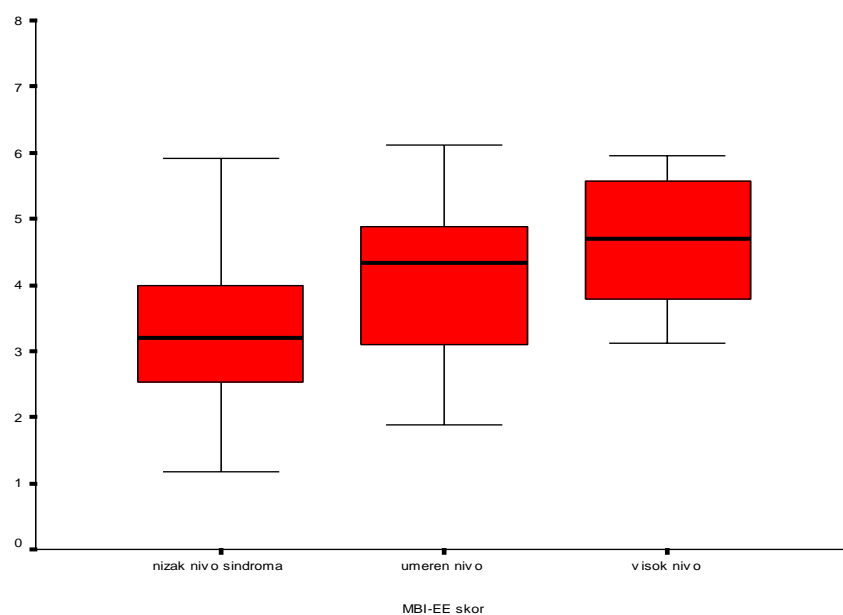
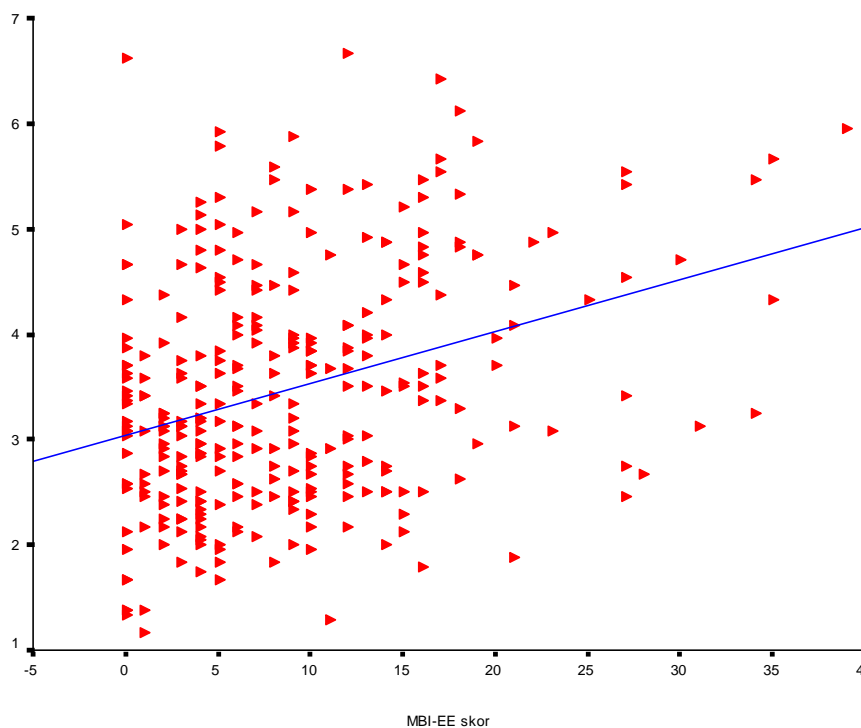


График 32

Однос просечних скорова незрелих механизма одбране по нивоима (степенима) сагоревања на раду на субскали Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ)



Корелација скорова незрелих механизма одбране по нивоима (степенима) сагоревања на раду на субскали Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ)



5.7.4 Корелација скорова коришћених упитника по нивоима (степенима) сагоревања на раду на скали деперсонализације (МБИ-ДР)

Поређења скорова нивоа (степен) сегмента Деперсонализације (МБИ-ДР) Маслах инвентара синдрома сагоревања (МБИ) и Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), Бековог инвентара анксиозности (BAI) и Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40) уочава се да на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) постоји статистички значајна разлика за зреле и неуротске ($p < 0.05$) и незреле ($p < 0.001$) механизме одбране.

Високо статистички значајна разлика постоји на Бековом инвентару анксиозности (BAI) и за све домене Упитника за процену квалитета живота

(WHOQOL-BREF) ($p < 0.001$) као и за сегмент Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI-PA) ($p < 0.001$).

У односу на ниво присуства субскеале Деперсонализација (MBI-DP), значајно веће скорове на укупним скоровима зрелих, незрелих и неуротских механизма одбране, као и ВАИ скорa имали су испитаници са високим нивоом синдрома сагоревања, за њима следе особе са умереним нивоом, а најмање просечне вредности имају испитаници са ниским нивоом синдрома сагоревања.

У односу на ниво присуства сегмента MBI-DP, код укупних скорова Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (средине, физичког и психичког здравља, социјалних односа) као и на субскали Личног постигнућа (MBI-PA), ситуација је потпуно обрнута.

У овим ситуацијама највеће просечне вредности су забележене код испитаника са ниским нивоом синдрома сагоревања, за њима следе особе са умереним нивоом, а најмање просечне вредности имају испитаници са високим нивоом синдрома сагоревања (Табела 45 и Графику 33, 34).

Табела 45

Корелација скорова нивоа (степенa) сегмента Деперсонализације (MBI-DP) Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI) и осталих упитника

Деперсонализација MBI-DP		N	X	SD	F	p	
DSQ-40	Зрели механизм и одбране	низак ниво	257	6.41	1.71	3.632	0.028*
		умерен ниво	39	5.89	1.43		
		висок ниво	15	6.77	0.99		
		Укупно	311	6.49	1.66		
	Неуротск и механизм и одбране	низак ниво	257	4.17	1.35	2.378	0.051*
		умерен ниво	39	4.62	1.38		
		висок ниво	15	4.96	1.13		
		Укупно	311	4.45	1.35		
	Незрели механизм и одбране	низак ниво	257	3.29	1.03	19.842	0.001***
		умерен ниво	39	4.26	1.07		
		висок ниво	15	4.43	1.26		

		Укупно	311	3.46	1.11		
BAI		низак ниво	257	3.88	4.14	26.346	0.001***
		умерен ниво	39	8.43	6.01		
		висок ниво	15	11.73	8.43		
		Укупно	311	4.83	3.66		
WHOQOL-BREF	физичко здравље	низак ниво	257	83.54	12.86	15.508	0.001***
		умерен ниво	39	74.36	15.19		
		висок ниво	15	68.81	15.06		
		Укупно	311	81.68	13.98		
	психичко здравље	низак ниво	257	83.85	11.91	16.844	0.001***
		умерен ниво	39	76.17	13.45		
		висок ниво	15	67.50	16.30		
		Укупно	311	82.10	13.70		
	социјални односи	низак ниво	257	83.92	11.52	11.381	0.001***
		умерен ниво	39	77.45	12.98		
		висок ниво	15	71.67	15.37		
		Укупно	311	82.52	12.58		
	Средина	низак ниво	257	64.65	24.61	10.028	0.001***
		умерен ниво	39	56.17	22.78		
		висок ниво	15	47.71	19.68		
		Укупно	311	62.77	24.81		
MBI-PA		низак ниво	257	41.93	6.62	31.174	0.001***
		умерен ниво	39	34.76	9.56		
		висок ниво	15	30.60	8.38		
		Укупно	311	40.48	7.82		

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) DP (depersonalization) PA (personal accomplishment)

* $p < 0.05$ *** $p < 0.001$

График 33

Однос просечних скорова МБИ-РА упитника по нивоима (степенима) сагоревања на раду на скали Деперсонализације (МБИ-DP)

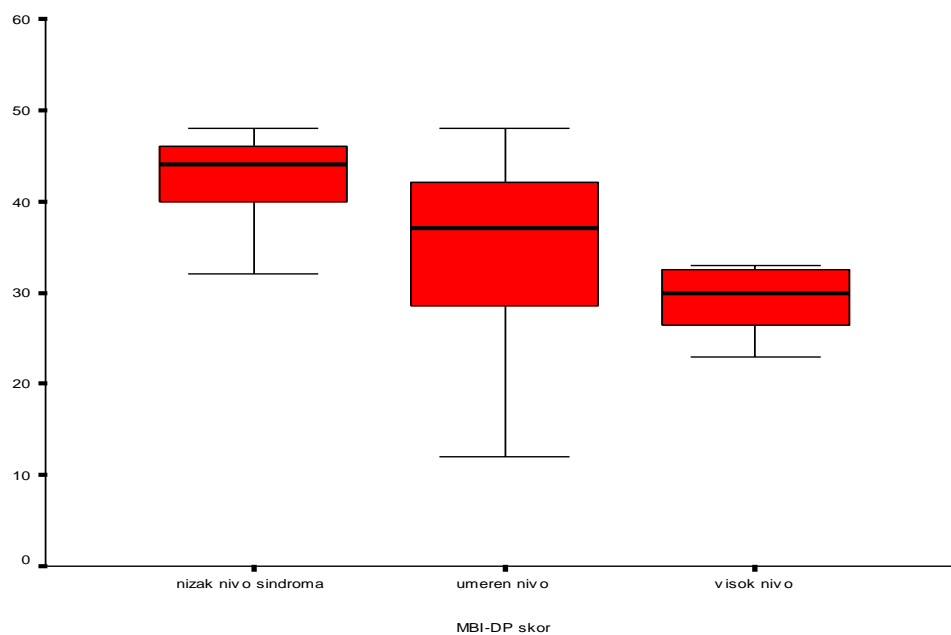
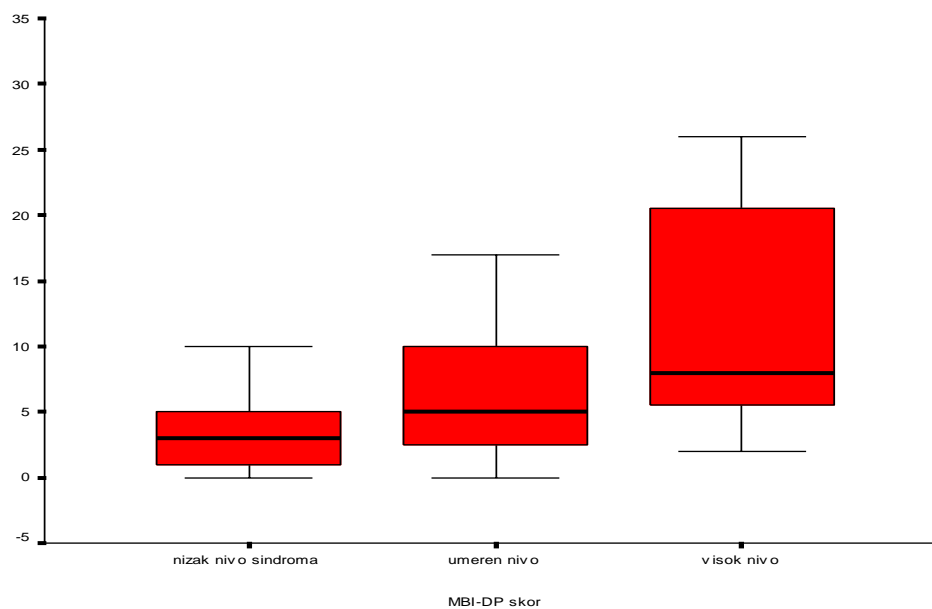


График 34

Однос просечних скорова ВАИ упитника по нивоима (степенима) сагоревања на раду на субскали Деперсонализација (МБИ-DP)



5.7.5 Корелација скорова коришћених упитника по нивоима (степенима) сагоревања на раду на скали Личног постигнућа (МБИ-РА)

Поређења скорова нивоа (степен) субскеале Деперсонализације (МБИ-ДР) Маслах инвентра синдрома сагоревања (МБИ) и Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), Бековог инвентара анксиозности (ВАИ) и Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40) уочава се да на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) постоји статистички значајна разлика за зреле и незреле ($p < 0.001$), као и за нуротске ($p < 0.01$) механизме одбране.

Високо статистички значајна разлика постоји и Бековом инвентару анксиозности (ВАИ) и за све домене Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) ($p < 0.001$).

У односу на ниво присуства субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА), значајно веће скорове на укупним скоровима незрелих и неуротских механизма одбране, као и ВАИ скара су имале особе са високим нивоом синдрома сагоревања, за њима следе особе са умереним нивоом, а најмање просечне вредности су имали испитаници са ниским нивоом синдрома сагоревања на субскали Личног постигнућа (МБИ-РА).

У односу на ниво присуства субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА), код свих осталих укупних скорова Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (средине, физичког и психичког здравља и социјалних односа), као и зрелих механизма одбране ситуација је потпуно обратна.

У овим ситуацијама највеће просечне вредности су забележене код испитаника са ниским нивоом синдрома сагоревања, за њима следе особе са умереним нивоом а најмање просечне вредности имају испитаници са високим нивоом синдрома сагоревања (Табела 46, График 35, 36, 37, 38).

Корелација скорова нивоа (степенa) субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА) Маслах инвентара синдрома сагоревања (МБИ) и осталих упитника

Лично постигнуће МБИ-РА		N	X	SD	F	p	
DSQ-40	Зрели механизми одбране.	низак ниво	217	6.88	1.69	22.339	0.001**
		умерен ниво	40	5.73	1.36		*
		висок ниво	54	5.49	1.06		
		Укупно	311	6.49	1.66		
	Неуротски механизми одбране	низак ниво	217	4.12	1.42	4.774	0.009
		умерен ниво	40	4.31	1.19		
		висок ниво	54	4.74	1.08		
		Укупно	311	4.25	1.35		
	Незрели механизми одбране	низак ниво	217	3.22	1.02	20.621	0.001**
		умерен ниво	40	3.82	1.06		*
		висок ниво	54	4.18	1.11		
		Укупно	311	3.46	1.11		
BAI	низак ниво	217	3.84	4.68	15.049	0.001**	
	умерен ниво	40	5.50	4.49		*	
	висок ниво	54	8.31	8.15			
	Укупно	311	4.83	5.66			
WHOQOL-BREF	Физичко здравље	низак ниво	217	84.49	14.06	19.608	0.001**
		умерен ниво	40	79.11	12.10		*
		висок ниво	54	72.29	18.45		
		Укупно	311	81.68	15.54		
	Психичко здравље	низак ниво	217	84.72	12.55	19.947	0.001**
		умерен ниво	40	80.41	10.81		*
		висок ниво	54	72.82	16.47		
		Укупно	311	81.68	13.88		
	Социјални	низак ниво	217	84.67	5.35	12.574	0.001**

	односи	умерен ниво	40	79.37	5.43		*
		висок ниво	54	76.23	7.05		
		Укупно	311	82.53	5.90		
	Средина	низак ниво	217	66.20	17.32	15.808	0.001**
		умерен ниво	40	58.05	13.12		
		висок ниво	54	52.49	16.95		
		Укупно	311	62.77	17.80		

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*) BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) PA (personal accomplishment)

p<0.01 * p<0.001

График 35

Однос просечних скорова зрелих механизма одбране по нивоима (степенима) сагоревања на раду на субскали Личног постигнућа (МБИ-РА)

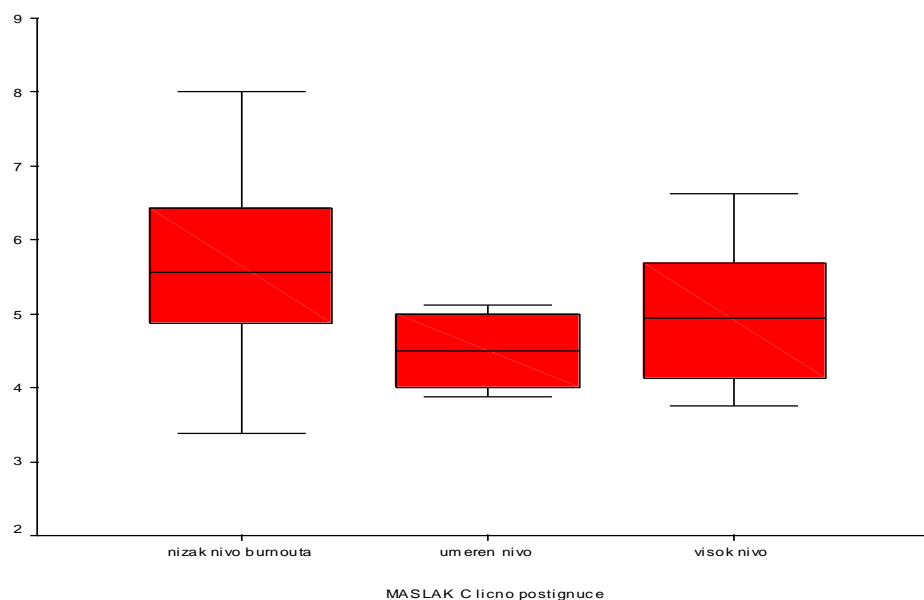


График 36

Однос просечних скорова физичког здравља по нивоима (степенима) сагоревања на раду на субскали Личног постигнућа (МБИ-РА)

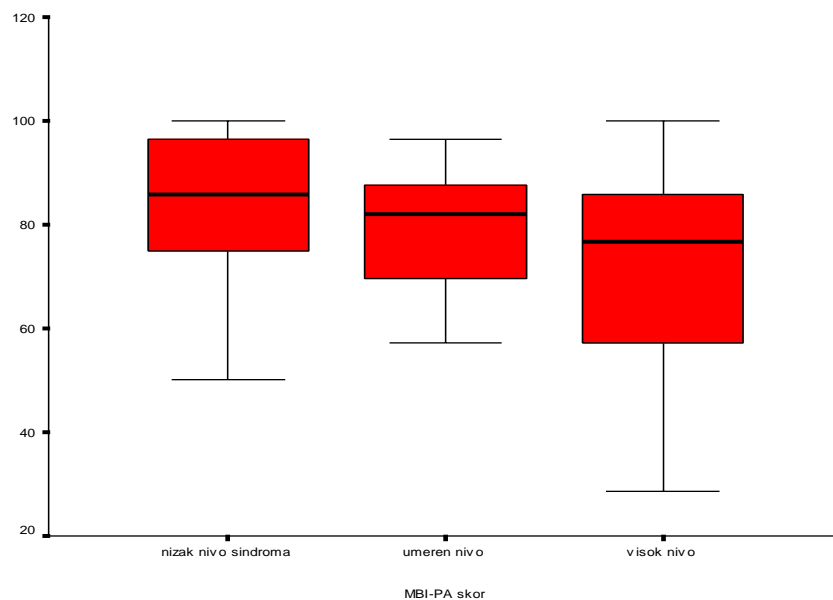
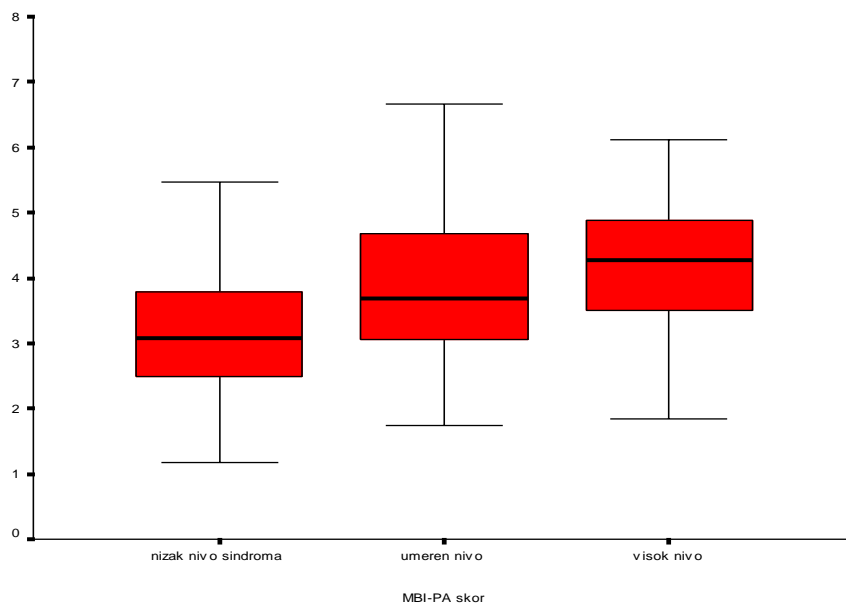
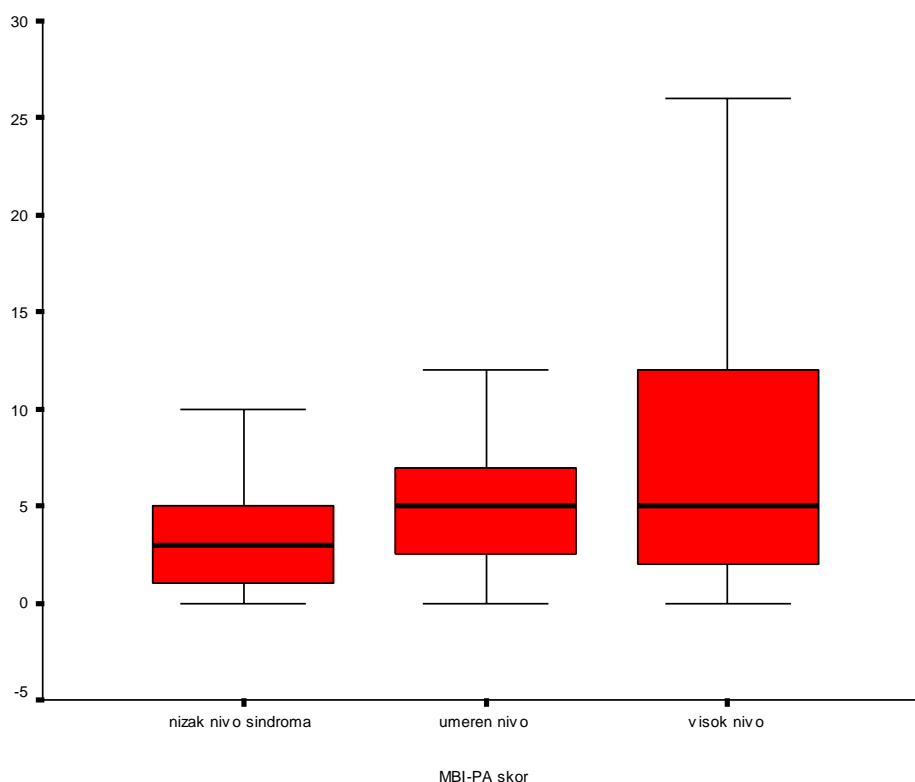


График 37

Однос просечних скорова незрелих меахнизама одбране по нивоима (степенима) сагоревања на раду на субскали Личног постигнућа (МБИ-РА)



Однос просечних скорова ВАИ упитника по нивоима (степенима) сагоревања на раду на субскали Личног постигнућа (МБИ-РА)



5.7.6 Корелација скорова коришћених упитника по нивоима анксиозности (BAI)

Поређења скорова нивоа (степенa) анксиозности Бековог инвентара анксиозности (BAI) и Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI), Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40), уочава се да на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) постоји високо статистички значајна разлика за незреле ($p < 0.001$) механизме одбране.

Високо статистички значајна разлика постоји и за све домене Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) ($p < 0.001$), као и сва три домена Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI) ($p < 0.001$).

У односу на ниво присуства Бековог инвентара анксиозности (BAI), значајно веће скорови на укупним скоровима незрелих механизма одбране, на субскалама Емоционална исцрпљеност (MBI-EE) и Деперсонализација (MBI-DP) су имале особе са умереним и израженим нивоом анксиозности, за њима следе особе са благим нивоом, а најмање просечне вредности имају испитаници са минималним нивоом анксиозности.

У односу на ниво присуства Бековог инвентара анксиозности (BAI) код свих осталих укупних скорова зрелих механизма одбране, као и свих сегмената Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (средине, физичког и психичког здравља и социјалних односа) као и на субскали Личног постигнућа (MBI-PA), ситуација је потпуно обрнута.

У овим ситуацијама највеће просечне вредности су забележене код испитаника са минималним нивоом анксиозности, за њима следе особе са благим нивоом, а најмање просечне вредности имају испитаници са умереним и високим нивоом анксиозности (Табела 49 и График 39, 40).

Табела 49

Корелација скорова коришћених упитника по нивоима анксиозности (BAI)

Анксиозност (BAI)			N	X	SD	F	P
DSQ-40	Зрели механизм и одбране	минимални ниво	275	6.55	1.68	1.493	0.226
		благ ниво	19	6.16	1.53		
		умерени и изражени ниво	17	5.93	1.37		
		Укупно	311	6.49	1.66		
	Незрели механизм и одбране	минимални ниво	275	3.37	1.07	9.329	0.001**
		благ ниво	19	3.87	1.15		
		умерени и изражени ниво	17	4.45	1.07		
		Укупно	311	3.46	1.11		
Неуротск и	минимални ниво	275	4.20	1.37	2.538	0.089	
	благ ниво	19	4.39	1.22			

	механизм и одбране	умерени и изражени ниво	17	4.94	1.10		
		Укупно	311	4.25	1.35		
WHOQOL-BREF	физичко здравље	минимални ниво	275	84.04	13.41	49.619	0.001***
		благ ниво	19	69.55	15.04		
		умерени и изражени ниво	17	57.14	14.35		
		Укупно	311	81.68	15.54		
	психичко здравље	минимални ниво	275	84.17	11.04	36.349	0.001***
		благ ниво	19	70.17	13.21		
		умерени и изражени ниво	17	62.50	15.68		
		Укупно	311	82.10	12.70		
	социјални односи	минимални ниво	275	83.78	11.21	13.588	0.001***
		благ ниво	19	74.93	17.85		
		умерени и изражени ниво	17	71.02	13.46		
		Укупно	311	82.01	12.90		
	средина	минимални ниво	275	64.79	11.21	17.627	0.001***
		благ ниво	19	50.32	16.19		
		умерени и изражени ниво	17	43.94	15.51		
		Укупно	311	62.77	17.81		
MBI-EE	минимални ниво	275	7.89	6.64	20.167	0.001***	
	благ ниво	19	13.73	7.17			
	умерени и изражени ниво	17	17.58	11.94			
	Укупно	311	8.77	7.47			
MBI-DP	минимални ниво	275	2.68	3.34	26.578	0.001***	
	благ ниво	19	5.10	4.56			

	умерени и изражени ниво	17	9.41	8.57		
	Укупно	311	3.19	4.18		
MBI-PA	минимални ниво	275	41.35	7.24	16.162	0.001***
	благ ниво	19	34.73	9.03		
	умерени и изражени ниво	17	32.94	9.02		
	Укупно	311	40.48	7.82		

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

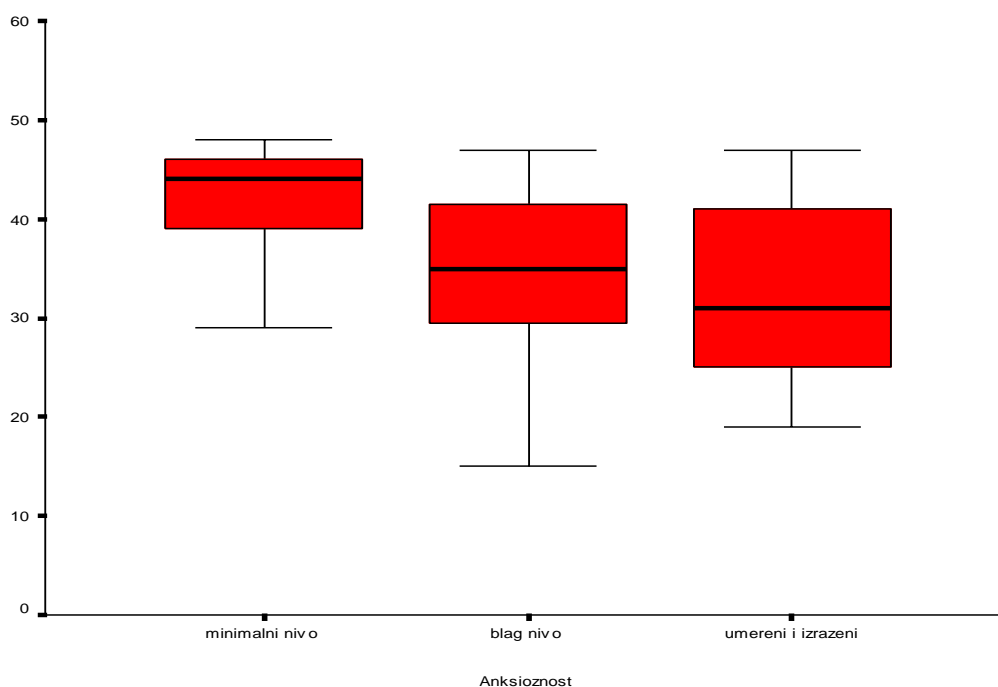
WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) EE (emotional exhaustion) DP (depersonalization) PA (personal accomplishment)

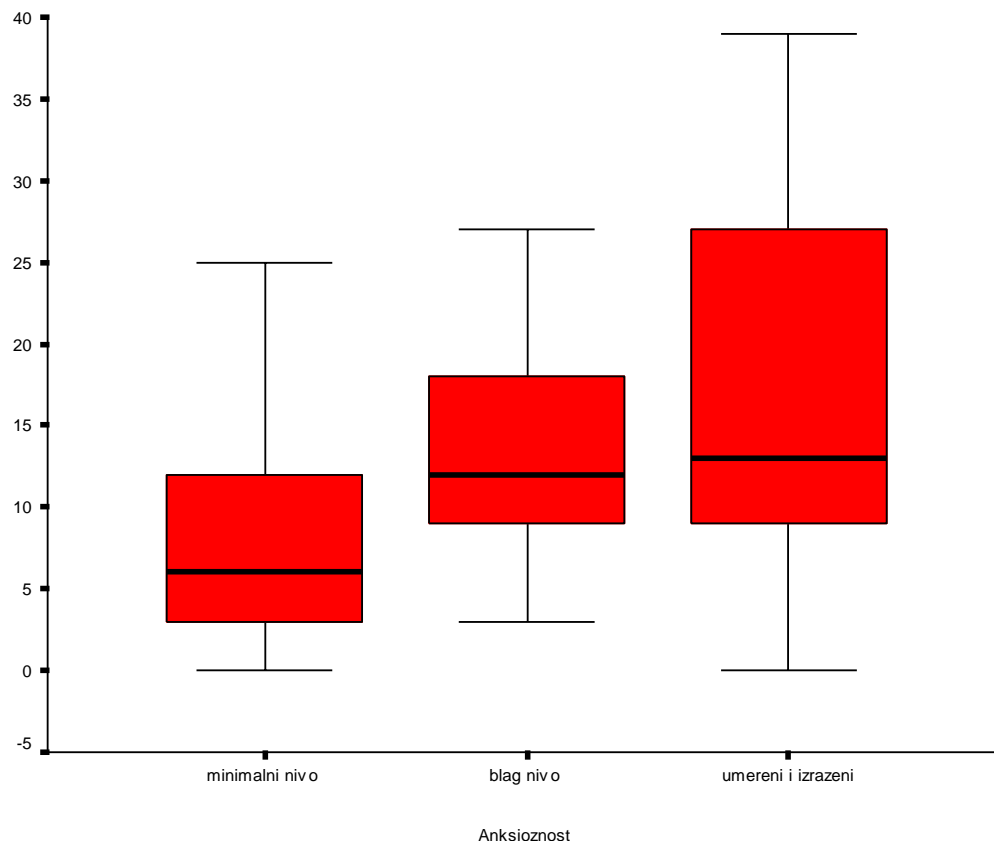
*** $p < 0.001$

График 39

Однос просечних скорова МБИ-РА упитника према нивоима анксиозности



Корелација скорова МБИ-ЕЕ упитника према нивоима анксиозности



5.8 Корелација скорова коришћених упитника

У првом кораку анализе повезаности скорова добијених са упитника код наших испитаника испитивали смо повезаност укупних скорова добијених на Упитнику за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (сегменти физичког здравља, психичког здравља, средине и социјалних односа), Бековог инвентара анксиозности (BAI) и Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI) (MBI-EE, MBI-DP, MBI-PA) и Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40) (зрели, незрели и неуротски механизми одбране).

Добијени резултати показују да постоји статистички значајна повезаност скорова на Упитнику за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) са скоровима

Бековог инвентара анксиозности (BAI), Маслах инвентра синдрома сагоревања (MBI), субскеале Емоционална исцрпљеност (MBI-EE) и Деперсонализација (MBI-DP), као и са скором незрелих механизма одбране Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40). У свим ситуацијама вредности скорова WHOQOL-BREF упитника су биле негативно повезане са поменутиим скоровима, што значи да веће вредности скорова на Упитнику за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) код наших испитаника прате мање вредности скорова Бековог инвентара анксиозности (BAI), Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI) и то субскеале Емоционална исцрпљеност (MBI-EE) и Деперсонализација (MBI-DP), као и скор незрелих механизма одбране Упитника за процену механизма одбране (DSQ 40), а важи и обрнуто, да су мање вредности скорова добијене на Упитнику за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) праћене већим вредностима на поменутиим упитницима.

Вредности сора Бековог инвентара анксиозности (BAI) биле су статистички значајно повезане и са скоровима сва три сегмента Маслах инвентара синдрома сагоревања (MBI), али док су везе са скоровима субскеале Емоционална исцрпљеност (MBI-EE) и Деперсонализација (MBI-DP) биле позитивне, дотле је повезаност са скором Личног постигнућа (MBI-PA) била негативна, што значи да ће веће вредности овог сора пратити мање вредности скорова на Бековом инвентару анксиозности (BAI), и обрнуто. Наравно, веће вредности сора на Бековом инвентару анксиозности (BAI), прате и веће вредности скорова субскеале Емоционалне исцрпљености (MBI-EE) и Деперсонализације (MBI-DP), а ниже вредности скорова субскеале Личног постигнућа (MBI-PA) на Маслах инвентару синдрома сагоревања (MBI), и обрнуто.

Вредности сора субскеале Емоционална исцрпљеност (MBI-EE) биле су статистички значајно повезане и са вредностима сора субскеале Деперсонализација (MBI-DP), али не и са скором субскеале Личног постигнућа (MBI-PA). Нађена је и статистички значајна повезаност сора Деперсонализације (MBI-DP) и сора субскеале Личног постигнућа (MBI-PA), а како је веза била негативног смера, јасно је да ће веће вредности сора субскеале Деперсонализације (MBI-DP) пратити мање вредности сора субскеале Личног постигнућа (MBI-PA), и обрнуто.

Повезаност скорова зрелих механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) била је статистички значајна са скоровима субскеале

Личног постигнућа (МБИ-РА), док је скор незрелих механизма одбране био значајно повезан са скором субскеале Деперсонализација (МБИ-ДР). У оба случаја повезаности су биле позитивног смера, што значи да су веће вредности скорова механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) пратиле и веће вредности скорова н Маслах инвентара синдрома сагоревања (МБИ), и обрнуто (Табела 50, График 41, 42).

Табела 50

Корелација скорова упитника

Скорови		BAI	МБИ-ЕЕ	МБИ-ДР	МБИ-РА	
BAI	r		0.455	0.343	-0.287	
	p		0.001***	0.010**	0.038*	
	n		311	311	311	
МБИ-ЕЕ	r	0.455		0.589	-0.145	
	p	0.001***		0.001***	0.292	
	n	311		311	311	
МБИ-ДР	r	0.343	0.589		-0.275	
	p	0.010**	0.000**		0.049*	
	n	311	311		311	
МБИ-РА	r	-0.287	-0.145	-0.275		
	p	0.038*	0.292	0.049*		
	n	311	311	311		
DSQ-40	Зрели механизми одбране	r	-0.081	0.100	0.001	0.249
		p	0.857	0.488	0.992	0.088
		n	311	311	311	311
	Неуротски механизми одбране	r	0.021	0.034	.037	0.011
		p	0.877	0.805	.789	0.934
		n	311	311	311	311
	Незрели механизми одбране	r	0.105	0.128	0.278	0.044
		p	0.448	0.380	0.040*	0.751
		n	311	311	311	311

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*)

EE (emotional exhaustion) DP (depersonalization)

PA (personal accomplishment)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.005$ *** $p < 0.001$

График 41

Корелација скорова субскеале МБИ-ДР и скорова ВАИ упитника

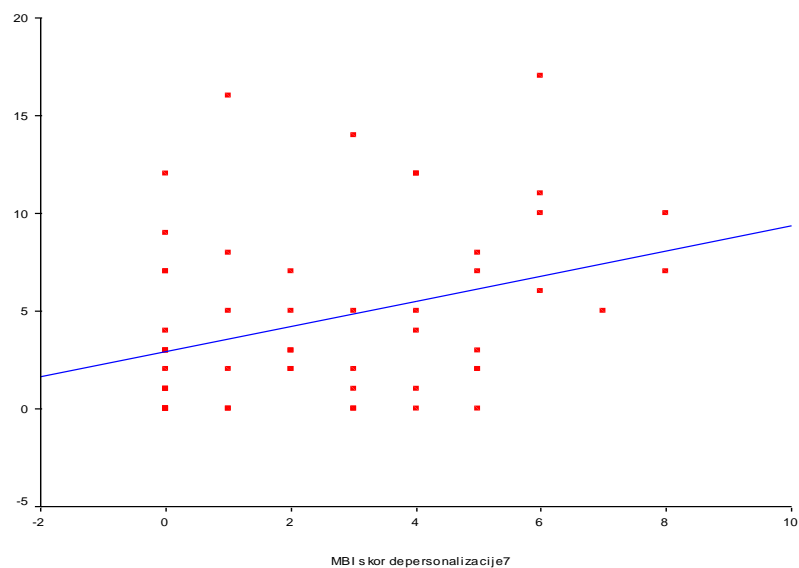
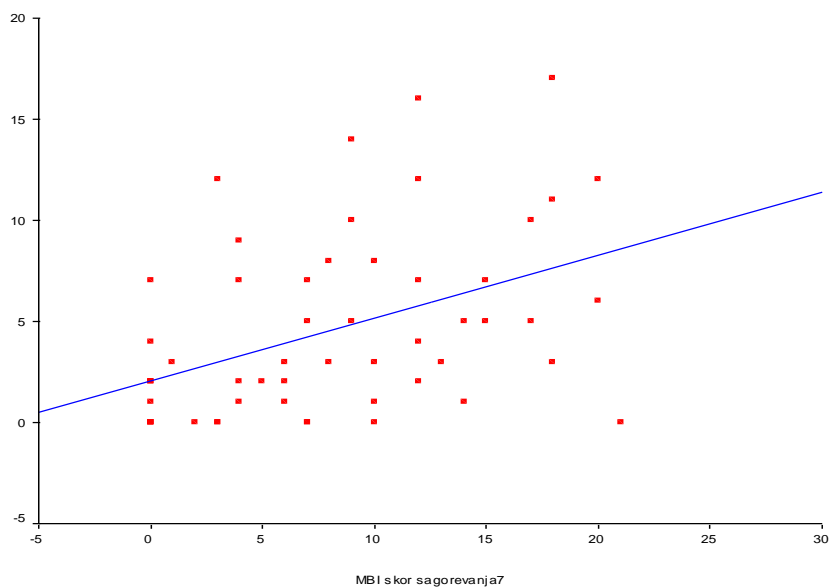


График 42

Корелација скорова субскеале МБИ-ЕЕ упитника и скорова ВАИ упитника



Вредности укупног скорa Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) биле су статистички значајно повезане са вредностима скорова Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко здравље, психичко здравље, средина и социјални односи). Све ове везе су биле негативне и високо статистички значајне, што би значило да су веће вредности скорa субскеале Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) праћене нижим вредностима скорова Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко здравље, психичко здравље, средина и социјални односи), и обрнуто, мање вредности скорa субскеале Емоционална исцрпљеност (МБИ-ЕЕ) прате веће вредности свих скорова Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) код наших испитаника.

Вредности укупног скорa на субскеали Деперсонализације (МБИ-ДП) су статистички значајно повезане са вредностима скорова Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко здравље, психичко здравље и социјални односи), а нису биле значајно повезане са скором средине. Све ове везе су биле негативне и високо статистички значајне, што би значило да ће веће вредности скорa субскеале Деперсонализације (МБИ-ДП) бити праћене нижим вредностима скорова физичког и психичког здравља и социјалних односа и обрнуто, мање вредности скорa субскеале Деперсонализације (МБИ-ДП) прате веће вредности скорова физичког и психичког здравља Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF).

Вредности укупног скорa Личног постигнућа (МБИ-ПА) на Маслах инвентару синдрома сагоревања (МБИ) биле су статистички значајно повезане само са вредностима скорa социјалних односа, а нису биле значајно повезане са осталим скоровима са Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF). Ова веза је била позитивна и високо статистички значајна, што би значило да су веће вредности скорa субскеале Личног постигнућа (МБИ-ПА) праћене и већим вредностима скорa социјалних односа, и обрнуто, мање вредности скорa субскеале Личног постигнућа (МБИ-ПА) обично прате мање вредности скорa социјалних односа Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (Табела 51 и График 43, 44).

Корелација скорова сегмената WHOQOL-BREF упитника и скорова субскала MBI-EE, MBI-DP и MBI-PA сегмента Маслах инвентара синдрома сагоревања (МБИ)

Скорови			МБИ-ЕЕ	МБИ-ДП	МБИ-ПА
WHOQOL-BREF	Физичко здравље	r	-0.311	0.164	-0.433**
		p	0.021*	0.211	0.000
		n	311	311	311
	Психичко здравље	r	-0.288	0.198	-0.402**
		p	0.038*	0.141	0.000
		n	311	311	311
	Средина	r	-0.291	0.311	-0.429**
		p	0.027*	0.029*	0.000
		n	311	311	311
	Социјални односи	r	-0.014	-0.017	-0.351**
		p	0.828	0.911	0.000
		n	311	311	311

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

ЕЕ (emotional exhaustion) ДП (depersonalization) ПА (personal accomplishment)

* p<0.05 ** p<0.005*** p<0.001

График 43

Корелација скорова сегмената физичког здравља Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) и скорова субскеале Деперсонализације (MBI-DP)

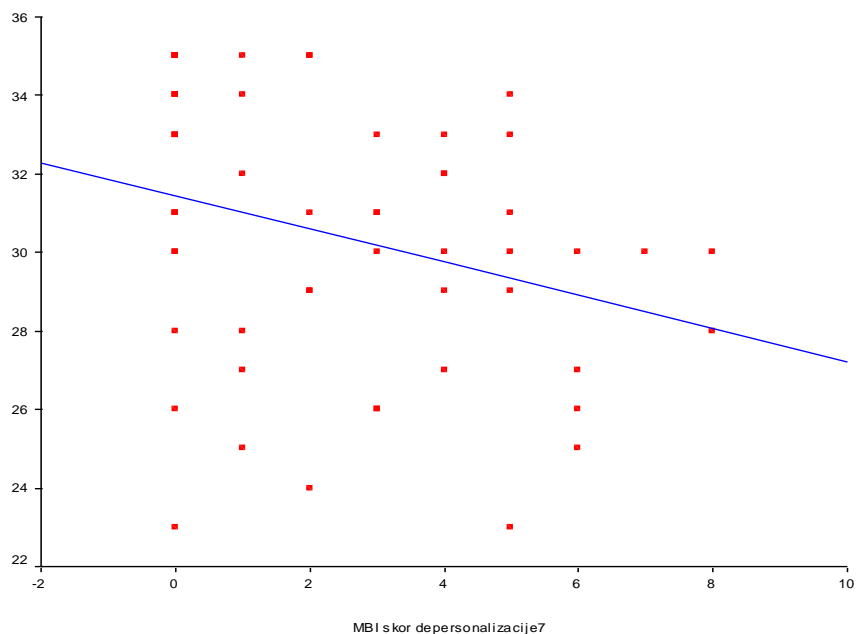
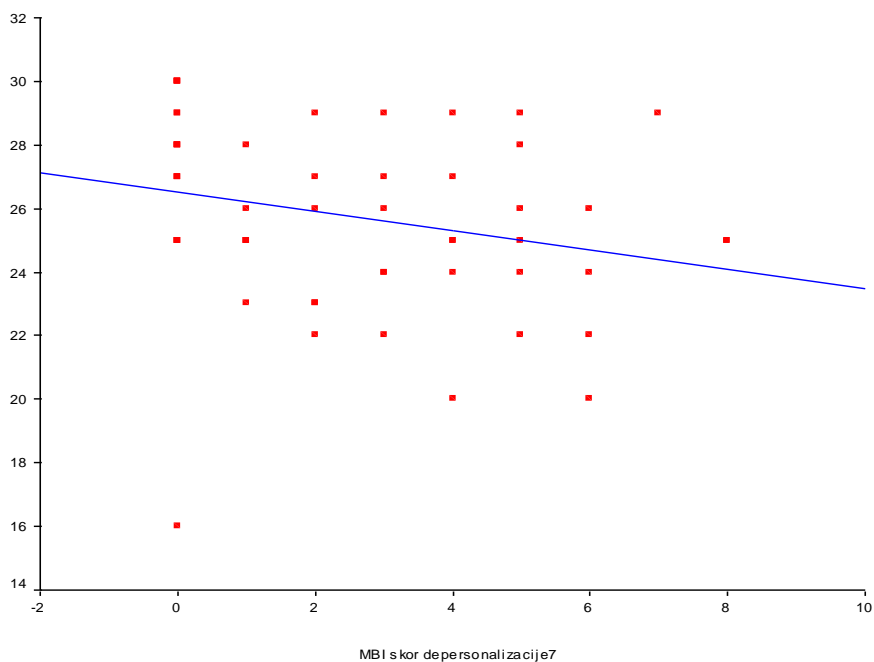


График 44

Корелација скорова сегмената психичког здравља Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) и скорова субскеале Деперсонализације (MBI-DP)



Вредности укупног скорa незрелих механизма одбране Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40) су статистички значајно повезане са вредностима скорова домена средине Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF). Ова веза је негативна и статистички значајна, што значи да су веће вредности скорa незрелих механизма одбране са Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40) праћене мањим вредностима скорова средине, и обрнуто, мање вредности скорa незрелих механизма одбране обично прате веће вредности скорa средине.

Вредности укупног скорa зрелих и неуротских механизма одбране Упитника за процену механизма одбране (DSQ-40) нису статистички повезане са вредностима скорова компоненти Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (Табела 52 и График 45, 46).

Табела 52

Корелација скорова Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) и скорова зрелих, неуротских и незрелих механизма одбране (DSQ-40)

Скорови			Механизми одбране (DSQ-40)		
			Зрели	Незрели	Неуротски
WHOQOL-BREF	Физичко здравље	r	-0.087	-0.200	0.178
		p	0.827	0.124	0.200
		n	311	311	311
	Психичко здравље	r	-0.104	-0.117	0.139
		p	0.451	0.384	0.311
		n	311	311	311
	Социјални односи	r	-0.038	-0.207	0.183
		p	0.795	0.101	0.233
		n	311	311	311
	Средина	r	0.090	-0.299	-0.017
		p	0.514	0.045*	0.902
		n	311	311	311

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

* p<0.05 ** p<0.005 *** p<0.001

График 45

Корелација скорова физичког здравља Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) и скорова незрелих механизма одбране (DSQ-40)

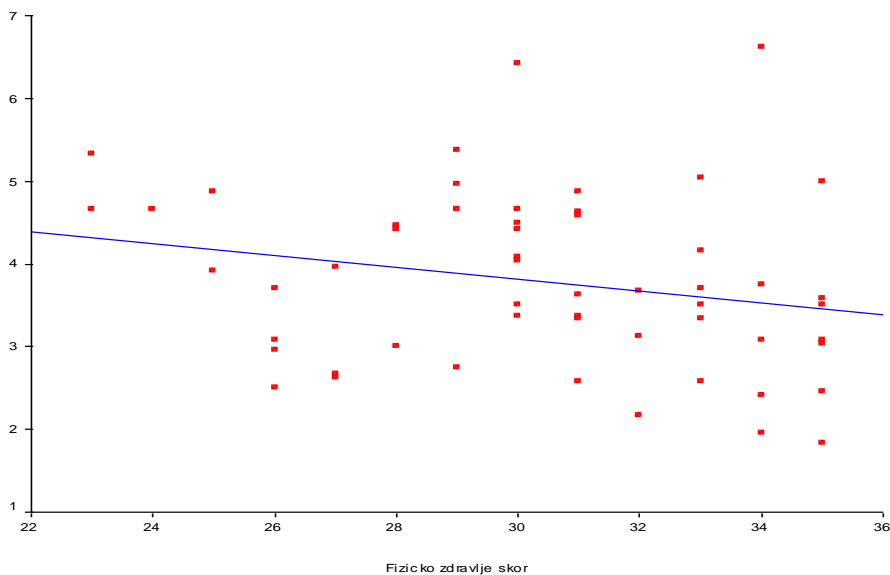
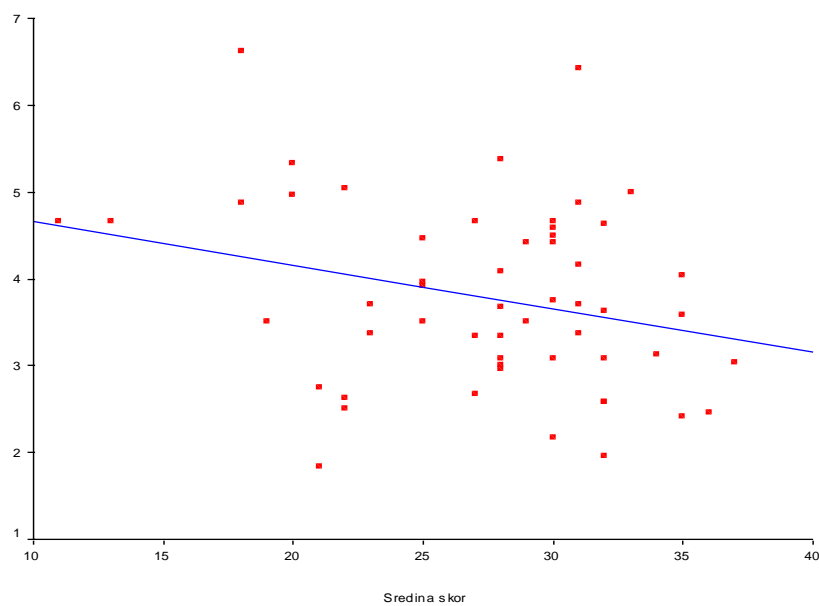


График 46

Корелација скорова сегмента средине Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) и скорова незрелих механизма одбране (DSQ-40)



Вредности скорова прва два питања BREF1 и BREF2 Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) су статистички значајно повезане са вредностима скорова свих сегмената Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко и психичко здравље, социјални односи, средина).

Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, што значи да ће веће вредности скорова ова два питања довести и до већих вредности скорова Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), и обрнуто (Табела 53 и График 47).

Табела 53

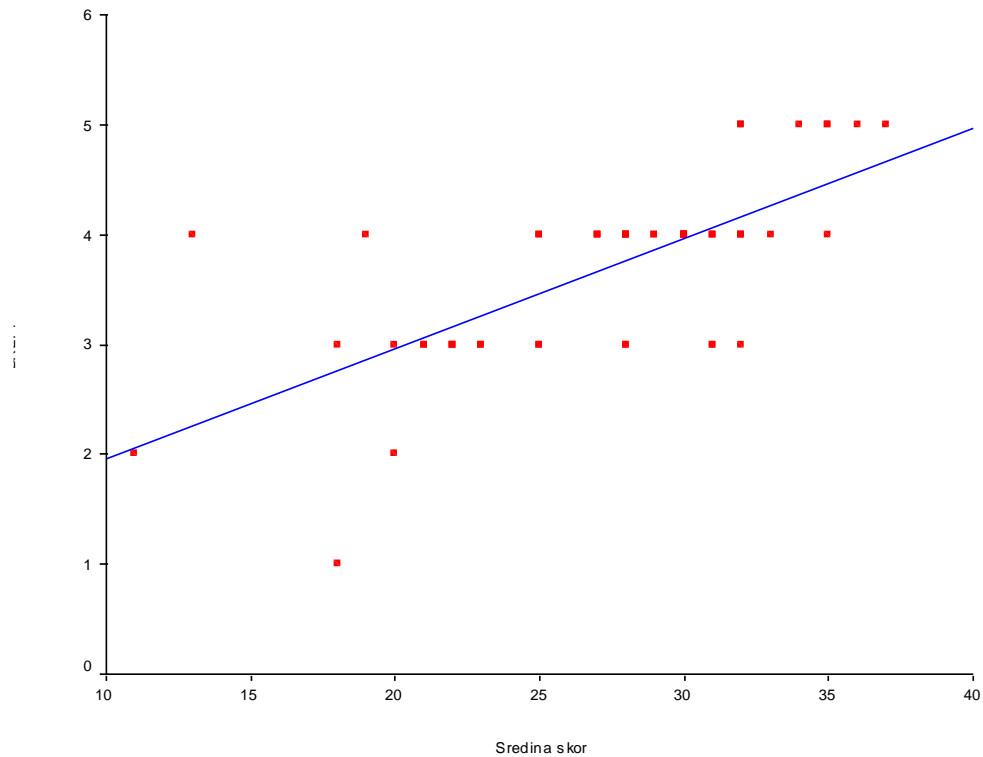
Корелација скорова сегмената Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) и скорова BREF 1 и BREF 2

Скорови			BREF 1	BREF 2
WHOQOL-BREF	Физичко здравље	r	0.429	0.410
		p	0.001**	0.002**
		n	311	311
	Психичко здравље	r	0.341	0.338
		p	0.011**	0.012**
		n	311	311
	Социјални односи	r	0.313	0.373
		p	0.020**	0.005**
		n	311	311
	Средина	r	0.898	0.450
		p	0.000**	0.001**
		n	311	311

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

* p<0.05 ** p<0.005 *** p<0.001

Корелација скорова домена Средине Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) и скорова BREF 1



5.7.8 Корелација скорова механизма одбране и скорова осталих коришћених упитника

Табела 54

Корелација скорова механизма одбране и скорова MBI и BAI упитника

Варијабле	МБИ-ЕЕ	МБИ-ДР	МБИ-РА	БАИ (анксиозност)	
	Низак умерен висок	Низак умерен висок	Низак умерен висок	Минимална блага умерена	
Механизми одбране					
Зрели	Хумор	**	**	**	*

	Антиципација	**	*	**	НС
	Супресија	НС	НС	**	НС
	Сублимација	**	*	**	НС
Неуротски	Алтруизам	НС	НС	Нс	НС
	Реактивна формација	НС	НС	Нс	НС
	Ундоинг	НС	НС	**	НС
	Идеализација	НС	НС	Нс	НС
Незрели	Фантазија	**	**	**	**
	Пројекција	**	**	**	**
	Дисоцијација	НС	НС	Нс	НС
	Соматизација	**	**	**	**
	Рационализација	НС	НС	Нс	НС
	Замена	НС	НС	Нс	*
	Изолација	**	**	**	НС
	Ектинг аут	**	**	Нс	**
	Девалвација	*	*	*	*
	Порицање	НС	НС	Нс	НС
	Пасивна агресија	**	**	**	**
	Цепање	*	**	**	**

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) EE (emotional exhaustion) DP (depersonalization) PA (personal accomplishment)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ нс $p > 0.05$

5.7.8.1 Корелација скорова зрелих механизма одбране и скорова осталих коришћених упитника

На Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) вредности скорова хумора су биле статистички значајно повезане са вредностима скорова свих домена Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко и психичко здравље, социјални односи, средина) као и са скоровима незрелих и зрелих механизма одбране. Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе и до пораста скор хумора, и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скор хумора и субскеале Емоционалне исцрпљености (MBI-EE), Деперсонализације (MBI-DP) и скор незрелих механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) као и скор Бековог инвентара анксиозности (BAI), што то значи да пораст вредности ових скорова доводи до пада скор хумора, и обрнуто, пораст скор хумора доводи до мањих вредности на поменута 4 скор.

Вредности скорова **антиципације** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скор средине Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) као и са скоровима зрелих механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) и са скором субскеале Личног постигнућа (MBI-PA). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да ће веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводити и до пораста скор антиципације и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скор антиципације и субскеале Емоционалне исцрпљености (MBI-EE) као и скор незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40), што значи да пораст вредности поменутих скорова доводи до пада скор антиципације и обрнуто, пораст скор антиципације доводи до нижих вредности на поменутих скоровима.

Вредности скор **супресије** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скор сегмента средине Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), као и са скоровима зрелих механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) као и са скоровима субскеале Личног

постигнућа (МВІ-РА). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе и до пораста скорва супресије и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорва супресије и скоровима незрелих као и неуротских механизма одбране, а то значи да пораст вредности ових скорова доводи до пада скорва антиципације, и обрнуто, пораст скорва антиципације доводи до нижих вредности на поменутих скоровима.

Вредности скорва **сублимације** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорва сегмента средине Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), као и са скоровима зрелих механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40) и са скоровима субскеале Личног достигнућа (МВІ-РА). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе и до пораста скорва сублимације и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорва сублимације и скорва субскеале Емоционалне исцрпљености (МВІ-ЕЕ), скорова незрелих као и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40), што значи да пораст вредности ових скорова доводи до пада скорва антиципације, и обрнуто, пораст скорва антиципације доводи до нижих вредности поменутих скорова (Табела 55).

Табела 55

Корелација скорова зрелих механизма одбране и скорова осталих коришћених упитника

Скорови корелациони параметри			Антиципација	Супресија	Сублимација	Хумор
WHOQOL-BREF	Социјални односи	r	-0.064	-0.060	0.028	0.232**
		p	0.260	0.294	0.624	0.000
		n	311	311	311	311
	Средина	r	0.175	0.160	0.260	0.289**
		p	0.002	0.005	0.000**	0.000
		n	311	311	311	311

	Психичко здравље	r	0.028	0.026	0.088	0.288**
		p	0.618	0.647	0.122	0.000
		n	311	311	311	311
	Физичко здравље	r	-0.002	-0.037	0.025	0.215**
		p	0.968	0.520	0.665	0.000
		n	311	311	311	311
MBI-EE		r	-0.073	-0.147	-0.241	-0.252**
		p	0.202	0.010	0.000**	0.000
		n	311	311	311	311
MBI-DP		r	0.020	0.006	-0.102	-0.214**
		p	0.728	0.920	0.073	0.000
		n	311	311	311	311
MBI-PA		r	0.157	0.175	0.240	0.387**
		p	0.006	0.002	0.000**	0.000
		n	311	311	311	311
BAI		r	0.062	0.045	-0.039	-0.127*
		p	0.276	0.430	0.490	0.025
		n	311	311	311	311
DSQ-40	Незрели механизми одбране	r	-0.263	-0.241	-0.240	-0.214**
		p	0.000	0.000	0.000**	0.000
		n	311	311	311	311
	Неуротски механизми одбране	r	-0.230	-0.201	-0.184	0.100
		p	0.000	0.000	0.001**	0.079
		n	311	311	311	311
	Зрели механизми одбране	r	0.845	0.886	0.850	0.672**
		p	0.000	0.000	0.000**	0.000
		n	311	311	311	311

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) EE (emotional exhaustion) DP (depersonalization) PA (personal accomplishment)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ нс $p > 0.05$

5.7.8.2 Корелација скорова неуротских механизма одбране и скорова осталих коришћених упитника

Вредности скорва **алтруизма** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорова сегмента средине и физичког здравља Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40)

Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да ће веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводити и до пораста скорва алтруизма и обрнуто.

Негативне повезаности регистровани смо код скорва алтруизма и зрелих механизма одбране, што значи да пораст вредности овог скорва доводи до пада скорва алтруизма и обрнуто, пораст скорва алтруизма доводи до нижих вредности на поменутом скору.

Вредности скорва **реактивне формације** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорва субскеале Емоционалне исцрпљености (MBI-EE), као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе и до пораста скорва реактивне формације и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорва реактивне формације и зрелих механизма одбране, што значи да пораст вредности овог скорва доводи до пада скорва реактивне формације и обрнуто, пораст скорва реактивне формације доводи до нижих вредности на поменутом скору.

Вредности скорва **поништења** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорва Бековог инвентара анксиозности (BAI, као и са

скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе и до пораста скорa поништења и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa поништења и скорa субскеале Личног постигнућа (MBI-PA), као и скорова сегмената Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко и психичко здравље, средина, социјални односи), што значи да пораст вредности ових скорова доводи до пада скорa поништења, и обрнуто, пораст скорa поништења доводи до нижих вредности на поменутиим скоровима.

Вредности скорa идеализације су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорa субскеале Емоционалне исцрпљености (MBI-EE) као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе до пораста скорa идеализације, и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa идеализације и скорa зрелих механизма одбране, што значи да пораст вредности овог скорa доводи до пада скорa идеализације, и обрнуто, пораст скорa идеализације доводи до нижих вредности на поменутом скору (Табела 56).

Табела 56

Корелација скорова неуротских механизма одбране и скорова осталих коришћених упитника

Скорови корелациони параметри			Алтруизам	Реактивна формација	Поништење	Идеализација
WHOQOL-BREF	Социјални односи	R	0.090	-0.169	0.085	0.072
		P	0.114	0.003**	0.137	0.203
		N	311	311	310	311
	Средина	R	0.116	-0.139	-0.045	-0.055
		P	0.041*	0.014*	0.429	0.332
		N	311	311	310	311

	Психичко здравље	R	0.057	-0.179	-0.006	-0.011
		P	0.317	0.002**	0.922	0.850
		N	311	311	310	311
	Физичко здравље	R	0.157	-0.185	0.051	0.011
		P	0.005**	0.001**	0.374	0.847
		N	311	311	310	311
MBI-EE		R	0.042	0.096	0.133	0.147
		P	0.464	0.090	0.019**	0.009**
		N	311	311	310	311
MBI-DP		R	0.011	0.101	0.076	0.015
		P	0.850	0.088	0.180	0.788
		N	311	311	310	311
MBI-PA		R	-0.024	-0.183	-0.049	-0.075
		P	0.679	0.001**	0.395	0.190
		N	311	311	310	311
BAI		R	0.038	0.173	0.031	0.070
		P	0.500	0.002**	0.592	0.216
		N	311	311	310	311
DSQ-40	Незрели механизми одбране	R	0.251	0.407	0.404	0.418
		P	0.000**	0.000**	0.000**	0.000**
		N	311	311	310	311
	Неуротски механизми одбране	R	0.724	0.604	0.700	0.748
		P	0.000**	0.000**	0.000**	0.000**
		N	310	310	310	310
	Зрели механизми одбране	R	-0.164	-0.002	-0.205	-0.244
		P	0.004**	0.973	0.000**	0.000**
		N	311	311	310	311

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*) MBI (*Maslach Burnout Inventory*)

EE (emotional exhaustion) DP (depersonalization) PA (personal accomplishment)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ нс $p > 0.05$

5.7.8.3 Корелација скорова незрелих механизма одбране и скорова осталих коришћених упитника

Вредности скорa **фантазије** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорова субскеале Емоционалне исцрпљености (МБИ-ЕЕ), Деперсонализације (МБИ-ДР), укупним скором Бековог инвентара анксиозности (ВАИ), као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да ће веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводити и до пораста скорa фантазије, и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa фантазије и скорa зрелих механизма одбране, субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА), скорова свих домена квалитета живота мерених упитником WHOQOL-BREF (физичко и психичко здравље, средина, социјални односи), што значи да ће пораст вредности ових 6 скорова доводити до пада скорa фантазије и обрнуто, пораст скорa фантазије ће доводити до мањих вредности на поменутих 6 скорова.

Вредности скорa **пројекције** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скоровима субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА), Деперсонализације (МБИ-ДР), Бековог инвентара анксиозности (ВАИ), као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе и до пораста скорa пројекције, и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa пројекције и скорова зрелих механизма одбране, субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА), скорова свих домена квалитета живота Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко и психичко здравље, средина, социјални односи), што значи да пораст вредности ових скорова доводи до пада скорa пројекције и обрнуто, пораст скорa пројекције доводи до нижих вредности на поменутих скоровима.

Вредности скорa **дисоцијације** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорова незрелих и неуротских механизма одбране на

Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе до пораста скорa дисоцијације и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa дисоцијације и скорa зрелих механизма одбране, што значи да пораст вредности овог скорa доводи до пада скорa дисоцијације и обрнуто, пораст скорa дисоцијације доводи до нижих вредности на поменутом скору.

Вредности скорa **соматизације** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорa субскеале Емоционалне исцрпљености (МБИ-ЕЕ), Деперсонализације (МБИ-ДР), Бековог инвентара анксиозности (ВАИ), као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе и до пораста скорa соматизације, и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa соматизације и скорова зрелих механизма одбране, субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА), скорова свих домена Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко и психичко здравље, средина, социјални односи), што значи да пораст вредности ових скорова доводи до пада скорa соматизације и обрнуто, пораст скорa соматизације доводи до нижих вредности поменутих скорова.

Вредности скорa **рационализације** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорова домена Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко и психичко здравље, социјални односи), као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе и до пораста скорa рационализације, и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa соматизације и скорa зрелих механизма одбране, што значи да пораст вредности овог скорa доводи до пада скорa рационализације и обрнуто, пораст скорa рационализације доводи до нижих вредности поменутог скорa.

Вредности скорa **померања** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима укупног скорa Бековог инвентара анксиозности (BAI), као и са скоровима незрелих, зрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе до пораста скорa померања и обрнуто. Негативна повезаност се региструје код скорa померања и скорова субскеале Личног постигнућа (MBI-PA), скорова свих домена на Упитнику за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко и психичко здравље, средина, социјални односи), што значи да пораст вредности ових скорова доводи до пада скорa померања, и обрнуто, пораст скорa померања доводи до нижих вредности поменутих скорова (Табела 57).

Табела 57

Корелација скорова незрелих механизма одбране и скорова осталих коришћених упитника

Скорови корелациони параметри			Фантазија	Пројекција	Дисоцијација	Соматизација	Рационализација	Померање
WHOQOL- BREF	Социјални односи	r	-0.222	0.099	-0.267	0.257	-0.161	-0.221
		p	0.000**	0.082	0.000**	0.000	0.004**	0.000**
		n	311	311	311	311	311	311
	Средина	r	-0.403	0.011	-0.365	0.066	-0.159	-0.267
		p	0.000**	0.844	0.000**	0.244	0.005**	0.000**
		n	311	311	311	311	311	311
	Психичко здравље	r	-0.296	0.045	-0.395	0.118	-0.216	-0.285
		p	0.000**	0.430	0.000**	0.038	0.000**	0.000**
		n	311	311	311	311	311	311
	Физичко здравље	r	-0.366	0.055	-0.422	0.231	-0.273	-0.339
		p	0.000**	0.330	0.000**	0.000	0.000**	0.000**

		n	311	311	311	311	311	311
MBI-EE		r	0.292	0.068	0.352	0.032	0.029	0.280
		p	0.000**	0.235	0.000**	0.570	0.611	0.000**
		n	311	311	311	311	311	311
MBI-DP		r	0.283	-0.003	0.389	-0.067	0.101	0.349
		p	0.000**	0.956	0.000**	0.239	0.078	0.000**
		n	311	311	311	311	311	311
MBI-PA		r	-0.322	0.036	-0.313	0.060	-0.182	-0.400
		p	0.000**	0.523	0.000**	0.293	0.001**	0.000**
		n	311	311	311	311	311	311
BAI		r	0.306	-0.037	0.396	-0.071	0.216	0.268
		p	0.000**	0.513	0.000**	0.210	0.000**	0.000**
		n	311	311	311	311	311	311
DSQ-40	Незрели механизми одбране	r	0.609	0.601	0.572	0.448	0.365	0.587
		p	0.000**	0.000	0.000**	0.000	0.000**	0.000**
		n	311	311	311	311	311	311
	Неуротски механизми одбране	r	0.180	0.543	0.238	0.542	0.137	0.195
		p	0.001**	0.000	0.000**	0.000	0.016*	0.001**
		n	310	310	310	310	310	310
	Зрели механизми одбране	r	-0.112	-0.189	-0.175	-0.294	0.153	-0.158
		p	0.050*	0.001	0.018*	0.000	0.007**	0.005**
		n	311	311	311	311	311	311

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*) MBI (*Maslach Burnout Inventory*) EE (emotional exhaustion) DP

(depersonalization) PA (personal accomplishment)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ нс $p > 0.05$

Вредности скорa **изолације** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорова субскеале Емоционалне исцрпљености (MBI-EE), Деперсонализације (MBI-DP), укупног скорa Бековог инвентара анксиозности (BAI), као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за

процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе до пораста скорa изолације, и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa изолације и скорова зрелих механизма одбране, субскеале Личног постигнућа (MBI-PA), скорова свих домена Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко и психичко здравље, средина, социјални односи), што значи да пораст вредности ових скорова доводи до пада скорa изолације и обрнуто, пораст скорa изолације доводи до нижих вредности на поменутих скоровима.

Вредности скорa **ектинг-аут** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорова субскеале Емоционалне исцрпљености (MBI-EE), Деперсонализације (MBI-DP), укупног скорa Бековог инвентара анксиозности (BAI), као и са скором незрелих механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе и до пораста скорa етинг-аута и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa ектинг-аута и скорa субскеале Личног постигнућа (MBI-PA), скорова свих домена Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко и психичко здравље, средина, социјални односи), што значи да пораст вредности ових скорова доводи до пада скорa ектинг-аута и обрнуто, пораст скорa ектинг-аута доводи до нижих вредности поменутих скорова.

Вредности скорa **девалвације** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорова субскеале Емоционалне исцрпљености (MBI-EE), Деперсонализације (MBI-DP), укупног скорa Бековог инвентара анксиозности (BAI), као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе и до пораста скорa девалвације и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa девалвације и скорa субскеале Личног постигнућа (MBI-PA), скорa домена средине Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), као и зрелих механизма одбране, што значи да пораст

вредности ових скорова доводи до пада скорa девалвације и обрнуто, пораст скорa девалвације доводи до нижих вредности поменутих скорова.

Вредности скорa **порицања** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорова домена физичког здравља и социјалних односа Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF), као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе до пораста скорa порицања, и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa порицања и скорa зрелих механизма одбране, што значи да пораст вредности овог скорa доводи до пада скорa порицања и обрнуто, пораст скорa порицања доводи до нижих вредности на поменутом скору зрелих механизма одбране.

Вредности скорa **пасивне агресије** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорова субскеале Емоционалне исцрпљености (MBI-EE), Деперсонализације (MBI-DP), укупног скорa Бековог инвентара анксиозности (BAI), као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе до пораста скорa пасивне агресије и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa пасивне агресије и зрелих механизма одбране, субскеале Личног постигнућа (MBI-PA), скорова свих домена Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко и психичко здравље, средина, социјални односи), што значи да пораст вредности ових скорова доводи до пада скорa пасивне агресије и обрнуто, пораст скорa пасивне агресије доводи до нижих вредности на поменутих скоровима.

Вредности скорa **расцепа** су биле статистички значајно и позитивно повезане са вредностима скорова субскеале Емоционалне исцрпљености (MBI-EE), Деперсонализације (MBI-DP), укупног скорa Бековог инвентара анксиозности (BAI), као и са скоровима незрелих и неуротских механизма одбране на Упитнику за процену механизма одбране (DSQ-40). Ове везе су биле позитивне и статистички

високо значајне, па се може рећи да веће вредности скорова на овим сегментима упитника доводе до пораста скорa расцепа, и обрнуто.

Негативна повезаност се региструје код скорa расцепа и зрелих механизма одбране, субскеале Личног постигнућа (МВI-РА), скорова свих домена Упитника за процену квалитета живота (WHOQOL-BREF) (физичко и психичко здравље, средина, социјални односи), што значи да пораст вредности ових скорова доводи до пада скорa расцепа и обрнуто, пораст скорa расцепа доводи до нижих вредности на поменутиm скоровима (Табела 58).

Табела 58

Корелација скорова незрелих механизма одбране и скорова осталих коришћених упитника

Скорови корелациони параметри			а	т	ија	е	агресија	Расцеп
			Изолатиј	Алтингоу	Девалвац	Порицањ	Пасивна	
WHOQOL-BREF	Социјални односи	R	-0.346	-0.021	0.155	-0.232	-0.133	-0.232
		P	0.000**	0.718	0.006**	0.000**	0.019*	0.000*
		N	311	311	311	311	311	311
	Средина	R	-0.225	-0.188	-0.057	-0.414	-0.216	-0.245
		P	0.000**	0.001**	0.312	0.000**	0.000**	0.000*
		N	311	311	311	311	311	311
	Психичко здравље	R	-0.342	-0.018	0.076	-0.286	-0.171	-0.180
		P	0.000**	0.753	0.183	0.000**	0.003**	0.001*
		N	311	311	311	311	311	311
	Физичко здравље	R	-0.323	-0.051	0.112	-0.283	-0.144	-0.203
		P	0.000**	0.370	0.048*	0.000**	0.011*	0.000*
		N	311	311	311	311	311	311

МБИ-ЕЕ		R	0.246	0.173	0.084	0.343	0.225	0.241
		P	0.000**	0.002**	0.138	0.000**	0.000**	0.000* *
		N	311	311	311	311	311	311
МБИ-ДП		R	0.329	0.112	0.061	0.318	0.203	0.296
		P	0.000**	0.050*	0.282	0.000**	0.000**	0.000* *
		N	311	311	311	311	311	311
МБИ-ПА		R	-0.311	-0.126	-0.052	-0.358	-0.167	-0.266
		P	0.000	0.027*	0.359	0.000**	0.003**	0.000* *
		N	311	311	311	311	311	311
BAI		R	0.297	0.146	-0.017	0.205	0.176	0.169
		P	0.000**	0.010**	0.769	0.000**	0.002**	0.003* *
		N	311	311	311	311	311	311
DSQ-40	Незрели механизм и одбране	R	0.558	0.669	0.624	0.685	0.678	0.643
		P	0.000**	0.000**	0.000**	0.000**	0.000**	0.000* *
		N	311	311	311	311	311	311
	Неуротск и механизм и одбране	R	0.101	0.386	0.398	0.329	0.335	0.279
		P	0.078	0.000**	0.000**	0.000**	0.000**	0.000* *
		N	310	310	310	310	310	310
	Зрели механизм и одбране	R	.015	-0.395	-0.299	-0.222	-0.255	-0.131
		P	.788	0.000**	0.000**	0.000**	0.000**	0.021*
		N	311	311	311	311	311	311

DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*)

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment*)

BAI (*Beck Anxiety Inventory*) MBI (*Maslach Burnout Inventory*) EE (emotional exhaustion) DP

(depersonalization)

PA (personal accomplishment)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ нс $p > 0.05$

5.9. Повезаност социодемографских карактеристика испитаника са скоровима коришћених упитника

5.9.1 Корелација нивоа субскеале Емоционална исцрпљеност (МВІ-ЕЕ) и брачног стања, старости, нивоа образовања, болести

Корелација нивоа субскеале Емоционалне исцрпљености (МВІ-ЕЕ) испитаника и брачног стања, показује да нема статистичке значајности ($\chi^2 = 4.460$; $p > 0.05$). Висок ниво синдрома сагоревања на субскали Емоционалне исцрпљености (МВІ-ЕЕ) имало је 1.93 % испитаника у браку и 0.32% оних у ванбрачној заједници (Табела 59).

Табела 59

Корелација нивоа субскеале Емоционалне исцрпљености (МВІ-ЕЕ) и брачног стања испитаника

Ниво		Брак									
		самац		у браку		ванбр.зајед.		одвојено		Укупно	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
МВІ- ЕЕ	низак	71	22.83	174	55.95	22	7.07	10	3.22	277	89.07
	умерен	7	2.25	15	4.82	4	1.29	1	0.32	27	8.68
	висок	0	0	6	1.93	1	0.32	0	0	7	2.25
Укупно		78	25.08	195	62.70	27	8.68	11	3.54	311	100.00

МВІ (*Maslach Burnout Inventory*)

ЕЕ (*emotional exhaustion*)

Корелација нивоа субскеале Емоционалне исцрпљености (МВІ-ЕЕ) испитаника и година живота испитаника, подељених у три групе, показује да нема статистичке значајности ($\chi^2 = 4.572$; $p > 0.05$). Висок ниво скорa субскеале Емоционалне исцрпљености (МВІ-ЕЕ) имало је 0.97% испитаника старијих од 40 година (Табела 60).

Табела 60

Корелација нивоа субскеале Емоционалне исцрпљености (МВИ-ЕЕ) и година живота испитаника

Ниво		Године живота						Укупно	
		до 30 г.		31-40 г.		преко 40 г.			
		N	%	N	%	N	%	N	%
МВИ-ЕЕ	низак	85	27.33	130	41.80	62	19.94	277	89.07
	умерен	11	3.54	8	2.58	8	2.56	27	8.68
	висок	2	0.64	2	0.64	3	0.97	7	2.25
Укупно		98	31.51	140	45.02	73	23.47	311	100.00

МВИ (*Maslach Burnout Inventory*)

ЕЕ (emotional exhaustion)

Корелација нивоа субскеале Емоционалне исцрпљености (МВИ-ЕЕ) испитаника и степена образовања, показује да нема статистичке значајности ($\chi^2 = 6.461$; $p > 0.05$). Висок ниво синдрома сагоревања субскеале Емоционалне исцрпљености (МВИ-ЕЕ) имало је 0.97% испитаника са средњом школом и са завршеним факултетом (Табела 61).

Табела 61

Корелација нивоа скова субскеале Емоционалне исцрпљености (МВИ-ЕЕ) и степена образовања испитаника

Ниво		Школа									
		ОС		СС		ВС		Факултет		Укупно	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
МВИ-ЕЕ	низак	10	3.22	170	54.66	15	4.82	82	26.37	277	89.07
	умерен	4	1.28	16	5.14	1	0.32	6	1.93	27	8.68
	висок	0	0	3	0.97	1	0.32	3	0.97	7	2.25
Укупно		14	4.50	189	60.77	17	5.46	91	29.27	311	100.00

МВИ (*Maslach Burnout Inventory*)

ЕЕ (emotional exhaustion)

Корелација нивоа субскеале Емоционалне исцрпљености (МБИ-ЕЕ) испитаника и присуства хроничне болести, показује да нема статистичке значајности ($\chi^2 = 4.588$; $p > 0.05$). Висок ниво синдрома сагоревања на субскеали Емоционалне исцрпљености (МБИ-ЕЕ) имало је 1.61 испитаника, који немају хронично обољење (Табела 62).

Табела 62

Корелација нивоа субскеале Емоционалне исцрпљености (МБИ-ЕЕ) и присуства соматске болести

Ниво		Соматска хронична болест				Укупно	
		присутна		није присутна			
		N	%	N	%	N	%
МБИ-ЕЕ	низак	20	6.43	257	82.64	277	89.07
	умерен	3	0.97	24	7.71	27	8.68
	висок	2	0.64	5	1.61	7	2.25
Укупно		25	8.04	286	91.96	311	100.00

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

ЕЕ (emotional exhaustion)

5.9.2 Корелација нивоа субскеале Деперсонализације (МБИ- DP) и брачног стања, старости, нивоа образовања, болести

Корелација нивоа субскеале Деперсонализације (МБИ-DP) и брачног стања, показује да нема статистичке значајности ($\chi^2 = 2.205$; $p > 0.05$). Висок ниво синдрома сагоревања субскеале Деперсонализације (МБИ-DP) имало је 1.61% самаца, 1.15% испитаника у браку, 0.96% оних који живе одвојено и 0.64% оних у ванбрачној заједници (Табела 63).

Табела 63

Корелација нивоа субскеале Деперсонализације (МБИ-ДР) и брачног стања

Ниво		Брак									
		самац		у браку		ванбр. зајед.		одвојено		Укупно	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
МБИ-ДР	низак	64	20.58	163	52.41	21	6.75	9	2.89	277	82.64
	умерен	9	2.89	25	8.04	4	1.29	1	0.96	39	12.54
	висок	5	1.61	7	1.15	2	0.64	1	0.96	15	4.82
Укупно		78	25.08	195	62.70	27	8.68	11	3.54	311	100.00

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

ДР (depersonalization)

Корелација нивоа субскеале Деперсонализације (МБИ-ДР) и година живота испитаника, показује да нема статистичке значајности ($\chi^2 = 2.623$; $p > 0.05$). Висок ниво синдрома сагоревања субскеале Деперсонализације (МБИ-ДР) имало је 2.25% испитаника млађих од 30 година (Табела 64).

Табела 64

Корелација нивоа Деперсонализације (МБИ-ДР) и година живота испитаника

Ниво		Године живота						Укупно	
		до 30 г.		31-40 г.		преко 40 г.			
		N	%	N	%	N	%	N	%
МБИ- ДР	низак	79	25.40	117	37.62	61	19.62	257	82.64
	умерен	12	3.86	19	6.10	8	2.58	39	12.54
	висок	7	2.25	4	1.28	4	1.28	15	4.82
Укупно		98	31.51	140	45.02	73	23.47	311	100.00

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

ДР (depersonalization)

Корелација нивоа субскеале Деперсонализације (МБИ-ДР) и степена образовања, показује да нема статистичке значајности ($\chi^2 = 8.124$; $p > 0.05$). Висок ниво синдрома сагоревања субскеале Деперсонализације (МБИ-ДР) имало је 2.58% испитаника са средњом школом (Табела 65).

Табела 65

Корелација нивоа субскеале Деперсонализације (МБИ-ДР) и степена образовања
испитаника

Ниво		Школа									
		ОС		СС		ВС		Факултет		Укупно	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
МБИ- ДР	низак	10	3.21	161	51.76	15	4.82	71	22.85	257	82.64
	умерен	3	0.97	20	6.43	0	0	16	5.14	39	12.54
	висок	1	0.32	8	2.58	2	0.64	4	1.28	15	4.82
Укупно		14	4.50	189	60.77	17	5.46	91	29.27	311	100.00

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

ДР (depersonalization)

Корелација нивоа субскеале Деперсонализације (МБИ-ДР) и присуства хроничне болести код испитаника, показује да је добијена разлика статистички значајна ($\chi^2 = 8.005$; $p < 0.05$). Висок ниво синдрома сагоревања субскеале Деперсонализације (МБИ-ДР) имало је 1.28% оболелих, и 3.54% оних без хроничног обољења (Табела 66).

Табела 66

Корелација нивоа субскеале Деперсонализације (МБИ-ДР) и присуства соматске болести

Ниво		Соматска хронична болест				Укупно	
		присутна		није присутна			
		N	%	N	%	N	%
МБИ- ДР	низак	17	5.48	240	77.16	257	82.64
	умерен	4	1.28	35	11.26	39	12.54
	висок	4	1.28	11	3.54	15	4.82
Укупно		25	8.04	286	91.96	311	100.00

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

ДР (depersonalization)

5.9.3 Корелација нивоа субскеале Личног постигнућа (МВІ-РА) и брачног стања, старости, нивоа образовања, болести

Корелација нивоа субскеале Личног постигнућа (МВІ-РА) и брачног стања не даје статистичку значајност ($\chi^2 = 3.018$; $p > 0.05$). Висок ниво синдрома сагоревања субскеале Личног постигнућа (МВІ-РА) имало је 10.62 % испитаника који су у браку као и 4.50% самаца (Табела 67).

Табела 67

Корелација нивоа субскеале Личног постигнућа (МВІ-РА) и брачног стања испитаника

Ниво		Брак									
		самац		у браку		ванбр. зајед.		одвојено		Укупно	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
МВІ-РА	низак	57	18.32	132	42.44	20	6.43	8	2.58	217	69.77
	умерен	7	2.26	30	9.64	2	0.64	1	0.32	40	12.86
	висок	14	4.50	33	10.62	5	1.61	2	0.64	54	17.37
Укупно		78	25.08	195	62.70	27	8.68	11	3.54	311	100.00

МВІ (*Maslach Burnout Inventory*)

РА (personal accomplishment)

Корелација нивоа субскеале Личног постигнућа (МВІ-РА) и година живота испитаника подељених у три групе, показује да нема статистичке значајности ($\chi^2 = 1.422$; $p > 0.05$). Висок ниво синдрома сагоревања субскеале Личног постигнућа (МВІ-РА) имало је 6.11% млађих од 30 година, као и 6.75 % испитаника старости између 30 и 40 година (Табела 68).

Табела 68

Корелација нивоа субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА) и година живота испитаника

Ниво		Године живота						Укупно	
		до 30 г		31-40 г		преко 40 г			
		N	%	N	%	N	%	N	%
МБИ-РА	низак	65	20.90	102	32.80	50	16.07	217	69.77
	умерен	14	4.50	17	5.47	9	2.89	40	12.86
	висок	19	6.11	21	6.75	14	4.51	54	17.37
Укупно		98	31.51	140	45.02	73	23.47	311	100.00

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

РА (personal accomplishment)

Корелација нивоа субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА) и степена образовања, показује да нема статистичке значајности ($\chi^2 = 9.499$; $p > 0.05$). Висок ниво синдрома сагоревања субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА) имало је 9.65% испитаника са средњом школом, 5.18% испитаника са завршеним факултетом (Табела 69).

Табела 69

Корелација нивоа субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА) и степена образовања

Ниво образовања		Степен образовања									
		Основн а		Средња		Виша		Факултет		Укупно	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
МБИ-РА	низак	8	2.58	137	44.05	14	4.50	58	18.64	217	69.77
	умерен	2	0.64	22	7.07	0	0	17	5.45	41	12.86
	висок	4	1.28	30	9.65	3	0.96	16	5.18	53	17.37
Укупно		14	4.50	189	60.77	17	5.46	91	29.27	311	100.00

МБИ (*Maslach Burnout Inventory*)

РА (personal accomplishment)

Корелација нивоа субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА) и присуства хроничне болести код испитаника, показује да добијена разлика није статистички значајна ($\chi^2 = 2.506$; $p > 0.05$). Висок ниво синдрома сагоревања субскеале Личног постигнућа (МБИ-РА) имало је 15.44% испитаника који немају хроничну соматску болест (Табела 70).

Табела 70

Корелација нивоа субскеале Личног постигнућа (МВІ-РА) и присуства соматске болести

Ниво		Соматска хронична болест				Укупно	
		присутна		није присутна			
		N	%	N	%	N	%
МВІ-РА	низак	14	4.50	203	65.27	217	69.77
	умерен	5	1.61	35	11.25	40	12.86
	висок	6	1.93	48	15.44	54	17.37
Укупно		25	8.04	286	91.96	311	100.00

5.9.4 Корелација нивоа анксиозности (ВАИ) и брачног стања, старости, нивоа образовања, болести

Корелација анксиозности испитаника Бековог инвентара анксиозности (ВАИ) и брачног стања, показује да нема статистичке значајности ($\chi^2 = 5.109$; $p > 0.05$). Умерени и изражени ниво анксиозности имало је 4.19% испитаника у браку (Табела 71).

Табела 71

Корелација Бековог инвентара анксиозности (ВАИ) и брачног стања испитаника

Ниво		Брак									
		самац		у браку		ванбр.зајед.		одвојено		Укупно	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Анксиозн. (ВАИ)	минимални	72	23.15	168	54.02	25	8.04	10	3.22	275	88.43
	благ	4	1.28	14	4.49	0	0	1	0.32	19	6.10
	умерени	2	0.64	13	4.19	2	0.64	0	0	17	5.47
Укупно		78	25.08	195	62.70	27	8.68	11	3.54	311	100.00

ВАИ (*Beck Anxiety Inventory*)

Корелација анксиозности испитаника Бековог инвентара анксиозности (BAI) и година живота испитаника подељене у три групе, показује да је добијена разлика статистички значајна ($\chi^2 = 11.012$; $p < 0.05$). Умерени и изражени ниво анксиозности имало је 2.58% испитаника старијих од 40 година (Табела 72).

Табела 72

Корелација Бековог инвентара анксиозности (BAI) и година живота испитаника

Ниво		Године живота						Укупно	
		до 30 г		31-40 г		преко 40 г			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Анксиозност (BAI)	минимални	92	29.59	126	40.51	57	18.31	275	88.43
	благ	3	0.96	8	2.58	8	2.58	19	6.10
	умерени	3	0.96	6	1.93	8	2.58	17	5.47
Укупно		98	31.51	140	45.02	73	23.47	311	100.00

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

Корелација анксиозности испитаника Бековог инвентара анксиозности (BAI) и степена образовања испитаника, показује да је добијена разлика статистички значајна ($\chi^2=15.230$; $p < 0.05$). Умерени и изражени ниво анксиозности имало је 3.54% испитаника са завршеном средњом школом (Табела 73).

Табела 73

Корелација Бековог инвентара анксиозности (BAI) и степена образовања испитаника

Ниво		Степен образовања									
		ОС		СС		ВС		Факултет		Укупно	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Анксиозност (BAI)	минимални	10	3.52	165	51.05	14	4.50	86	27.65	275	88.43
	благ	3	0.96	13	4.18	0	0	3	0.96	19	6.10
	умерени	1	0.32	11	3.54	3	0.96	2	0.64	17	5.47
Укупно		14	4.50	189	60.77	17	5.46	91	29.27	311	100.00

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

Корелација анксиозности испитаника Бековог инвентара анксиозности (BAI) и присуства хроничног обољења код испитаника, показује да је добијена разлика статистички високо значајна ($\chi^2 = 51.990$; $p < 0.01$). Умерени и изражени ниво анксиозности имало је 2.89% испитаника са присутном соматском болешћу, као и 2.57 % испитаника без присутне соматске болести (Табела 74 и График 47).

Табела 74

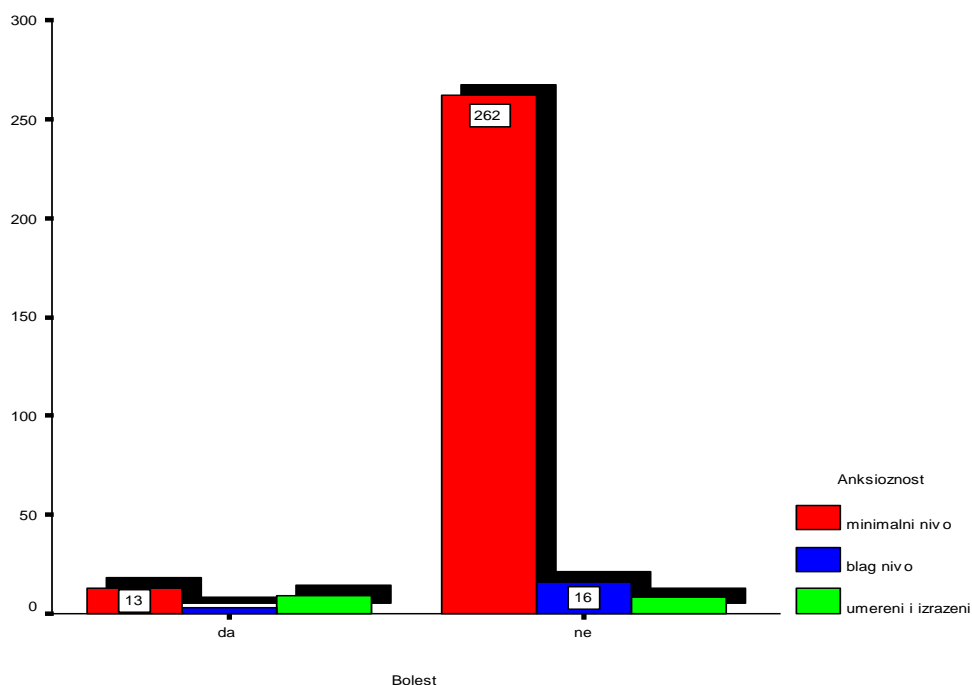
Корелација Бековог инвентара анксиозности (BAI) и присуства соматске болести

Ниво		Соматска болест				Укупно	
		присутна		није присутна			
		N	%	N	%	N	%
Анксиозност (BAI)	минимални	13	4.19	262	84.25	275	88.43
	благ	3	0.96	16	5.14	19	6.10
	умерени	9	2.89	8	2.57	17	5.47
Укупно		25	8.04	286	91.96	311	100.00

BAI (*Beck Anxiety Inventory*)

График 47

Однос учесталости Бековог инвентара анксиозности (BAI) и присуства соматске болести



6. ДИСКУСИЈА

Основни циљ нашег истраживања је био да се утврди у ком нивоу је синдром сагоревања присутан у војној средини, колико на њега утичу механизми одбране које користе професионална војна лица у свакодневној борби са стресом и оптерећењем и како се све то одражава на квалитет живота појединца.

Анализа поузданости свих упитника је показала да је вредност Кронбаховог коефицијента била врло висока за све скале Упитника за процену механизма одбране (Defense Style Questionnaire (DSQ-40)), Маслах инвентара синдрома сагоревања (Maslach Burnout Inventory (MBI)), Упитника за процену квалитета живота Светске Здравствене Организације (World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)) и за Беков инвентар анксиозности (Beck Anxiety Inventory (BAI)). На тај начин је потврђена компактност и висока поузданост ових упитника, чиме је подржана њихова применљивост у нашем истраживању.

Истраживање је рађено у три касарне Војске Србије у којој раде професионална војна лица (официри, подофицири, професионални војници) на приближно истим пословима и под истим професионалним оптерећењем. За истраживање је одабрана елитна јединица Војске Србије, јединица Гарде, у којој раде високо селектовани најбољи официри, подофицири и професионални војници, који су пре пријема у војну службу на провери психо-физичких способности добили највише оцене. У јединици Гарде, професионална војна лица раде под изузетно високим оптерећењем, што је био и разлог избора ове јединице за истраживање, како би се утврдило колико рад на високо захтевним местима и под појачаним оптерећењем може утицати на настанак синдрома сагоревања на раду, а са циљем његове превенције.

Истраживање је рађено код 311 испитаника, од тога су већина били (91.3%) мушког пола, што је и очекивано, с обзиром да се ради о војној средини која је до скоро, традиционално била мушког истополног састава. По први пут су школске 2007/2008. године Војну академију и Војну гимназију уписале и жене којима је омогућено систематско школовање, чиме је промењена традиционална комплементарна улога жена у оружаним снагама, тако да су оне постале равноправни учесници система одбране.

Заступљеност жена, професионалних војних лица у нашем истраживању је у складу са заступљеношћу жена професионалних војних лица у Војсци Србије. Број жена се сваке године повећава и оне равномерно са својим мушким колегама учествују у реализацији свих задатака Војске Србије. У војскама других држава број жена је углавном процентуално већи. Подаци показују да су 2015. године у армији САД жене биле заступљене 15,5%, у Индији 3%, у Француској 10%, у Русији 10% (165, 166). Разлике се могу објаснити традицијом дуже заступљености жена у професионалном саставу поменутих армија.

Анализа година живота наших испитаника показује да је просечна старост била 35.5 година и да не постоји статистички значајна разлика у старости испитаника мушког и женског пола. При том је просечна старост жена нешто нижа (испод 30 година), што је и очекивано с обзиром да су у професионалном саставу краће од мушких колега, с обзиром на напред наведено. Такође, највећи број жена су професионални војници, а међу њима је знатно мање официра и подофицира.

У поређењу са демографским подацима припадника страних армија, налазимо да постоји слична просечна старост. У војсци САД просечна старост је 2015. године била 27,2 година (официри 34,7 година), с тим да се сваке године просечна старост повећава, што је у складу и са нашим истраживањем јер је највећи број испитаника (45%) био у четвртој декади живота (166). Подаци показују да војске у којима је организација таква да у свом саставу имају већи број професионалних војника који су углавном млађи од 30 година у односу на број официра и подофицира, имају просечно млађу војску.

Анализом нивоа образовања је утврђено да је око 2/3 ПВЛ имало завршену средњу школу (трогодишњу или четворогодишњу), док је трећина имала завршену вишу школу и факултет (Војну академију), док је свега 0,6% ПВЛ са основном школом. Такође је и 0.6 % ПВЛ имало одбрањен докторат. Није утврђена статистички значајна разлика у степену образовања између мушкараца и жена.

Висок проценат високо образованих ПВЛ се може објаснити чињеницом да се велики број професионалних војника пријављују за војну службу после завршеног факултета или пак више школе. У другим истраживањима едукације професионалних војних лица у другим земљама, показало се да ПВЛ у Војсци Србије имају знатно

виши ниво образовања од припадника страних армија. Истраживање у једној студији наводи да је у америчкој војсци 18% са завршеним факултетом (165).

Анализа брачног стања наших испитаника показује да је више од 2/3 ПВЛ било у браку и ванбрачној заједници, четвртина су били самци (неожећен/неудата), док су свега 3.6 % били разведени/растављени и удовци/удовице, а што је у складу и са припадницима страних армија, где такође доминирају они у брачним заједницама. Такође, није утврђена статистички значајна разлика у брачном статусу између мушкараца и жена.

Анализа присуства хроничне соматске болести, показала је да се радило о веома здравој популацији ПВЛ. Мање од 10 % ПВЛ, навело је постојање неке соматске болести (дијабетес, хипертензија, проблем са тиреоидном жлездом). Није утврђена статистички значајна разлика у здравственом стању између мушкараца и жена.

Овако добијени демографски подаци наших испитаника су и очекивани, с обзиром да је, како за пријем тако и за касније функционисање у војној средини, неопходна добра физичка спремност и физичко здравље, због чега се раде редовни систематски прегледи на две године, када се процењује стање здравља сваког ПВЛ. У случају присуства неке соматске болести врши се процена радне способности и предлаже ограничена способност (ОГ) за обављање професионалне дужности, а у тежим случајевима и неспособност (Н) која подразумева пензионисање.

Психичко здравље је у нашем истраживању био елиминациони фактор при избору испитаника, па су сви ПВЛ који су икада имали дијагностикован било који психички поремећај, искључени из истраживања. Међутим, њихов број је био занемарљив јер се о психичком здрављу у целокупној војсци, а посебно у јединицама са високим оптерећењем као што је јединица Гарде у којој смо вршили истраживање, примарни ментално-хигијенски тим (старешина, трупни психолог, лекар гарнизоне амбуланте) води изузетно много рачуна да сви ПВЛ подлежу процени способности за радно место у складу са здравственим стањем и способношћу појединца. Такође сваки командир је дужан да, уколико примети било који знак измењеног понашања, шаље такву особу код трупног психолога, а по потреби даље и трупном лекару који га може упутити на психијатријски преглед.

Када говоримо о стресорима, треба разликовати мирнодопске и оне којима су војна лица изложена за време ратова.

Перлин и Скулер (1978.) у својим се истраживањима усмеравају на четири примарне социјалне улоге: професионалну, брачну, родитељску и домаћинску, где у свакој од њих можемо тражити узроке стреса ПВЛ. Тешкоћама адаптације посебно доприноси истовремено присуство проблема везаних у неколико улога, као и њихов међусобни конфликт (110, 113, 156).

Удружење за здравље и заштиту на послу Велике Британије наводи да је седам фактора кључно за узроковање стреса код запослених: захтеви, контрола, односи, промена, улога, подршка и начин функционисања радне организације и њеног односа према стресу. При том да хронични стресни догађаји који укључују животне тешкоће које трају дуже време или се учестало понављају током дужег временског периода су много више повезани са дисфункцијом организма од краткотрајних. (Лазарус и Фолкман, 2004. Мус и Свиндл, 1990.; Перлин и Скулер, 1978.) (141-147).

Стресори у војној радној средини укључују: малу разноврсност и значај задатака, превазилажење вештина које особа поседује, ниска контрола и самосталност као и ниска могућност учествовања у доношењу одлука. Стрес повезан са недостатком времена (велики број задатака, кратки временски рокови) и физичким аспектом посла (преоптерећеност) су такође од значаја. Очекивање могућности самосталности у раду и донешења одлука је у војној организацији значајно смањено јасно дефинисаним хијерархијским односима и поштовањем строгих правила и принципа живота и рада у војној средини. Такође, изузетна наглашеност поштовања принципа субординације онемогућава онима на нижој хијерархијској лествици да учествују у предлагању решења и начина реализације радних задатака. Однос надређеног према подређенима је дистанциран, а у реализацији задатака се не узимају у обзир потребе појединца, што представља један од значајних фактора стреса код подређених. Поштовање војне дисциплине је један од значајних стресора у војној организацији.

Одговорност за подређене као и одговорност према опреми и материјалним ресурсима, промене улога и самим тим повећање степена одговорности су такође извор стреса. Свако напредовање у каријери и достизање новог чина и положаја носе нови стрес, првенствено бригу и анксиозност ПВЛ око тога да ли ће моћи својим

ангажовањем да задовољи циљеве задатака и да ли има довољно спосособности за то. Такође, сталне прекоманде, нова радна места, поновно доказивање и успостављање социјалних интеракција, поверења и оданости носе са собом дозу стреса, посебно уколико су удружене са одвојеношћу од породице и немогућношћу утицања на дужину трајања те одвојености (145-147).

Стресори повезани са међуљудским односима су изузетно значајни аспект војне средине. Оданост, поверење, пријатељство су изузетно битни за очување здравља појединца али и борбене готовости целокупне јединице. Однос према надређеном, подређени сматра битним јер надређени у војној средини у великој мери може одлучивати о каријери подређеног, његовом напредовању, прекоманди, оценама. Такође, недостатак подршке и јавног признања целокупне заједнице сматра се једним од стресора (110, 142-150). Истраживања показују да адекватна социјална подршка значајно смањује утицај стреса и повећава задовољство послом. При том треба нагласити да је најзначајнија социјална подршка у смислу квалитетних интерперсоналних односа са својим колегама унутар јединице и да је она кључни фактор прихватања посла, борбе са стресом и целокупног задовољства послом.

Породични стресори, као одвојеност од породице условљена удаљеним местом службовања или пак вишечасовним и прековременим задржавањем на послу, немогућност дистанцирања проблема на послу од приватног живота, као и немогућност утицаја на време проведено са породицом су од изузетног значаја.

Такође, конфликт професионалне улоге и бројних социјалних улога (сина, оца, супруга) и немогућност задовољавања обе улоге истовремено, значајно доприноси повећању стреса (113, 152-154).

За време боравка у зони ратних дејстава могу се јавити и конфликти личних уверења и циљева задатака који су изузетно значајни стресори. Стресори повезани са конфликтом улога и личности, конфликт између онога како особа доживљава себе и свет око себе са свим ставовима и уверењима долази често у конфликт са оним ставовима и уверењима које један ПВЛ на војном задатку мора да поседује.

Треба имати на уму да је велики број војних лица који је и сада активан, учествовао у неком од ратова на просторима бивше Југославије или на АП КиМ. Неки од њих су у оквиру мировних мисија били ангажовани у подручјима где је дејство

ових стресора сигнификантно. Непријатељско окружење, борба, угроженост живота, сусрет са смрћу и повредама, анксиозност и страх само су неки од проблема са којим се се сусретали. Интензитет и дужина борбе и изложеност овим стресорима утичу управо пропорционално на последице. Посебну групу чине стресори услед посматрања туђе патње и смрти. Убиство пријатеља, непријатеља, цивила, ратни злочини, мучења, гледање болести и страха других људи изузено утиче на професионална војна лица посебно као актера тог рата (157-160).

Такође посебну групу чине стресори повезани са ризиком од рањавања или губитка живота. Они су присутни како у току ратова тако и у мирнодопским условима. Посебно је изражено када је непријатељ без униформе, када га је тешко разликовати од цивила, када је извор претње нејасан. Страх од болести, инфекција, терористичких напада, неповерење у опрему која се користи припадају овој групи стресора .

Културолошки стресори у нашој средини нису значајни, али ни занемарљиви. Јасно утврђен систем вредности, ставова и веровања особе значајно доприноси прихватању других особа са њиховим различитостима, без конфликта (Брит, Стец и Близ, 2004). Другачији језик, веровања, обичаји, међуљудски односи, ставови, понашања су неки од стресора. Посебно су значајни у мировним мисијама.

Физички стресори као изложеност екстремним климатским условима, уз велико физичко напрезање представља стрес за организам. Због војне обуке и припремљености војника за ове услове, сматра се да је дејство ових стресора најмање значајно, али не и занемарљиво (110, 113, 145-155)

Према Хесу (1999. год.) квалитет живота је првенствено субјективан осећај благостања. Квалитет живота дефинисан је као субјективна процена физичког, материјалног, социјалног и емоционалног благостања заједно са степеном личног развоја и сврсисходне активности, све поткрепљено личним скупом вредности (Фелц и Пери, 1995). Светска Здравствена Организација (СЗО, 2005) дефинише квалитет живота као перцепцију појединца о његовом положају у животу, у контексту културе и вредносних система у којима особа живи и у односу на његове циљеве, очекивања, стандарде и проблеме. То је широк спектар утицаја на сложен начин према физичком здрављу, психичком стању, личним уверењима, друштвеним односима особе и њен однос према главним карактеристикама окружења у ком живи (167, 168).

На основу испитивања параметара упитника о квалитету живота, можемо закључити да су код наших испитаника највише вредности забележене као одговор на питања: BREF 6 („Да ли сматрате да Ваш живот има смисла?“) и BREF 19 („Да ли сте задовољни собом?“) у домену Психичко здравље, затим, BREF 20 („Да ли сте задовољни личним квалитетима у друштву?“), BREF 21 („Да ли сте задовољни сексуалним животом?“) у домену Средина, као и BREF 15 („У којој мери сте покретни?“) и BREF 18 („Да ли сте задовољни Вашим личним односима?“) у домену Физичко здравље. Високо задовољство регистровано као одговор на ова питања је очекивано, с обзиром да се ради о младим, здравим, едукованим ПВЛ.

Најниже вредности у домену Средина смо добили као одговор на питање BREF 12 („Да ли имате довољно новца да задовољите своје потребе?“). Имајући у виду актуелни материјални статус ПВЛ, било је и очекивано да је најмање задовољство управо материјалном ситуацијом.

Али и поред тешких услова рада, лоше материјалне ситуације, преоптерећења послом и осталим негативним утицајима на перцепцију сопственог квалитета живота, можемо рећи да су наши испитаници у великој мери свој квалитет живота проценили са високим вредностима.

Ако посматрамо по доменима, можемо закључити да су ПВЛ највише задовољни квалитетом својих социјалних односа, а затим психичким и физичким здрављем, док су исказали најмање задовољство условима средине у којој живе и раде.

Квалитетни интерперсонални односи су основ доброг и успешног професионалног функционисања, како у мирнодопским условима, а још битније у ратним условима. Развој добрих међуљудских односа, међуљудског поверења, лојалности колегама и надређенима и одговорност према подређенима је од изузетног значаја за војну средину. Наши резултати управо то и потврђују. Високи резултати самопроцене квалитета физичког и психичког здравља су били и очекивани, с обзиром да се ради о здравој војној популацији. Међутим, истовремено су наши испитаници најмање задовољство квалитетом живота показали на субскали средине у којој живе. Овако ниски скор се може објаснити социјалним и финансијским проблемима у којима живе ПВЛ, а која карактеришу: нерешена стамбена питања, недостатак сопственог превозног средства, недовољно новца за задовољење основних потреба,

недовољно времена за слободне активности, материјално несигурна будућност. Поређећи резултате нашег истраживања са резултатима здраве популације из других земаља које имају знатно виши стандард у односу на стандард наших испитаника, можемо уочити да су скорови наших испитаника значајно виши у свим доменима.

Поређењем са глобалним просечним подацима, можемо видети да су просечне вредности свих скорова сем домена Средине значајно веће, и да наши испитаници показују висок ниво задовољства квалитетом свог психичког и физичког здравља као и својим социјалним односима, док је окружење оно чиме су наши испитаници незадовољни. Побољшањем финансијске ситуације би се вероватно и овај сегмент квалитета живота ПВЛ значајно поправио (169-171).

Присуство хроничне соматске болести у великој мери утиче на сва четири сегмента квалитета живота, а посебно на физичко и психичко здравље. Да је „здравље највеће богатство“ потврдило је и наше истраживање, као и многа истраживања у свету. Хроничне тегобе које сметају свакодневном функционисању, болови, одласци код лекара или хоспитализација, неопходност узимања лекова, неопходност промена навика због болести, повећање страха од неизвесности сутрашњице су неки од фактора који доводе до снижења квалитета живота ПВЛ са хроничним соматским болестима.

Квалитет живота ПВЛ опада са годинама живота наших испитаника у доменима психичког и физичког здравља и социјалних односа, при чему ПВЛ старији од 40 година, имају нижи квалитет живота, везано за физичко здравље и социјалне односе, мање за психичко здравље.

У процени квалитета живота у домену Средина, показало се да образовање игра значајну улогу, па су ПВЛ са вишим нивоом образовања знатно задовољнији средином у којој живе. Очекивано је да ПВЛ који имају виши ниво образовања имају и већу плату, или пак да потичу из породица које су бољег материјалног статуса. Стални радни однос и већа примања, омогућавају им кредитну способност, чиме могу да приуште себи додатне материјлане вредности осим основних животних потреба (170-172).

Брачно стање и пол нису имали утицај на квалитет живота ПВЛ, што није утврђено у другим истраживањима. Без обзира да ли су мушкарци или жене, као и баз

обзира на то да ли су у браку, самци, или пак разведени, квалитет живота наших испитаника је у свим доменима без значајне разлике. Овако добијен налаз се може објаснити чињеницом да је у савременом друштву брак изгубио своју традиционалну форму и улогу опстанка брака по сваку цену, не само ради личне материјалне сигурности, већ и ради одрастања деце у породици. У данашње време није неопходно остати у браку који не доводи до побољшања квалитета живота сваког од супружника јер материјална независност сваког супружника понаособ омогућава адекватну самосталну бригу о себи или детету, што се одражава и на добијен резултат (168-172).

Испитивањем механизма одбране, је уочено да ПВЛ у нашем истраживању имају највише вредности за зреле механизме одбране (6.49 ± 1.67), затим неуротске механизме одбране (4.26 ± 1.36), док су најмање вредности за незреле механизме одбране (3.47 ± 1.11). Овако добијени налаз је и очекиван, с обзиром да се ради о високоселектованој групи соматски и психички здравих ПВЛ, чиме смо потврдили нашу хипотезу да ПВЛ користе зреле механизме одбране.

Од зрелих механизма одбране највише вредности показује хумор који се у многим истраживањима наводи као најефикаснији и најзначајнији механизам одбране присутан код суочавања са свакодневним стресом (110, 113, 173). Осим хумора, потискивање је механизам који се најчешће користи.

Од неуротских механизма одбране највише вредности показују алтруизам и идеализација, а од незрелих механизма одбране највише вредности показују рационализација и девалвација.

У нашем истраживању показало се да пол, године живота и брачно стање нису утицали на избор механизма одбране које су користили ПВЛ. Иако у нашем истраживању године живота испитаника нису имале утицај на врсту коришћених механизма одбране, већина других истраживања наводе да млађи испитаници користе више незреле и неуротске механизме одбране од старијих испитаника. Наши испитаници су сви били просечно 35.3 ± 7 година живота, али су за избор механизма одбране од мањег значаја биле године живота испитаника, а више структура личности здравих, високо селектованих ПВЛ, који су прошли строгу селекцију при пријему у војну службу, чиме се може објаснити да су незрели и неуротски механизми одбране слабије присутни у односу на зреле механизме одбране.

Код ПВЛ је утврђена корелација између незрелих механизма одбране и соматске хроничне болести, што се може објаснити чињницом да незрели механизми одбране нису довољно добри да заштите Его, па се неприхватљиве идеје и тежње неадекватно разрешавају доводећи до пораста и појаве анксиозности, а самим тим и до других поремећаја повезаних с стресом, који може да прати и хронична соматска обољења. Иако постоје релативно мали број истраживања о повезаности механизма одбране и физичког здравља, идентификоване су значајне везе (Ериксен, Олг и Урсин, 1997; Фленери и Пери, 1990; Олф, 1993). На пример, Албукерк и сар. (2011) открила је да болесници са хроничном опструктивном болешћу плућа чешће од здравих контрола користили незреле и неуротске механизме одбране.

Такође ПВЛ са нижим нивоом образовања чешће су користили незреле и неуротске механизме одбране. Није у великој мери проучавана повезаност образовања и механизма одбране, али се у појединим истраживањима наглашава повезаност зрелих механизма одбране са бољим успехом у образовању. Једно од објашњења би било да они који се одлуче за више нивое образовања, временом се суочавају са животним изазовима када користе технике разрешења конфликта, чиме смањују анксиозност, док у мањој мери користе незреле и неуротске механизме одбране (104-106, 110,174)

„Синдром изгарања је метафора која се обично користи да опише стање менталног умора" (Шанфели и Бакер, 2004).

Развој овог синдрома је последица дејства индивидуалних фактора и фактора спољне средине: карактеристика радног места (оптерећеност послом, недостатак комуникације са колегама, недостатак социјалне подршке, притисак, конфликти), сусретање са угрожавањем живота и смрћу, немогућност изражавања емоција и мишљења, организационе карактеристике - хијерархијска организација (Дедић, 2015).

Сматра се (Леитер и Маслах, 1988) да је најзначајнији екстерни фактор јављања сагоревања на раду интеракција са колегама, док је најзначајнији индивидуални фактор начин суочавања са свакодневним стресним ситуацијама.

Дедић (2005) констатује да су емоционална исцрпљеност, деперсонализација и ниско лично постигнуће резултат деловања хроничних емоционалних и интерперсоналних стресора на радном месту, односно неусаглашених односа између

запосленог и радне средине, између високих захтева радног места и ниске аутономије запосленог, који је, у највећем броју случајева, перфекциониста са високим очекивањима и личним проценама. У таквим околностима, прво наступа емоционални замор, који бива појачан амбивалентним односом према послу, смањеном подршком сарадника и осећајем ниске пословне бескорисности, самовредновања и личног достигнућа. Даље, Дедић (2005) наводи да је у војној средини овај синдром прво уочен код пилота и летачког особља, због стреса који је код ових занимања чешћи и интензивнији него код цивила. У највећем броју случајева, јавља се код особа посвећених свом послу које су дуго биле изложене психо-социјалним стресорима на радном месту, када схвате да њихово жртвовање није било довољно за успех и остварење циљева. Евентуални претходећи стресни животни догађаји и фрустрације су, нарушавањем психичких функција и умањењем снага човековог организма, створили повољно тле за настанак али и додатно појачавање овог синдрома. Свака радна обавеза доживљава се као претешка, запослени лишава себе осећаја одговорности, осећа да је емоционално „неиспуњен”, исцрпљен послом и средином, отуђује се од колега, а као резултат долази до смањења ефикасности, личног ангажовања, продуктивности, па и самопоуздања. Активности и намере које појединац на свом радном месту у почетку доживљава као важне и као изазов, временом постају непријатне и неиспуњујуће; енергија, посвећеност и ефикасност претварају се у своје супротности, и уз пратећи цинизам и негативан став према послу, синдром сагоревања на раду, иако сличан „реакцији на исцрпљеност”, тако добија свој коначан облик у манифестацији. Дакле, задовољство послом и синдром сагоревања на раду су у инверзном односу (7, 54, 113).

Здравствене последице синдрома сагоревања на раду су најчешће злоупотреба алкохола и психоактивних средстава, анксиозност, депресија, снижен ниво самопоштовања (Маслах, Шауфели и Леитер, 2001).

Понашање које је протективно је дељење сопствених осећања и проблема са колегама, прихватање својих граница и тражење помоћи. Такође, проактивност – решавање постојећих и антиципација нових стресних догађаја уз адекватну припрему представља заштитно понашање. Постављање јасних граница и заузимање ставова, веровање у разрешење као и способност релаксације и одмора су од изузетног значаја.

Особе са синдромом сагоревања се осећају беспомоћно, изгубљено, безнадежно, уз губитак идентитета, смисла живота. Да би се особа развијала, заједно се морају развијати и приче које себи поставља у основи свог идентитета. У случају када оне застану и особа остаје заглављена и изгубљена између оног што жели и онога што може. Доводи до губитка самопоуздања и спремности да се преузме ризик. Теже је бити оно што сам желиш да будеш него оно што други од тебе очекују да будеш. Страх од тог неприхватања и недостатак самопоштовања доводи до тешкоћа у формирању независног идентитета. Тако постају нешто што нису али са немогућношћу да дуго одржавају тај привид. Буђење и схватање да је постао нешто што није он сам, доводи до удаљавања од појединца за ког је важио, централне наративне теме свог идентитета.

МБИ (Маслах и Џексон, 1981, 1986; Маслах, 1996) је инструмент за процену синдрома сагоревања на раду који се најчешће користи у разним популацијама. МБИ је у почетку садржао 25 константација подељених у четири субскеале (емоционална исцрпљеност, деперсонализација, осећања смањених личних могућности и учешћа). Друга верзија МБИ је објављена 1986. године и садржала је 22 ставке у три групе, са изостављањем личног учешћа. Одговори су дати у распону од “никада,, (носи вредност 0) до “сваког дана,, (носи вредност 6), да би се детектовале особе којима су “лоши дани” свакодневница од оних којима се тако нешто повремено дешава. (Маслах, 2011.). Развијене су бројне варијанте овог упитника, које су намењене специфичним професијама, као што су Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (МБИ-НСС), МБИ- Educator Survey (МБИ-ЕС), МБИ-General Survey (МБИ- ГС; Schaufeli et al.,1996). За разлику од МБИ и МБИ-ЕС који садрже 22 ставке, МБИ-ГС садржи 16 ставки. (110, 146)

Иако аутори Упитника синдрома сагоревања на раду (МБИ) сматрају да категоризацију скорова на “ниске,, , “умерене,, и “високе,, не треба користити у дијагностичке сврхе (Маслах, 1996), многи аутори то ипак чине и узимају високе скорове као показатељ „сагорелости” (Хорн и Шауфели, 1998). Ипак, у каснијим истраживањима се показало да упитник има клиничку валидност и да се може користити као „скрининг” тест за детектовање клинички значајних тегоба код запослених (Шауфели, Бакер, Хогдан, Шеп, Кладлер, 2001). Особе које се сматрају

озбиљно „сагореле” јесу оне које имају скор на Емоционалној исцрпљености у највишем рангу, и висок скор на бар још једној од преостале две димензија сагоревања (Шауфели, 2009) (113, 146, 172).

На основу степена присуства синдрома сагоревања на раду, формирали смо три групе испитаника. Прву групу чине ПВЛ без присуства или са ниским нивоом синдрома сагоревања на раду, другу групу чине ПВЛ са умереним нивоом сагоревања на раду и трећу групу чине ПВЛ код којих је детектован висок ниво синдрома сагоревања на раду.

Имајући у виду све стресоре који деују на ПВЛ у војној средини, можемо очекивати висок ниво синдрома сагоревања на раду. Велико оптерећење послом, лош материјални статус, хијерархијски однос у војсци, приватни проблеми, као и многи други поменути стресори утичу на појаву синдрома сагоревања на раду у војној средини. На развој емоционалне исцрпљености код наших испитаника највећи утицај има рад са људима током радног времена који захтева много труда, а затим и исцрпљеност радом. Деперсонализација се код наших испитаника највише испољава кроз тешко суочавање са још једним радним даном, и ПВЛ су на крају сваког радног дана на крају стрпљења. Задовољство личним постигнућем код наших испитаника најниже је у смислу одсуства осећаја да се током рада постижу неке битне ствари и да им колеге недовољно вреднују рад.

На субскали Емоционалне исцрпљености (МВИ-ЕЕ) се сматра најбољим показатељем сагоревања на раду и показује стрес димензију сагоревања, као и да је неопходан, али не и довољан критеријум за постављање дијагнозе сагоревања на раду. Код наших испитаника емоционална исцрпљеност је детектована у високом нивоу код само 2,3% испитаника, у умереном нивоу код 8,6% испитаника, док је код велике већине (89,1%) константован благи или одсустан ниво синдрома сагоревања. При том просечна средња вредност укупног скорa субскеале Емоционалне исцрпљености (МВИ-ЕЕ) износи $8,78 \pm 7,47$, што указује на низак ниво емоционалне исцрпљености испитиване групе ПВЛ.

Знатно виши ниво емоционалне исцрпљености константован је код особа које болују од неке хроничне соматске болести гледајући целокупну групу, док

посматрајући сваког испитаника појединачно, корелацијом између емоционалне исцрпљености и болести не постоји повезаност.

Уколико посматрамо целокупну групу ПВЛ, млађи ПВЛ су показали виши степен емоционалне исцрпљености у односу на старије ПВЛ, док корелацијски показатељи нису детектовали појединачну повезаност година живота и емоционалне исцрпљености. И у истраживањима других аутора, млађи испитаници често показују виши ниво емоционалне исцрпљености, као и деперсонализације. Године живота утичу на емоционалну исцрпљеност, што је разумљиво с обзиром да су професионални војници, подофицири и официри до 30 година живота под знатно већим стресом у односу на старије колеге, првенствено због лошије финансијске ситуације, а што је у вези са нижим примањима, оптерећењем око формирања породице, решавања стамбеног питања (146, 174, 175).

Емоционална исцрпљеност је везана за превелике и претешке радне обавезе које ПВЛ постављају пред себе, уз осећање да су емоционално „поједени“ и исцрпљени послом и неповољном радном средином. Такође се емоционална исцрпљеност јавља и код амбициозних и енергичних ПВЛ који још увек немају перцепцију и диференцијацију између сопствених жеља и могућности.

Субскала Деперсонализације (МБИ-ДР) се односи на измењен однос према колегама који карактерише „безличан однос“, отуђење, што је последица негативног, равнодушног одговора на различите професионалне стресоре услед исцрпљености и обесхрабрености. Код наших испитаника деперсонализација је детектована у високом нивоу код само 4,7% испитаника, у умереном нивоу код 12,6% испитаника, док је код велике већине 82,7% константован благи или одсустан ниво деперсонализације. Средња вредност укупног скорa субскеале Деперсонализације (МБИ-ДР) износи просечно $3,19 \pm 4,18$, што показује низак ниво деперсонализације испитиване групе ПВЛ.

Деперсонализација код наших испитаника показује виши просечан скор у односу на емоционалну исцрпљеност, што није случај у истраживањима других аутора. Војна средина је специфична и због строгих правила субординације и хијерархијског односа команде и извршавање задатака обавезан начин функционисања, што има за последицу дистанцирање млађих ПВЛ од колега са вишим чином, уз осећај изолованости и

несхваћености. Деперсонализација може бити и резултат преоптерећености послом, али се такође јавља и као последица малог утицаја ПВЛ нижих чиновна на доношење одлука. У складу са наведеним, у многим истраживањима је доказано да особе које имају утицаја на доношење одлука или их они доносе, имају нижи ниво деперсонализације.

Присуство хроничне соматске болести је од изузетног значаја за развој деперсонализације код сваког појединачног испитаника. Међутим можемо и поставити питање да ли је хронична соматска болест последица или узрок деперсонализације. Болести које су детектоване су најчешће коронарна болест, хипертензија, дијабетес мелитус, хипер или хипотиреоза, хиперхолестеролемија, главобоља, а све су те болести доказано повезане са стресом. Поремећај хипоталамо-хипофизно-адrenalне осовине, симпатичке активности, поремећај имунорегулације, фактора коагулације и запаљења, цитокинске шеме доводе до бројних других последичних поремећаја у организму и манифестних обољења (110, 113, 146).

Код наших испитаника субскала Личног постигнућа (МВI-РА) је на високом нивоу код 69,8% испитаника, у умереном нивоу код 12,8% испитаника, док је код око 17,4% константовано незадовољство личним постигнућем. При том, просечна средња вредност скорa ове субскеале износи $40,49 \pm 7,82$, што указује на низак ниво Личног постигнућа. Смањена радна ефикасност, смањење личног ангажовања и тенденција ка самоомаловажавању, имају за последицу губитак осећаја способности и губитка постигнућа и продуктивности у раду. Можемо видети да је ниво задовољства личним постигнућем најкритичнија тачка синдрома сагоревања на раду у нашем узорку испитаника. Лоша материјална ситуација, недовољна социјална подршка, немогућност усклађивања приватног и пословног сегмента живота делује да лична сатисфакција, због које многи остају у војној служби и поред тешког стања, опада. Међутим, то је сегмент на који се најлакше може утицати, и који највише зависи од фактора спољне средине, а значајно мање од индивидуалних карактеристика.

У нашем узорку испитаника, на ниво синдрома сагоревања на раду у свим сегментима немају утицај полне разлике, брачно стање, ниво образовања, док су само на сегмент деперсонализације, а у значајно мањој мери на емоционалну исцрпљеност значајни утицај имала хронична соматска болест.

Ниво образовања не утиче на синдром сагоревања на раду у војној средини, како се наводи у бројним истраживањима, већ је сама врста посла и личних особина много значајнија, што се потврдило и у нашем истраживању.

Иако у нашем истраживању нису уочене полне разлике у појави синдрома сагоревања на раду, истраживања показују да су жене обично осетљивије на дејство стресора (Меклин, Строгман и Неха, 2007; Попов и Попов, 2011). Показано је да је посебно преваленција емоционалне исцрпљености већа код жена и делује као тригер за развој даљих тегоба и симптома овог синдрома, док код мушкараца деперсонализација има већи значај. (Хукс, Винот, Твелар, Фердонк, 2011). Такође, наводи се да жене теже решавају конфликте на радном месту и да су зато подложније развоју овог синдрома (Деј и Ливингстон, 2003; Хол, Чиперфилд, Пери, Руфинг и Гоц, 2006). У истраживањима се често наводи да су жене подложније настанку синдрома сагоревања, првенствено због лошијег одговора на стрес услед хормонских промена, скока и пада естрогена али и прогестерона са последичном променом у концентрацији кортизола али и појединих неуротрансмитера. Жене у нашој средини, где још увек у већини породица важе патријархална правила ослањања свих послова у кући и око деце на жену, па су поред свог оптерећења на послу оптерећене и бројним социјалним улогама мајке и домаћице. Такође, посебно у средини као што је војна где је родна равноправност потпуно заступљена, и где се и жене и мушкарци подвргавају истом физичком и психичком оптерећењу, очекивали бисмо нешто виши ниво синдрома сагоревања на раду код ПВЛ женског пола, али у објашњењу одсуства полних разлика можемо рећи да се жене, припаднице Војске Србије подједнако добро боре са стресом као и њихове мушке колеге (110, 145-156).

У односу на наведено, није потврђена хипотеза да старији ПВЛ, нижег образовања, нежењени/неудати, женског пола имају израженији синдром сагоревања на раду.

Маслах наглашава да синдром сагоревања достиже ниво епидемије (Маслах и Леитер, 1997). Различити аутори (Маслах и Леитер, 1997; Топинон-Танер, 2011; Шауфели, 2003; Широм, 2009) указују на важност заступљености синдрома сагоревања, а знатно мање на интензитет синдрома сагоревања, па можемо рећи да ако узмемо све факторе који делују на професионална војна лица наши резултати су

далеко испод очекиваних, јер су наши испитаници испољили углавном низак ниво синдрома сагоревања. Насупрот очекиваног, резултати нашег истраживања, показују да је појава синдрома сагоревања на раду детектована код релативно малог броја испитаника, чиме нисмо доказали хипотезу да је синдром сагоревања на раду присутан код ПВЛ Војске Србије у умереном степену изражености (136-140).

Анксиозност је најчешћи ментални поремећај у општој популацији (Кеслер, 2005, Бајерс, 2010), али се обично појединци не обраћају за стручну помоћ због непознавања тегоба или стигме (Брит, 2008; Грифитс, 2011), а често и анксиозност која прати соматске тегобе остаје непозната од стране лекара опште праксе. Анксиозне особе најчешће вербализују тегобе као нервозу, лоше варење и немогућност опуштања, а затим лупање срца и знојење.

Присуство хроничне соматске болести у значајној мери утиче на ниво анксиозности код наших испитаника, па су ПВЛ са хроничном соматском болешћу имали значајно виши ниво анксиозности у односу на своје здраве колеге. Међутим овде не можемо говорити о анксиозном поремећају, већ само о анксиозности која је у одређеном степену нормално заступљена код свих здравих људи, а само степен варира (175-178).

На Упитнику за процену анксиозности (ВАИ), просечна анксиозност испитаника 4.83 ± 5.66 одговара минималној анксиозности, при том је код шестине (17.7%) испитаника укупни скор 0.

По нивоу анксиозности смо све испитанике поделили у три групе, оне са минималним (84.2%), благим (9.8%), умереним (4.4%) и израженим нивоом (1.6%). Уочава се да у нашем узорку велика већина испитаника има минимални ниво анксиозности. У америчкој војсци је анксиозности присутна код око 38% припадника армије (Лаверинг, 2012.), а у кинеској око 50% (Пен, 2017.).

У нашем истраживању нису уочене полне разлике у односу на ниво анксиозности наших испитаника, за разлику од многих других студија које наводе да су жене под значајно већим ризиком од мушкараца за развој анксиозности (Ангст, Доблер-Микола, 1985; Брус, Јонкерс, Ото, Јансен, Веизберг, 2005). Такође, то су потврдиле и америчке студије коморбидитета где је доказана повећана преваленца анксиозних поремећаја (агорафобије, паничног поремећаја, генерализованог анксиозног поремећаја) код жена

у односу на мушкарце (Кеслер, 1994), као и посттрауматског стресног поремећаја (Кеслер, Чиу, et al., 2005; Кеслер, Сонегга, Бромт, Хјуџс, Нелсон, 1995). Сматра се да је узрок томе биолошка неједнакост, односно другачији и променљив хормонски статус жена (ниво естрогена и прогестерона) који делују на хипоталамо-хипофизно-адреналну осовину и аутономни нервни систем. Тиме, хипотеза да жене ПВЛ имају појачану анксиозност није доказана (174-180).

У нашем узорку показало се да године живота утичу на ниво анксиозности, па ПВЛ старији од 40 година имају највиши ниво анксиозности чиме је потврђена наша хипотеза да старији ПВЛ имају појачану анксиозност. У условима као што је војна средина, где су неки од старијих испитаника били учесници ратова на нашим просторима, или пак учествовали у мировним мисијама у свету, с обзиром да са годинама долази и до кумулативног дејства стресора, замора, појаве хроничних болести, што све води повећању анксиозности, било је и очекивано да старији ПВЛ имају виши ниво анксиозности.

Брачно стање не утиче на ниво анксиозности наших испитаника, чиме није потврђена наша хипотеза да неожењени/неудати ПВЛ, имају појачану анксиозност. Истраживања показују да је од изузетног значаја за превенцију анксиозности постојање доброг и квалитетног односа са партнером (Дел, 2001; Окабајаши, 2004; Окун и Локвуд, 2003; Петит, 2011; Тео, 2013). Међутим, исто тако сем партнерског односа битне су и добре социјалне везе, поверење које особа развија према пријатељима или колегама (Шустер, 1990). Могуће је да ПВЛ, који су самци, односно без партнера, нису показали разлику у нивоу анксиозности у односу на оне који имају партнера због добрих и развијених социјалних односа са својим колегама на радном месту и њихове подршке.

Ниво образовања такође не утиче на ниво анксиозности наших испитаника, чиме такође није потврђена хипотеза да ПВЛ нижег образовања имају појачану анксиозност. Испитаници у нашем узорку су без обзира на ниво образовања изложени сличним условима рада (182-184).

Могуће је да анксиозност зависи од других фактора као што су начини суочавања са свакодневним стресом, односно механизма одбране, што ћемо касније и доказати.

Анксиозност је повезана са свим субскалама синдрома сагоревања (Емоционална исцрпљеност, Деперсонализација и Лично постигнуће), како расте анксиозност, тако расте и степен синдрома сагоревања, чиме је доказана наша хипотеза да постоји значајна корелација између нивоа анксиозности и тежине синдрома сагоревања на раду ПВЛ.

Наше истраживање показује да анксиозност расте са годинама живота и да је највиша код ПВЛ старијих од 40 година. Анксиозност је била значајно већа код старијих испитаника, као и код испитаника са хроничним соматским болестима, што је и очекивано јер су старији испитаници подносили стрес и били преоптерећени кроз дужи временски период и током времена су се истрошили, што је такође у складу са другим истраживањима.

Професионална војна лица припадају групи запослених који раде на радним местима која су током свог рада изложени великом броју стресора. С једне стране, у војном окружењу постоје сложени радни задаци који захтевају посебне услове рада. Стрес на послу није резултат само једног фактора, већ збир повећаних захева који укључују свакодневну војну обуку, прековремени рад, немогућност кориштења слободних дана, службу дежурства, врло често одлазак на терен, повремено прекоманде у другу јединицу или други град. Такође, постоји потреба за апсолутним поштовањем принципа субординације који су стандардизовани и повезани са апсолутном послушношћу подређених, при чему свака грешка може довести до озбиљних последица укључујући различите дисциплинске мере.

Неусклађеност између високих захтева на радном месту и високих или ниских индивидуалних потенцијала, фрустрирају их и чини их незадовољним, те та неусклађеност може бити извор стреса. Током времена они постају све уморнији због дуготрајног притиска посла. Негативан начин бављења стресом повезан је са анксиозношћу. Анксиозност се може јавити када се помисли на посао. Често се може погоршати када су појединци постали фрустрирани или љути сами на себе јер су схватили да не могу дати све од себе са истим ентузијазмом као што су то радили у прошлости (143, 182-185).

Као и у другим истраживањима и у нашем истраживању је показано да су све три субскале синдрома сагоревања повезане и да са порастом емоционалне исцрпљености

расте и ниво деперсонализације, а опада ниво задовољства личним постигнућем, ако посматрамо средње вредности, тј. целокупну групу, међутим ако посматрамо корелацијски сваког појединца, ситуација је мало другачија, што ће касније бити посебно описано (175-186).

Међутим, упркос бројним истраживањима која су спроведена, веза између синдрома сагоревања и анксиозности није јасна. Анксиозност је један од симптома синдрома сагоревања, или може постојати индивидуално (187-189).

Упркос многим стресорима и тешким захтевима на послу, ПВЛ Војске Србије имају висок степен задовољства сопственим квалитетом живота, посебно у областима психичког, физичког здравља и друштвених односа.

У нашем истраживању, међу четири домена WHOQOL-BREF-а, највише средње вредности за квалитет живота су утврђене за ДОМ 3 (Средина), што подразумева добар међуљудски однос, који је од изузетног значаја за војно окружење у миру, а још више у ратним условима. Интерперсонални односи у војсци одређују природу војне активности, карактер друштва којем припада војска, сложеност рада са ратним техникама, посебни услови рада и војна подређеност. Сваки припадник војног колектива је у интеракцијском односу, односно, комуницира са другим члановима тог колектива. Кохезивност и ефикасност војне јединице зависи од квалитета међуљудских односа. Кохезивност се изражава кроз осећање припадности и лојалност колективу, атмосферу сигурности, способност успостављања пријатељских односа, емоционалних веза, добро структурираног времена (188-194).

Друштвени домен оцењује питања везана за личне односе, сексуалну активност, практичну социјалну подршку и осећање поштовања и прихватања. Неповољни друштвени односи и карактеристике посла повезани су са њиховим здрављем, а неке студије су утврдиле да социјална подршка може деловати као пуфер и штити од развоја депресије или анксиозности у срединама са лошим условима рада.

Будући да је то углавном била здрава популација, очекивало се да је ДОМ 1 (физичко здравље), који мери самопроцену задовољства сопственим физичким здрављем, на високом нивоу. Велика значајност је такође пронађена и у ДОМ 2 (Психичко здравље), што је и очекивано у војном окружењу где се људи припремају

да се боре са свакодневним стресним ситуацијама и вежбају своје ментално здравље у екстремним условима.

У нашем истраживању примећено је да су ментално здравље, укључујући анксиозност, као и друштвене односе, мање физичко здравље, највише поремећени код старијих ПВЛ. Због тога је однос између квалитета живота и перцепције здравља кључан за одрживи просперитет војног особља и снаге трупа. Емоционални проблеми значајно утичу на борбену готовост и стање сваког појединца и самим тим и на Војску у целини.

Еколошки домен био је важно питање на радном месту. Штавише, најмање средње вредности су нађене за ДОМ 4 (Животна средина), што је такође очекивано као последица лоших радних услова, нерешених стамбених питања, ниских плата. Социјална подршка је веома важна и може да буде заштитни фактор за развој анксиозности и депресије у лошим радним условима. Ментално и физичко здравље несумњиво снажно утиче на укупан квалитет живота са значајним утицајем на стрес на радном месту. Такође наводи се у литератури да су запослени са вишим чином и одговорнијом позицијом рањивији на ефекте стресора (195-197), што се у нашем истраживању није доказало.

У ДОМ-у 4 су биле различите варијације у одговору (СД веома високе), што би се могло објаснити различитим социјалним групама испитаника, где би они који су имали решен стамбени проблем или већу плату вероватно били задовољнији са окружењем.

Нису утврђене статистички значајне разлике према полу и брачном статусу, чиме није потврђена хипотеза да нежењени/неудати ПВЛ, женског пола имају лошији квалитет живота. Жене у војном окружењу имају сличну перцепцију у свим областима квалитета живота као њихове мушке колеге, имајући у виду да подносе иста професионална оптерећења, али да такође имају и друге социјалне улоге, пре свега брачне. Према неким студијама, брачни односи су важан фактор који може бити повезан са квалитетом живота појединаца. У нашем истраживању, отприлике 2/3 војног особља је у браку. Породични проблеми са децом и супружницима имају важан утицај на професионални живот ПВЛ.

Финансијски проблеми повећавају стрес и утичу на квалитет живота ПВЛ у својој породици. Подршка породице је значајна. У америчкој војсци успостављени су ексклузивни програми који се баве свим аспектима породичног живота како би помогли професионалним војним лицима и њиховим најдражим особама. Неки програми се односе на породично стамбено збрињавање, образовање војног супружника, бригу о деци, приступачност продавница, образовање младих и развој, здравствену заштиту породице, породичну рекреацију, финансијску стабилност, саветовање. Сви ти програми имају циљ да максимизирају стабилност и квалитет живота чланова породица припадника америчке војске (190-198).

У нашем истраживању смо желели да утврдимо како оптерећења у војном окружењу утичу на анксиозност и квалитет живота ПВЛ. Неке професије, као што су ватрогасци, спасиоци и професионална војна лица, заслужују посебну пажњу у погледу здравствене заштите, јер су у свакодневном раду изложени екстремним захтевима у физичкој, менталној и социјалној сфери и стога су подложни различитим здравственим ризицима.

У складу са другим истраживањима, млађи и здравији ПВЛ у нашем истраживању имали су знатно виши просечни квалитет живота, чиме је потврђена наша хипотеза да старији ПВЛ имају лошији квалитет живота. Перцепција квалитета живота млађих и здравијих ПВЛ је знатно боља од перцепције старијих испитаника, што је и очекивано јер су млађи ПВЛ физички и физички здравији и имају добре социјалне односе. У нашем истраживању физичко здравље, односно одсуство или присуство хроничне болести, показало се као најважнији фактор који утиче на све сегменте квалитета живота, као и на анксиозност, што је и очекивано и у складу са резултатима других истраживања.

Посматрајући корелацију између квалитета живота и анксиозности утврдили смо да како расте анксиозност код наших испитаника тако опада квалитет живота у свим доменима. Знатно ниже перцепције квалитета живота у свим сегментима имали су ПВЛ са већом анксиозношћу, што је само нагласило како јак стрес и последична анксиозност утичу на цео живот и функционисање човека (199-201).

У циљу заштите од анксиозности, особе користе механизме одбране. Зависно од врсте механизма одбране, ова заштита може бити мање или више успешна.

Наши резултати су у складу са већином истраживања која су до сада спроведена у свету. Међутим нигде нису издвојени као предиктори развоја синдрома сагоревања. Војна средина са свим својим карактеристикама вероватно брзо исцрпљује неуротске механизме одбране који су и иначе слаби и Его бива веома брзо изложен и угрожен. Такође неки од механизма одбране су апсолутно неприхватљиви у војној средини, као што су пасивна агресија, изолација, девалвација. Онемогућено коришћење ових механизма одбране самим тим код ПВЛ које их претежно користе врло брзо води развоју различитог нивоа и врсте психопатологије (108-111).

ПВЛ који су у већој мери користили зреле механизме одбране имали су нижи ниво синдрома сагоревања у оба сегмента, док на супрот томе коришћење незрелих и неуротских механизма одбране водило је појави синдрома сагоревања.

ПВЛ који су имали нижи степен анксиозности значајно више су користили зреле механизме одбране док незрели и неуротски механизми одбране нису показали утицај на степен анксиозности у нашем истраживању. Такође, у нашем истраживању скорови зрелих и неуротских механизма одбране нису показали утицај на развој било ког сегмента синдрома сагоревања на раду, док се незрели механизми одбране наводе као предиктори брзог развоја синдрома сагоревања.

У малобројним истраживањима која су до данас спроведена о повезаности механизма одбране и синдрома сагоревања на раду, резултати су често били опречни, и често несагласни са досадашњим уверењем о протективном дејству зрелих механизма одбране. У истраживању утицаја механизма одбране на емоционалну исцрпљеност испитиваних код медицинских сестара, Реган је закључио да зрели механизми одбране немају протективну улогу. Међутим Помпили је дошао до другачијих резултата, па је нагласио да су код медицинских сестара заштитнички од синдрома сагоревања деловали механизми попут рационализације, интелектуализације, изолације, као и порицања, као и мање коришћење замене, регресије и идентификације (107-113). Зашто постоје разлике у различитим истраживањима, да ли је можда узрок разлика у врсти стреса на послу, односно различитој средини, потврдиће даља истраживања.

У истраживању које је 2000. године радила Дедић на војницима у адаптационом периоду, показало се да боље адаптарини војници чешће користе зреле механизме

одбране, док неадаптирани војници користе претежно незреле механизме одбране. Такође и друга истраживања у свету потврђују овакав резултат у војној средини (Крег, 1960; Неуман, 1967 и 1978; Термолен и Јохансен, 1980; Вернс 1982, 1987 и 1988) што смо и ми потврдили у нашем истраживању да ПВЛ са присутним синдромом сагоревања на раду користе незреле механизме одбране.

У нашем истраживању смо добили резултате који су показали да највећи утицај на ниво анксиозности има хумор, док на нивоу личног задовољства најозбиљнији утицај имају хумор и алтруизам.

Сигмунд Фројд је сматрао хумор највишим, зрелим обликом механизма одбране. Такође и Дијагностички и статистички приручник менталних поремећаја (DSM-IV) такође поставља хумор као највишу адаптивну одбрану. Према Фројду, људи углавном користе хумор у ситуацијама када се појављују негативне емоције као што су туга или страх. Суштина хумора, према Фројду, је да појединац кроз хумор поштеђује себе невоља и болних афектата које изазива ситуација поништавајући емоционалну могућност туге, анксиозности, страха. На овај начин, хумор омогућава људима да се суочавају са тешким ситуацијама, а да их не преплављују емоције. Островер је нагласио значај хумора у најтежим ситуацијама, код преживелих из Холокауста током другог светског рата, њих 55-оро, који су током боравка у логорима били адолесценти (201-202).

Користећи хумор, ПВЛ се бране од непријатних ситуација или ширих непријатних мисли на духовит начин, омогућавајући војном особљу да толерише непријатне ситуације и отворено изражава осећања и мисли без личне нелагодности или имобилизације и без стварног утицаја на друге. Тражити духовит аспект у војном окружењу у којем у систему субординације ПВЛ немају контролу, могу им помоћи да то подносе и може чак бити алтруистички чин да помогну другима да се боље слажу.

Порастом скоро хумора расте и задовољство квалитетом живота у сва четири сегмента, као и скорови зрелих механизма одбране, док опада емоционална исцрпљеност и деперсонализација као и анксиозност. Хумор који се показао да делује протективно код синдрома сагоревања и анксиозности, и овде показује најзначајнији утицај на субјективну процену целокупног квалитета живота (202-203).

Такође како расте коришћење антиципације, супресије, сублимације као зрелих механизма одбране, тако расте употреба свих зрелих механизма одбране и задовољство квалитетом живота на домену средине, домена на који укупно сви незрели механизми одбране делују управо супротно. Такође порастом коришћења антиципације опада коришћење неуротских и незрелих механизма одбране као и емоционална исцрпљеност.

Антиципација подразумева да се појединац бори са емоционалним сукобом или унутрашњим и спољашњим стресорима емоционалним реакцијама унапред, односно предвиђањем последица могућих будућих догађаја и разматрањем реалних, алтернативних одговора или решења. Предвиђање је једна од стратегија које се користе у току војне обуке. Предвиђање ситуације пре него што се суочи са њом омогућава лакше ношење са стресом у том тренутку, а такође, омогућава лакше доношење одлуке. Протективна улога овог механизма одбране је изузетно битна у војној средини. У нашем истраживању антиципација штити од емоционалне исцрпљености и повећава осећај задовољства личним постигнућем, штити од синдрома сагоревања на раду (203).

Потискивање омогућава намерно искључење оптерећујућих мисли из свести, и на тај начин штити од развоја анксиозности. Ситуација која се не може разрешити у том тренутку већ само прихватити и њено разрешење одложити омогућава нормално функционисање и поред анксиозности штити од развоја синдрома сагоревања. У војној средини свесно намерно искључење оптерећујућих мисли из свести је основ за функционисање у стресним ситуацијама као што су на пример ратни услови, и омогућава сталожену и прибрану реакцију (204).

Сублимација представља умањење силе нагона коришћењем енергије у другим, обично конструктивним активностима. Сублимација се често комбинује са другим механизмима одбране којима су циљ инхибиција, измештање и симболизација. Свесна употреба рада или хобија са циљем да особа преусмери своје мисли од проблема или од одбијене жеље је аналогна томе. Сублимација је често пожељан механизам одбране. Међутим, последице могу, поред спречавања инстинктивног задовољства, ометати живот особе на друге начине ако се у активностима користе несразмерно време, новац или напор. Међутим ако је начин сублимације пожељан као

на пример физичка активност за сублимирање агресивних нагона, може бити изузетно корисна у заштити од анксиозности и емоционалне исцрпљености, а такође и повећати задовољство личним постигнућем, што је био случај и са нашим испитаницима (205).

На овај начин можемо видети колико је битна заштитна адаптивна улога зрелих механизма одбране. Људи који користе зреле механизме одбране су генерално срећнији и имају боље ментално здравље него особе које користе незреле механизме одбране. Према DSM-IV, зрели ниво одбрамбеног функционисања "резултира оптималним прилагођавањем у решавању стреса", док се ове одбране труде да "максимизирају задовољство и омогућавају свесну свест о идејама, осећањима и њиховим последицама, промовишући оптималан баланс између конфликтних мотива" (110, 113).

Неуротски механизми одбране се доводе у везу са маладаптивним понашањем и бројним психопатолошким последицама, мада у значајно мањој мери од незрелих механизма одбране који се сматрају најмање заштитним. У нашем истраживању сви неуротски механизми одбране су у мањој или већој мери утицали на развој неког сегмента синдрома сагоревања на раду или анксиозности, уз пораст коришћења свих незрелих и неуротских механизма одбране.

Алтруизам је једини неуротски механизам одбране без утицаја на анксиозност и синдром сагоревања. С обзиром да је наше истраживање рађено у војној средини, овај податак је и очекиван. Жртвовање сопственог, не само задовољства, већ и живота зарад очувања задовољства и живота других уз осећање задовољства које проистиче из саможртвовања је основ за функционисање војске, посебно у ратним условима. Алтруизам је у основи херојства, неустрашивости, борбености, као и многих других карактеристика које се највише цене у војној средини (110, 206).

Исто тако алтруизам има позитивно дејство на задовољство квалитетом војне средине у којој раде, као и физичким здрављем. То је механизам одбране од ког се и највише очекивало да ће позитивно деловати на ова два сегмента квалитета живота професионалних војних лица, на основу свих раније изнетих карактеристика овог механизма, односно на првом месту пожртвовањем. Присуство алтруизма може се објаснити личним задовољством за успешно професионално функционисање. Војно

особље пролази кроз разна искуства користећи конструктивну и инстинктивно задовољавајуће услуге за друге. Алтруистичко понашање, чин добре воље према другој особи, може се користити као начин ширења потенцијално анксиозне ситуације. Алтруизам се може користити као одбрамбени механизам, тако што ће бити посебно корисно особи за коју осећају да им се можда не допада или да неутралишу аргумент са позитивношћу и добрим речима. Зато захвалност игра јединствену улогу у друштвеним контактима. Они се осећају захвални када имају користи од нечег скупог, намерног, добровољног напора у њихово име (113, 207)

Коришћењем реактивне формације долази до повећања емоционалне исцрпљености. Реактивна формација је неадаптивни механизам одбране који троши пуно енергија ради заштите Ега од неприхватљивих идеја из Ида. Међутим супротно изражавање емоција и понашања ради прикривања правих води ка развоју емоционалне исцрпљености. Учењем техника правилног изражавања сопствених жеља и мисли надређеном (технике асертивног понашања и говора), а при том задржати понашање које је у складу са чином и положајем појединца би омогућило мање коришћење овог механизма одбране и имало би заштитно дејство од развоја емоционалне исцрпљености (208).

Порастом коришћења поништења као механизма одбране расте анксиозност, а опада задовољство личним постигнућем. Поништењем појединац покушава да повуче несвесна понашања и мисли која су неприхватљива и болна, обично поступајући супротно нагону. У хијерехијским срединама као што је војна, коришћење овог механизма одбране брзо доводи до исцрљења и развоја анксиозности. У нашем узорку највише је деловало на субскалу личног постигнућа, што је и очекивано јер регулисање емоције и на тај начин омогућава већу вулнерабилност према факторима спољашње средине која је од изузетног значаја за развој овог сегмента сагоревања на раду (209).

Порастом коришћења идеализације као механизма одбране расте емоционална исцрпљеност. Идеализација у војној средини је често изузетно лош механизам одбране јер води претераном очекивању, како од самог себе, тако и од идеализованих других (претпостављеног, војске, државе) и неадекватно сагледавања стварности, што

представља прву и главну предиспозицију за развој синдрома сагоревања на раду (210).

Незрели механизми одбране се повезују са маладаптивним понашањем, коришћењем психоактивних супстанци, депресијом, анксиозношћу, суицидом, бројним другим поремећајима (208).

У нашем истраживању порастом коришћења фантазије, пројекције, соматизације, изолације, ектинг-аута, девалвације, пасивне агресије и расцепа понаособ као механизма одбране, расте емоционална исцрпљеност, деперсонализација, анксиозност као и коришћење свих незрелих и неуротских механизма одбране, а опада коришћење зрелих механизма одбране као и задовољство личним постигнућем, док коришћењем померања као механизма одбране расте анксиозност као и коришћењем свих зрелих, незрелих и неуротских механизма одбране, а опада задовољство личним постигнућем. Најмање дејство на анксиозност и синдром сагоревања на раду код наших испитаника имају дисоцијација и рационализација, који делују на пораст коришћења незрелих и неуротских механизма одбране, а смањење коришћење зрелих механизма одбране.

Врста стресора је такође битна, па је очекивано да у војној средини изолација или пак порицање никада не би довели до протекције од синдрома сагоревања већ његовом лакшем развоју (110, 113-115). Такође, утренираност подношења стреса које припадници војске пролазе током обуке, утиче на ПВЛ да међају свесном модификацијом понашање и размишљање приликом суочавања са стресом.

Рационализација омогућава друштвено прихватљиво и очигледно мање или више логично објашњење за чин или одлуку коју стварно производи несвесни импулс. Међутим, рационализација и ако повећава задовољство физичким и психичким здрављем и социјалним односима као сегментима квалитета живота, она не утиче на сегмент војне средине. Особа која рационализује није намерно измишљала причу да би преварила неког другог, већ је уместо тога заваравала себе као и слушаоце. То „заваравање“ има код наших испитаника добро протективно дејство, иако се ради о незрелом механизму одбране. Да ли специфичност средине фаворизује овај механизам одбране, тек треба да се утврди даљим истраживањима.

Порастом коришћења девалвације као механизма одбране опада квалитет живота на субскали средине. Појединац се бави емоционалним сукобом или унутрашњим или спољашњим стресорима приписивањем претераних негативних квалитета себи или другима, што се показало значајним фактором који утиче на смањење задовољства средином у којој се живи. Увек је лакше пронаћи кривца у околини него у себи и својим поступцима, и лично незадовољство према сопственом начину живота и последицама које носи сагледати као незадовољавајућу животну средину (110, 210-212).

Порастом коришћења порицања као механизма одбране расте задовољство квалитетом физичког здравља и социјалних односа. Непрепознавање очигледних импликација или последица мисли, дела или ситуације. Вероватно порицање повећава вредност задовољства здрављем управо занемаривањем тегаба. Међутим показало се да делује заштитно и на сегмент социјалних односа. Вероватно сагледавање негативних свакодневних ситуација на тај начин омогућава добру социјалну адаптираност у војној средини и лакше прихватање неких непромењивих, првенствено хијерархијских односа.

Такође, употреба незрелих механизма одбране доводи до емоционалне исцрпљености. У нашем истраживању је доказано да са порастом скорова незрелих механизма одбране расте скор деперсонализације.

Вредности скорa емоционалне исцрпљености су повезане са вредностима скорова деперсонализације, расту и опадају заједно, али не и са скором личног постигнућа. Вредности скорa деперсонализације су повезани са вредностима скорa емоционалне исцрпљености, расту и опадају заједно, док више скорове деперсонализације прате мањи скорови личног постигнућа. Ово говори у прилог томе да се сви сегменти синдрома сагоревања морају интерпретирати и посматрати заједно и да чине нераскидиву целину која тек као таква даје увид у постојање синдрома сагоревања (143).

Емоционална исцрпљеност, деперсонализација и задовољство личним постигнућем у оквиру синдрома сагоревања утичу на све сегменте квалитета живота па са порастом синдрома сагоревања у овом сегменту опада квалитет живота у свим

сегментима, чиме смо доказали нашу хипотезу да постоји негативна корелација између квалитета живота и синдрома сагоревања на раду.

Можемо видети да ни један зрели или неуротски механизам одбране нема подстицајно дејство на развој анксиозности и свих сегмената синдрома сагоревања у односу на незреле механизме одбране, првенствено коришћења фантазије, пројекције, соматизације, изолације, ектинг-аута, девалвације, пасивне агресије и расцепа.

Емоционална исцрпљеност је стресна компонента синдрома сагоревања. Главни узрок синдрома сагоревања је несклад између очекивања на послу и способности појединца да их задовољи (110, 143). Емоционална исцрпљеност има озбиљне здравствене последице и често се сматра главном димензијом синдрома сагоревања.

Развој емоционалне исцрпљености је процес који почиње са физичким, касније и менталним умором, што има за последицу опадање радне ефикасности, коначно до губитка жеље за радом (110, 113, 142-154).

Код војног особља је синдром сагоревања присутан када се задовољство послом смањује због финансијских проблема и незадовољства радним местом и штетних физичких / психолошких утицаја на синдром сагоревања. Негативна реакција укључује емоционални фокус, спору или слабу реакцију или одсуство било каквог покушаја решавања проблема.

Посматрано по годинама живота, емоционална исцрпљеност (ЕЕ) је највиша код ПВЛ млађих од 30 година живота, што се може објаснити финансијским проблемима који су значајан фактор стреса. Млади и ожењени ПВЛ имају кредите за станове или плаћају месечни најам за изнајмљене станове у којима живе сами или са својим породицама.

Са друге стране, старија професионална војна лица имају већу позицију у јединицама и мање проблема у систему субординације. Поред несумњивих предности за ефикасан и квалитетан рад старији запослени могу имати проблеме са прихватањем технолошких иновација које теже усвајају, што је додатни стрес за посао који обављају.

Утицај синдрома сагоревања на квалитет живота је несумњив, имајући у виду тегобе које га карактеришу. Физички симптоми синдрома сагоревања као што су замор, малаксалост, главобоља, несаница, стомачне тегобе, или пак симптоми који су

повезани са понашањем као што су раздражљивост, бес, ниска толеранција на фрустрацију, импулсивност, проблеми у односима у породици и на послу, као и когнитивни и афективни симптоми као што су преосетљивост, емоционална ригидност, туга, затвореност, песимизам, лоше расположење, недостатак пажње, осећај губитка и безнадежности имају велики утицај на квалитет живота, делујући на физичко и психичко здравље, али и квалитет социјалних односа и околине (212-215).

Емоционална исцрпљеност делује на све сегменте квалитета живота што је и очекивано. Развој овог централног феномена синдрома сагоревања доводи до психолошке исцрпљености, премора, немогућности да се првенствено на послу али и у другим сегментима живота психолошки инвестира. Емоционална исцрпљеност се и у другим истраживањима издаваја са утицајем на све сегменте живота. У нашем истраживању показало се да емоционална исцрпљеност утиче на смањење квалитета живота у свим сегментима, док је деперсонализација утицала на опадање квалитета психичког и физичког здравља. Исто тако, како расте задовољство личним постигнућем тако расте и задовољство квалитетом социјалних односа (212-213).

Вредности одговора на прва два питања којима се процењује целокупан квалитет живота прате вредности сва четири сегмента квалитета живота. Одговор на само ова два питања може дати увид у квалитет живота појединца. То и јесу питања којима се даје оцена целокупном квалитету живота и оцена квалитета физичког здравља.

У Војсци постоји колективни осећај друштвене и психолошке повезаности са јединицом када колективни интереси надјачавају индивидуалне интересе у оперативним и радним групама којима припадају. Прилагођавање војном окружењу позитивно утиче на војно особље, јер су се "идентификовали" са војним окружењем, постоји кохезија и мотивација за обављање заједничких задатака и уверење да не постоји боља професионална алтернатива која би задовољила њихове потребе. Међутим, проблематични и поремећени односи са неким колегама и чести међуљудски сукоби узрокују неизбежне стресне ефекте који се манифестују различитим симптомима што има за последицу да ПВЛ постају емоционално исцрпљени или преоптерећени послом. Међутим, с друге стране, подршка колега може смањити дејство стресора који се односе на већу ефикасност на послу (214-216).

У случајевима када емоционална исцрпљеност опада, без обзира што постоји добра атмосфера на послу и добра међуљудска комуникација, она се може повећавати у тренутку када ПВЛ постану свесни да ће бити успешнији и боље награђени уколико би радили неки други боље плаћен посао.

После сагледавања утицаја механизма одбране на синдром сагоревања и анксиозност можемо претпоставити какав је њихов утицај и на квалитет живота. Постоји изузетно мали број истраживања који се бави овом темом, а посебно у средини као што је војна, односно средини са највишим нивоом стресора.

У нашем истраживању показало се да зрели и неуротски механизми одбране не утичу на квалитет живота, док незрели утичу на смањење задовољства квалитетом војне средине у којој испитаници раде, чиме је потврђена наша хипотеза да постоји значајна корелација између механизма одбране и квалитета живота ПВЛ

Војна средина је и иначе најлошије оцењена од стране наших испитаника. Лоши и нерешени услови становања, мала плата, немогућност обезбеђења превоза и слично, вероватно више делују на испитанике који првенствено користе незреле механизме одбране. То је исто видљиво и ако посматрамо незреле механизме одбране посебно, па порастом коришћења фантазије, поништења, пројекције, соматизације, померања, изолације, ектинг-аута, пасивне агресије, расцепа, утиче на квалитет живота у сва четири сегмента (215-219).

Што се тиче односа синдрома сагоревања на раду, анксиозности и квалитета живота, рађена су истраживања, опет не тако бројна, али у значајно већем броју и обиму у односу на истраживања која су се бавила утицајем механизма одбране на синдром сагоревања и квалитет живота. Међутим истраживања односа синдрома сагоревања на раду, анксиозности и квалитета живота у војној средини су ретка.

Резултати нашег истраживања показују да су професионална војна лица са нижим степеном синдрома сагоревања на раду мање анксиозна, да користе зреле механизме одбране и да имају перцепцију бољег квалитета живота.

Синдром сагоревања је резултат продуженог стреса на радном месту. Немогућност ефикасног супродстављања стресорима на радном месту може довести до негативних психосоцијалних и физичких последица. Ниво задовољства радом је важан фактор који утиче на здравље запослених у војној средини. Војно особље

суочено са стресом на радном месту указује на тренутни, али пролазни процес маладаптације. Њихово сагоревање је резултат њиховог психолошког стања насталог услед маладаптивних стратегија за суочавање са дуготрајним стресом у интерперсоналној комуникацији у војном окружењу. Прате га физички и психолошки симптоми и наступа када су способности прилагођавања запосленог у супротности са захтевима радног окружења. С друге стране, синдром сагоревања се може сматрати последњом фазом процеса маладаптације, када настаје колапс адаптације на војну средину. Синдром сагоревања је резултат конфликтних улога или пролонгираним професионалним стресом и фрустрацијом узрокованим анксиозношћу у свакодневном животу. Синдром сагоревања је индикатор да ПВЛ има превелика очекивања од себе у свим друштвеним улогама које обављају. Они су емоционално исцрпљени, деперсонализовани и са ниским личним постигнућима.

Поред тога, сагоревање може бити проузроковано неусклађеношћу између природе посла и личности. Суочавање са синдромом сагоревања интензивира такозвану отпорност која представља трајне снаге или аспекте личности који помажу човеку да се издигне изнад животних несрећа и изгради ефикасан стил борбе са проблемима, што доводи до актуелизације људских капацитета (појединаца, групе и заједнице) чији је циљ намерно суочавање са стресним околностима на емоционално и физички здрав начин. Да ли ће доћи до сагоревања или не, зависи од много фактора, а структура личности је нарочито значајна, а њен начин практичне манифестације суочавања са стресорима радне и породичне средине варира од беспомоћних и слабих са ниском толеранцијом на фрустрације до стабилних и јаких личности са високом толеранцијом на фрустрације (220-223).

Наше истраживање је показало да је више од 10% војног особља имало умерен ниво синдрома сагоревања, незнатан део високог нивоа. У поређењу са истраживањима у другим армијама, синдром сагоревања у Војсци Србије је мање уочен него у другим армијама. ПВЛ су показали да је синдром сагоревање на раду присутан када се задовољство посла смањује због финансијских и социјалних ефеката незадовољства радним местом и присуством штетних физичких / психичких утицаја. Негативан начин бављења стресом повезан је са анксиозношћу. Синдром сагоревања је повезан са анксиозношћу, што потврђују резултати нашег истраживања, где је код

преко 16% испитаника утврђено присуство анксиозности умереног и високог нивоа. Наше истраживање је показало да је ниво анксиозности позитивно повезан са нивоом сагоревања на субскали ЕЕ ($p < 0.05$) и субскали DP ($p < 0.01$). Негативна реакција укључује емоционални фокус, спору или слабу реакцију или одсуство било каквог покушаја решавања проблема.

Међутим, упркос бројним истраживањима која су спроведена, веза између ова два поремећаја није јасна. Анксиозност се дефинише као осећај плутајућег страха, срамоте и нелагодности. То је нормална реакција на стресну ситуацију, међутим, ако траје дуже и ако особа не може да је контролише, у питању је поремећај. Суочавајући се са стресом, појединац активира позитиван или негативан начин суочавања са стресном ситуацијом. Употреба одбрамбених механизма мења индивидуалну перцепцију, како унутрашње тако и спољне реалности. У нашем истраживању смо утврдили да су код ПВЛ зрели одбрамбени механизми повезани са нижим нивоом синдрома сагоревања, анксиозност је мања и имају бољу перцепцију квалитета живота.

Осим тога, у нашем истраживању незреле механизме одбрамбене користе ПВЛ са умереним нивоом синдрома сагоревања у MBI-DP, што је у складу са резултатима бројних студија у којима је повезан овај одбрамбени механизам са маладаптивним понашањем (221-225).

Међусобно поређење упитника BREF-а и MBI, DSQ-40 и BAI указује на то да постоји негативна корелација са свим горе наведеним резултатима. То значи да су веће вредности BREF резултата у корелацији са нижим вредностима упитника BAI, емоционалном исцрпљеношћу (ЕЕ) и деперсонализацијом (DP) на упитнику MBI, као и са укупним просечним резултатом групе незрелих механизма одбране на DSQ-40, и обрнуто.

Постоји статистички значајна корелација између вредности укупног резултата BAI упитника и све три подскеале синдрома сагоревања, што је у складу са резултатима других истраживања.

Рационализација и девалвација имају значајан утицај на развој синдрома сагоревања у субскали MBI-PA. Нека истраживања показују да су неки одбрамбени механизми знатно вероватније коришћени код анксиозности и код депресивних

поремећаја, а да су девалвација и пројекција знатно чешћи код депресивних поремећаја у поређењу са анксиозним поремећајима. Пошто су преплетене компоненте сва три поремећаја, можемо рећи да је потребно више истраживања како би се разликовали механизми одбране који су битни за развој синдрома сагоревања (223-226).

Као што показују резултати нашег истраживања, зрели механизми одбране су повезани са добром адаптацијом на стрес и добрим менталним и физичким здрављем, прати их боља перцепција квалитета живота, нижи ниво анксиозности, нижи ниво синдрома сагоревања. Поред наведеног, многе студије су потврдиле да су зрели механизми одбране повезани са вишим нивоом квалитета живота. Под истим тешким условима, у истој беспарици, у истим условима нерешености стамбеног питања, кредита за стан или аутомобил, ПВЛ који користе зреле механизме одбране бивају задовољни средином у којој живе, јер им ови механизми одбране омогућавају боље сагледавање ситуације, адаптирање на постојеће услове, прихватање непроменљивих ствари уз мењање променљивих (224-226).

7. ПРЕВЕНЦИЈА СИНДРОМА САГОРЕВАЊА У ВОЈНОЈ СРЕДИНИ

Имајући у виду да стрес на послу настаје због конфликта између захтева радне средине и способности појединца, у превенцији синдрома сагоревања на раду у војној средини је потребно кориговати и прилагодити један или други фактор, или оба. Пошто је то један комплексан проблем ни решење не може бити универзално и једноставно.

Универзални принцип је побољшање услова рада и оспособљавање ПВЛ да се изборе са стресом. Програм превенције по консензусу треба да садржи следеће поступке: препознавање стреса, процену стреса, антистресну интервенцију, надзор и евалуацију.

По препознавању присуства стреса и идентификације стресора, треба предузети мере за борбу против стреса. У упутствима се разматрају најразличитије врсте интервенција, остављајући избор најефикасније комбинације према циљној популацији, у нашем случају ПВЛ, а у складу са специфичним карактеристикама дате

ситуације у радном окружењу као што је војна средина. Могућа листа интервенција по типовима, од оних усмерених на радно окружење до оних које се односе на индивидуу садржи: интервенције у области законодавства и социјалне подршке, на шта је у војној средини тешко утицати, као и интервенције у области технологије и организације посла, интервенције на радном месту у смислу побољшања радне средине и аранжирања радних места према ергономским критеријумима, интервенције на побољшавању индивидуалних одговора и понашања и специфичне интервенције на заштити и промоцији здравља.

Превенција може бити: примарна (побољшање услова рада, организације рада, међуљудских односа), секундарна (едукација и обука запослених) и терцијална (развој осетљивијег и одговорнијег система и унапређење здравља запослених).

Различите стратегије превенције синдрома сагоревања на раду указују на два смера интервенција: на превенцију његове појаве у војној средини и на лечење када се већ испољио. Обе стратегије имају заједнички циљ да се помогне ПВЛ који испољавају синдром сагоревања на раду да се консолидују и да нађу нове вештине које би ублажиле његову појаву. Превенција може бити примарна (уклањање стресора у овом случају), секундарна (рано препознавање и лечење) и терцијална превенција (рехабилитација и превенција релапса).

Примарна превенција синдрома сагоревања је у домену психологије, а неке од мера су следеће: учење стратегија борбе са стресом (учење релаксационих техника, делегација одговорности (како рећи “не”), профилакса фрустрације (смањењем лажних нада и очекивања), бављење хобијем (спорт, култура, боравак у природи), одржавање чврстих и стабилних личних и социјалних веза, религија и духовност.

Секундарна превенција у комбинацији са примарном превенцијом се односи на промену услова који доводе до синдрома сагоревања, и могу се односити на услове на послу и усмерена је ка ПВЛ. Ту спадају превентивне мере које се односе на побољшање услова на послу кроз стварање и одржавање “здравог радног окружења” (начин комуникације, време на послу...), признавање радног учинка (награда, новац, захвалност...), обука надређених (“кључна улога” у превенцији синдрома сагоревања). С друге стране у превентивне мере које су усмерене ка запосленом спадају: адекватна професионална селекција и распоређивање на радна места према афинитетима у

складу са стручном спремом, специфични програми за праћење рада на радним местима под посебним оптерећењем (пилоти, војна полиција, лекари и др), као и редовни систематски прегледи који укључују медицинско-психолошки мониторинг запослених са циљем препознавања особа у ризику за развој синдрома сагоревања на раду у војној средини.

Превенцију синдрома сагоревања на раду можемо сагледати и са три друга нивоа: индивидуалног, организационог и комбинацијом индивидуалног и организационог.

Индивидуални приступ се односи првенствено на борбу са стресом и састоји се из шест нивоа:

1. Самопраћење (сељфмониторинг) - препознавање знакова и симптома стреса, дневник стреса (месец дана, стресне ситуације, околности, последице)
2. Само тестирање различитим упитницима (оријентационо)
3. Дидактичка борба са стресом - кроз учење и информације о стресу, тегобама, борби, превенцији, путем медија (ТВ, новине, интернет.); овде је негативно што постоји могућност да се развије тзв “синдром студента медицине” који читајући о разним болестима препознаје симптоме и знаке код себе, којих заправо нема
4. Промоција здравог начина живота - најбоље је описује старогрчка сентенца “Men sana in corpore sano”, што значи да здрава исхрана, редовна и одговарајућа физичка активност, довољно сна, некоришћење алкохола и дувана, одговарајућа телесна тежина одржавају физичко здравље и доприносе значајно очувању психичког здравља
5. Когнитивно-бихејвиоралне технике - опште је познато да индивидуа не реагује на реалну ситуацију већ на сопствену интерпретацију дате ситуације. Самим тим когниција (мисли), осећања и понашање су нераскидиво повезани и утичу једно на друго. Па уколико особа почне да другачије посматра ситуацију и да мисли о њој, одмах долази до мењања и осећања и понашања.
6. Релаксација - основа успешне борбе са стресом. Користе се технике мишићне релаксације, дисања, медитације..

Организациони ниво се фокусира на само радно окружење – супервизију стреса у радном окружењу, елиминацију или редукцију стреса на послу, побољшање усклађености запослених и организације, институционализација здравствених пројеката и сервиса. Ту спадају:

- Провера стреса кроз анонимне упитнике током радног времена, дискусија резултата са запосленима, проналажење решења, дискусије о проблемима
- Побољшање услова на послу и садржаја посла - јасно дефинисати захтеве и правила, редизајн посла кроз три корака - повећањем разноврсности посла, обогаћењем посла повећањем самосталности и одговорности и ротација на послу.
- Развој руковођења - руководиоци имају две главне улоге у одржању здраве радне средине: улога вође у смислу адекватне борбе са стресом, самосвесности, решавања проблема и конфликта, руковођења временом, емпатија са подређенима и сличног, и улога тријажног агента који треба да помогне подређенима и да их упути одговарајућем професионалцу ради решавања проблема. Због тога је едукација претпостављених изузетно битна.
- Рекреацијски програми који побољшавају опште здравствено стање запослених али и кохезивност војног колектива
- Решавање конфликта и комуникација. Комуникација од најниже подређеног ка највише надређеном и обрнуто треба да постоји и буде функционална ради детекције и решавања конфликта;

У **индивидуално-организацијском приступу**, фокус интервенција је на граници између посла (организације) и индивидуе (запосленог) са циљем да развије свест, побољша технике борбе са стресом, пружи емоционалну и инструменталну подршку на послу, као и лечење синдрома сагоревања код појединаца. Ту спадају:

- Скрининг особа под стресом помоћу разних инструмената за детекцију стресора, начина борбе са њима и стресогене реакције
- Временска организација - смањење временског притиска кроз стицање адекватног знања за обављање одређених дужности, истицање приоритета и детекција “крадљивца времена” (телефонски позиви, посете..); време се мора контролисати, штедети и организовати

- Побољшање интерпесоналних односа - одговарајућа комуникација и разумевање надређених, подређених, сарадника и "клијената", адекватно изречени захтеви, слушање потреба других
- Стварање реалне слике посла - без лажних нада и идеалистичких очекивања
- Одржавање равнотеже између приватног и пословног живота - Дунерман и сарадници (1991) дају практичне савете како да се одвоји приватни од пословног живота постављањем граница, неношењем посла кући, активностима које пружају растерећење. Маслах и Зимбардо (2003) предлажу концепт "декомпресије" наводећи да треба да постоји простор и време између посла и повратка кући које ће запослени користити за релаксацију на начин који му највише одговара кроз шетњу, маштање, разгледање излога, тренинг..
- Специјализовано саветовање се спроводи када се синдром сагоревања већ развије, поред већ наведених превентивно-терапијских метода. Спроводи се кроз три фазе: одређивање главних узрочника и стресора, решавањем проблема и враћањем у нормалан живот са одржавањем баланса.

Истраживања у цивилној средини указују да у спречавању синдрома сагоревања на раду значајнију улогу имају ситуациони (организацијски) фактори од индивидуалних. У односу на наведено, војна средина је специфична и разликује се од цивилних средина својом ригидношћу и немогућност промене, те у систему војне субординације, промене у организационом приступу су тешко оствариве, тако да је акценат у превенцији синдрома сагоревања на раду у војној средини у превенцији индивидуалних фактора. Организациони фактори који би могли утицати на спречавање настанка синдрома сагоревања у војном окружењу односе се на побољшање финансијске ситуације, плаћене рекреативне одморе и смањење професионалних обавеза.

Промене индивидуалних фактора односе се на сналажење са изазовима кроз учење вештина (релаксација, учење комуникације са људима, стицање самопоуздања, медитација) као и на промене у бољем сналажењу у војном колективу, учење стратегија повратка на посао после одмора, мере опуштања. Сматра се да је најбоља комбинација примена обе стратегије. Фокус је на радном ангажовању, што представља супротност синдрому сагоревања на раду са циљем да се створе нове могућности

интервенције које ће спречити или ублажити његову појаву. Један од успешних начина подизања отпорности на стрес је стратегија самопомоћи која препоручује да се најпре сагледају које су ситуације стресне, а затим да ли је могуће те ситуације ублажити или евентуално избећи. Од значаја су и методе самопомоћи као што су: развијање самоконтроле и одговорности, узимање чешћих и краћих годишњих одмора, неговање оптимистичког погледа на свет, спремно суочавање са стресом на послу итд. Препоручују се и физичка активност и релаксација, чији ефекти доводе до редукције анксиозности и замора.

Начини самопомоћи који се могу применити су: самоопажање властите изложености стресу и његових последица, процена колико проблеми на послу имају утицај на спавање, односе у породици, исхрану, структурисање времена (одређивање приоритета задатака, прављење распореда рада и одмора за сваки дан), постављање граница (професионални циљеви морају бити јасни, реални и оствариви, мора се омогућити одмор), посматрање унутрашњег „дијалога“ (преформулација негативних реченица („не могу“, „не знам“) у позитивне („могу“, „знам“), техника самоохрабривања: наћи позитивне ставове у животу који доминирају, постати свестан узрочника стреса), коришћење техника релаксације (пасивне - слушање музике, читање, спавање и активне - све технике које доводе организам до опуштања), неговање међусобних односа са колегама на послу, међусобну подршку која поспешује рад и умањује факторе који доприносе јављању синдрома сагоревања на раду. Потребно је развијати вештине комуникације са другима које доприносе превенцији јављања синдрома сагоревања на раду. У тежим случајевима који дуго трају препоручује се психотерапијски третман. Појединци, свесни значаја који у појави синдрома сагоревања на раду има њихов посао, а у немогућности да спрече његову појаву, једини излаз за себе налазе у промени радног окружења, те напуштају посао. (Г.Дедић, ВСП, 2004.) (54, 85, 121, 227-231).

6.1. Позитивне стране синдрома сагоревања

Синдром сагоревања може бити и значајно развојно искуство.

Истраживачи се слажу да би неко сагорео, прво мора да "гори". Они који високо лете, имају високе циљеве и тежње, лакше падну. Особе без велике иницијалне мотивације могу да доживе стрес, тешкоће, депресију и кризе, али не и синдром сагоревања. Зато постоји парадокс – највреднији и најуспешнији професионалци су они који имају баш из тог разлога највећи ризик од појаве синдрома сагоревања на раду. Фрауденбергер је овај синдром назвао “синдром високог достигнућа”. То је болест људи са великим жељама, циљевима, могућностима, болест “младих звезда у успону”. Неуспешни и неперспективни не развијају овај синдром. Такође, ентузијастички свој идентитет често поистовећују са успехом у послу. Због тога они не препознају и не признају своје тегобе јер сам неуспех и немогућност борбе и пад на послу руши сам идентитет. Они су обично током живота доживљавали само успехе и не знају да се боре са падом и неуспехом.

У складу са наведеним, суштина синдрома сагоревања у војној средини је у односу ПВЛ и посла, у начину на који он/она доживљава посао и колико сагледава своје могућности и види избор, колико преузима сопствену одговорност за доношење одлука и не пребацује је на друге (колеге, надређеног, војну организацију...). При контакту са војном средином, својим радним окружењем, појединац интерпретира оно што му се супротставља, даје смисао овом тумачењу и понаша се у складу са тим. На овај начин, синдром сагоревања је резултат начина на који се ПВЛ носе са карактеристикама војне средине у којој раде.

Код већине људи који имају синдром сагоревања на раду долази до губитка посла и здравља или бар успорења напретка и достигнућа. Међутим код одређеног броја људи овај синдром има и позитиван утицај делујући као катализатор преображаја и сопственог развоја.

Позитиван утицај синдрома сагоревања се дешава онда када је особа спремна да прихвати сопствену улогу и одговорност за своје поступке и развој синдрома сагоревања и поред значајног утицаја других фактора, што све може да представља предуслов за учење борбе против стреса на радном месту. Други битан фактор је

“одржавање” односно подршка "других" (породице, колега, психолога, психијатра) који олакшавају пролаз кроз сагоревање, али предуслов за њено задовољење је да особа препозна да јој је помоћ потребна. Трећи фактор је сазревање личности, у смислу редефинисања ставова о себи, уз рефлексивност и усвајање нових ставова, система вредности и промена у мишљењу.

Оно што је најповољнија последица синдрома сагоревања је препознавање сопствених ограничења, слабости, тражење помоћи и граница као и одмрзавање залеђеног сопственог осећаја себе. Особе имају реалнију слику својих могућности и способности, уз развој осећаја припадности, перспективе и равнотеже. Такође, синдром сагоревања не мора само да буде препрека за раст и развој личности већ може да је доведе до њеног сазревања, првенствено рушећи идеале, прихватањем реалног несавршеног себе и сопственог развоја. Синдром сагоревања доноси увид да свако фокусирање и улагање потпуно у посао неминовно води сагоревању и да је излаз у тражењу баланса и задовољства и у другим сферама живота, а не само у послу.

Поједини аутори синдром сагоревања називају „пут хероја“, позив на брзо и ургентно учење о себи. Они сматрају да синдром сагоревања не треба избегавати и да је најбоље што се може десити људима који су превелики ентузијастички и радохолици управо да сагоре. Да уче из искуства, да се трансформишу, да стекну реалну слику света и себе, јер се тако формирају најбоље вође који се по својој способности учења, сагледавања, људскости, додајући вредности својим професионалним способностима.

По речима Аристотела „ Оно што морамо да научимо да радимо, учимо радећи.“. Вође уче радећи, обављањем својих задатака, суочавајући се са задацима на послу, надређенима - позитивним и негативним, и тешкоћама и препрекама.

Пролажење кроз осећај губитка контроле, беспомоћности, очаја, доводи до боље спознаје оног ко је и шта је, као и сопствених могућности и граница као и издржљивости и јачине, постављања одговарајуће перспективе посматрања ситуације, развоја самоодговорности, осећања за себе и друге. Њихов идентитет је срушен и поново саграђен. Њихова слика о свету и њима самима је реална и омогућује им адекватну даљу борбу са стресом и даље боље напредовање. Зато је синдром сагоревања катализатор развоја и способности.

Признати симптоме синдрома сагоревања је изузетно тешко ентузијастима. То аутоматски нарушава сопствену слику о себи, слику других, нарушава каријеру, напредовање, показује да је особа слаба, неконкурентна, са мање потенцијала, због чега се синдром касно препознаје. То су обично највредније, талентоване особе које својој организацији највише доприносе (232).

ЗАКЉУЧАК

1. ПВЛ највише користе зреле механизме одбране, затим неуротске, а најмање користе незреле механизме одбране.
2. Код највећег броја ПВЛ регистрована је минимална анксиозност.
3. ПВЛ су највише задовољни квалитетом својих социјалних односа, а затим психичким и физичким здрављем, а најмање условима средине у којој живе и раде.
4. Регистрован је низак ниво синдрома сагоревања на раду ПВЛ на све три субскеале синдрома сагоревања на раду.
5. Постоји негативна корелација између синдрома сагоревања на раду и квалитета живота.
6. ПВЛ са присутним синдромом сагоревања на раду користе незреле механизме одбране.
7. Постоји позитивна корелација између анксиозности и све три субскеале (Емоционална исцрпљеност, Деперсонализација и Лично постигнуће) синдрома сагоревања; са порастом анксиозности, расте степен синдрома сагоревања.
8. Постоји негативна корелација између анксиозности и квалитета живота; са порастом анксиозности опада квалитет живота у свим доменама.
9. Зрели механизми одбране су повезани с нижим нивоом синдрома сагоревања, анксиозност је мања и имају бољу перцепцију квалитета живота.
10. Хумор је најзначајнији механизам одбране у заштити од појаве анксиозности. Порастом скора хумора расте и задовољство квалитетом живота у сва четири домена, као и скорови зрелих механизма одбране, док опада емоционална исцрпљеност и деперсонализација као и анксиозност. Антиципација негативно корелира са неуротским и незрелим механизмима одбране као и емоционалном исцрпљеношћу. Алтруизам позитивно корелира са квалитетом физичког здравља и задовољством професионалне средине, а без утицаја је на анксиозност и синдром сагоревања
11. Професионална војна лица са нижим степеном синдрома сагоревања на раду су мање анксиозна, користе зреле механизме одбране и имају перцепцију бољег квалитета живота.

12. Пол и брачно стање ПВЛ не утичу на квалитет живота, механизме одбране, анксиозност и синдром сагоревања на раду.
13. Старији ПВЛ имају израженију емоционалну исцрпљеност, лошији квалитет психичког и физичког здравља и социјалних односа.
14. ПВЛ са нижим образовањем чешће користе неуротске и незреле механизме одбране.
15. Постоји позитивна корелација између пораста нивоа образовања и домена средине квалитета живота, а негативна корелација између пораста нивоа образовања и употребе незрелих и неуротских механизма одбране.
16. Постоји позитивна корелација између присуства соматске болести и емоционалне исцрпљености, деперсонализације, анксиозности, незрелих механизма одбране, а негативна корелација између присуства соматске болести и квалитета живота.
17. Мере превенције синдрома сагоревања на раду у војној средини се односе првенствено на промене индивидуалних фактора као и на побољшање организационих карактеристика живота и рада у војној средини.
18. Синдром сагоревања може имати и позитиван утицај и довести до сазревања личности уз нову рефлексивност, промене ставова и система вредности

ЛИТЕРАТУРА

1. Nikolovski B. Razvoj oružanih snaga. Beograd: Vojnoizdavačka delatnost; 1987.
2. Djordjević B. Istorija srpske ratne veštine. Beograd: Vojnoizdavački zavod; 2000.
3. Kovač M, Stojković D. Strategijsko planiranje odbrane. Beograd: Odbrana; 2009.
4. Jovanović D. Informacioni sistemi logistike. Beograd: Odbrana; 2013.
5. Kovač S, Popović Grigorov I. Vojna služba bezbednosti u Srbiji. Beograd: Odbrana; 2013.
6. Mladenović D. Međunarodni aspekt sajber ratovanja. Beograd: Odbrana; 2012.
7. Dedić G. Prilagodjavanje vojnika na vojnu sredinu. Beograd: Novinsko-izdavački centar Vojska; 2001.
8. Šaranović J, Kilibarda Z. U korak s vremenom. Beograd: Odbrana; 2011.
9. Andrejić M, Čabarkapa O. Timski rad u sistemu odbrane. Beograd: Odbrana; 2012.
10. Zakon o odbrani. Beograd: Službeni list SRJ; 1993.
11. Zakon o Vojsci Srbije. Beograd: Službeni glasnik RS; 116/07.
12. Damjanov P, Mladenovic M. Letopis Garde 1830-2000. Beograd: Novinsko izdavacki centar Vojska; 2002.
13. Babac D, Vasić C. Garda u Srbiji. Beograd: Zavod za udžbenike; 2009.
14. Kraljeva Garda. Za kraljeve gardiste. Beograd; 1921.
15. Uprava za ljudske resurse J-1 Generalštaba Vojske Srbije. Uputstvo za izbor kandidata za popunu Vojne policije i jedinica Vojne policije specijalne namene; 2008.
16. Uprava za ljudske resurse J-1 Generalštaba Vojske Srbije. Uputstvo za izbor kandidata za popunu jedinica Garde profesionalnim pripadnicima Vojske Srbije i vojnicima na služenju vojnog roka; 2008.
17. Monroe SM, Slavich GM. Psychological stressors overview. Enc Stress 2007; 2(3): 278-84.
18. Hudek-Knežević J, Kardum I. Stres i tjelesno zdravlje. Zagreb: Naklada slap; 2006.
19. Ho J, Ngai SPC, Wu WKK, Hou WK. Association between daily life experience and psychological well-being in people living with nonpsychotic mental disorders. Protocol for a systematic review and meta-analysis. Medicine 2018; 97(4): e 9733.

20. Janssen M, Heerkens Y, Kuijer W, van der Heijden B, Engels J. Effects of mindfulness-based stress reduction on employees' mental health: A systematic review. *PLoS One* 2018; 13(1): e0191332.
21. Moreno-Villanueva M, Bürkle A. Molecular consequences of psychological stress in human aging. *Exp Gerontol* 2015; 68: 39–42.
22. Calice da Silva C. Estrogen-dependent effects on behavior, lipid-profile, and glycemic index of ovariectomized rats subjected to chronic restraint stress. *Behav Processes* 2014; 103: 327–33.
23. Blaug R, Kenyon A, Lekhi R. *Stress at work*. London: The work foundation; 2007.
24. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*. 1979; 37(1): 1-11.
25. Crowley B.J, Haysli B.J, Hobdy J. Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *J Adult Dev* 2003; 10(4): 237-48.
26. Klimes-Dougan B, Klingbeil DA, Hourli A, Cullen KR, Gunlicks-Stoessel M, August G. A pilot study of stress system activation in children enrolled in a targeted prevention program: implications for personalization. *Int J Mol Sci* 2018; 19(2): 361.
27. Kobasa SC, Maddi SR, Courington S. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *J Health Social Behav* 1981; 22(4): 368-78.
28. Janjhua Y, Chandrakanta J. Behavior of personality type toward stress and job performance: a study of healthcare professionals. *Family Med Prim Care* 2012; 1(2): 109–13.
29. Ho SM, Chan MW, Yau TK, Yeung RM. Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychol Health* 2011; 26(3): 269–85.
30. Kurtović A. Odnos atribucijskih dimenzija, negativnih životnih događaja i depresivnosti: provjera modela beznadnosti. *Psihologijske teme* 2007; 16(1): 159-182.
31. Šupe S, Poljaković Y, Kondić LJ, Unušić U, Alvir D. Neurološke osnove stresa i rizik razvoja moždanog udara. *Neurol Croat* 2011; 60(1): 21-8.
32. Watson P, Burges B, Bradley A. The evolution of the molecular response to stress and its relevance to trauma and stressor-related disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 68: 134-47.

33. Chou A, Krukowski K, Jopson T, Zhu PJ, Costa-Mattioli M, Walter P, Rosi S. Inhibition of the integrated stress response reverses cognitive deficits after traumatic brain injury. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2017; 114(31): e6420-6.
34. Klose M, Feldt-Rasmussen U. Chronic endocrine consequences of traumatic brain injury - what is the evidence? *Nat Rev Endocrinol* 2018; 14(1): 57-62.
35. Ian P. Burges Watsona. The evolution of the molecular response to stress and its relevance to trauma and stressor-related disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 68: 134-47.
36. Omidvar S, Faramarzi M, Hajian-Tilak K, Nasiri Amiri F. Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy life styles. *PLoS One* 2018; 25: 13(1): e0191723.
37. Kuester A et al. Comparison of DSM-5 and proposed ICD-11 criteria for PTSD with DSM-IV and ICD-10: changes in PTSD prevalence in military personnel. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8(1): 1386988.
38. Spencer RL, Chun LE, Hartsock MJ, Woodruff ER. Glucocorticoid hormones are both a major circadian signal and major stress signal: how this shared signal contributes to a dynamic relationship between the circadian and stress systems. *Front Neuroendocrinol.* (serial on the Internet). 2017 Dec (cited 2017 Jun 12). Available from www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091302217301036?via%3Dihub
39. Glover E. Inhibition of fear is differentially associated with cycling estrogen levels in women. *J Psychiatry Neurosci* 2013; 38(5): 341-8.
40. Areej M. Assaf, Reem Al-Abbassi, Maysaa Al-Binni. Academic stress-induced changes in Th1- and Th2-cytokine response. *Saudi Pharm J.* 2017; 25(8): 1237-47.
41. Viskaitis P et al. Modulation of SF1 neuron activity coordinately regulates both feeding behavior and associated emotional states. *Cell Rep* 2017; 21(12): 3559-72.
42. Subnis UB, Starkweather AR, McCain NL, Brown RF. Psychosocial therapies for patients with cancer: a current review of interventions using psychoneuroimmunology-based outcome measures. *Integr Cancer Ther* 2014; 13(2): 85-104.
43. Boutet C, Vercueil L, Schelstraete C, Buffin A, Legros JJ. Oxytocin and maternal stress during the post-partum period. *Ann Endocrinol* 2006; 67(3): 214-23.

44. Gerasimova LP, Kabirova MF, Kuznetzova NS, Farhutdinova LV, Khaibullina RR. Correlation of functional state of dental system and emotional stress in young adults. *Stomat* 2017; 96(5): 34-6.
45. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11(2): 213–8.
46. Rahe RH, Arthur RJ. Life change and illness studies: past history and future directions. *J Human Stress* 1978; 4(1): 315.
47. Rahe RH, Mahan JL, Arthur RJ. Prediction of near- future health change from subjects' preceding life changes. *J Psychosom Res* 1970; 14(4): 401-6.
48. Rahe RH, Biersner RJ, Ryman DH, Arthur RJ. Psychosocial predictors of illness behavior and failure in stressful training. *J Health Soc Behav.* 1972; 13(4): 393–7.
49. Valenzuela Narváez DR, Gayoso Cervantes M. Relationship between the frequency of work-related stress and prevalence of functional dyspepsia in Lima Geriatric Army Hospital. *Rev Gastroenterol Peru* 2017; 37(1): 16-21.
50. Buzunov VO, Loganovsky KM, Krasnikova LI, Bomko MO, Belyayev YM, Yaroshenko ZS, Domashevskaya TE. Psychosocial state of the adult evacuees and risk factors of negative change. *Probl Radiac Med Radiobiol* 2017; 22: 79-96.
51. Reinders AATS, Chalavi S, Schlumpf YR, Vissia EM, Nijenhuis ERS, Jäncke L, Veltman DJ, Ecker C. Neurodevelopmental origins of abnormal cortical morphology in dissociative identity disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 137(2): 157-70.
52. Milner A, Niedhammer I, Chastang J-F, Spittal MJ, LaMontagne AD. Validity of a job exposure matrix for psychosocial job stressors: results from the household income and labour dynamics in Australia survey. *PLoS One* 2016; 11(4): e0152980.
53. Laurel L. Hourani, Thomas V. Williams, Amii M. Kress. Stress, mental health, and job performance among active duty military personnel: findings from the 2002 Department of Defense Health-Related Behaviors Survey. *Mil Med* 2006; 171(9): 849-56.
54. Dedić G. Socijalno prilagodjavanje vojnika za vreme vojnog roka; *Vojnosanit Pregl* 2004; 61(6): 637-43.
55. Nakkas C, Annen H, Brand S. Psychological distress and coping in military cadre candidates. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 2237-43.

56. Smith BN, Vaughn RA, Vogt D, King DW, King LA, Shipper JC. Main and interactive effects of social support in predicting mental health symptoms in men and women following military stressor exposure. *Anx Stress Cop* 2013; 26(1): 52-69.
57. Zamorski M, Rusu C, Garber G. Prevalence and correlates of mental health problems in Canadian Forces personnel who deployed in support of the mission in Afghanistan: findings from postdeployment screenings, 2009–2012. *Can J Psychiatry* 2014; 59(6): 319–26.
58. Ding Y, Qu J, Yu X, Wang S. The mediating effects of burnout on the relationship between anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China: a cross-sectional study. *Plos One* 2014; 9(9): e107130.
59. Mistretta EG, Davis MC, Temkit M, Lorenz C, Darby B, Stonnington CM. Resilience training for work-related stress among health care workers: results of a randomized clinical trial comparing in-person and smartphone-delivered interventions. *J Occup Environ Med* 2018 Jan [cited 2018 Jan]; available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29370014>.
60. Pflanz S, Sonnek S. Work stress in the military: prevalence, causes, and relationship to emotional health. *Mil Med* 2002; 167(11): 877-82.
61. Pflanz S. Occupational stress and psychiatric illness in the military: investigation of the relationship between occupational stress and mental illness among military mental health patients. *Mil Med* 2001; 166(6): 457-62.
62. Campbell DJ, Nobel OB. Occupational stressors in military service: a review and framework. *Milit Psych* 2009; 21(2): 47–67.
63. Dolan CA, Ender MG. The coping paradox: work, stress, and coping in the U.S. Army. *Milit Psych* 2009; 20(3): 151-69.
64. Khojasteh Y. *Supply Chain Risk Management*. Singapore: Springer; 2018.
65. Martins LCX, Lopes CS. Military hierarchy, job stress and mental health in peacetime. *Occup Med* 2012; 62(3): 182–87.
66. Betancourt TS, Thomson D, VanderWeele TJ. War-related traumas and mental health across generations. *JAMA Psychiatry* 2018; 75(1): 5–6.
67. WHOQOL-BREF, Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, Field Trial Version; 1996.

68. Tzeng, Dong-Sheng, Chung, Wei-Chin, Lin, Chi-Hung, Yang, Chun-Yuh. Effort-reward imbalance and quality of life of healthcare workers in military hospitals: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 309.
69. Dedić G, Milinković-Fajgelj O, Kolundžić D, Živić B. *Prevenција samoubistva u vojnoj sredini*. Beograd: Vojnoizdavački zavod; 2003.
70. Marinković M, Janjić Z, Nikolić J. Estimating disability and quality of life after different degrees of hand and forearm trauma. *Vojnosanit Pregl* 2015; 72(2): 155-9.
71. Miranda B, Rodrigues M. The physician's quality of life: relationship with ego defense mechanisms and object relations. *Comp Psych* 2015; 63: 22–29.
72. Čanković S, Nikolić EA, Jovanović VM, Kvrđić S, Harhaji S, Radić I. Quality of life of elderly people living in a retirement home. *Vojnosanit Pregl* 2016; 73(1): 42-6.
73. Ilić I. Procena kvaliteta života - sadašnji pristupi. *Acta Medica Medianae* 2010; 49: 52-60.
74. Milivojević J, Kokic Arsic A, Kanjevac Milovanovic K, Djokic S, Savovic I. Nova filozofija kvaliteta zivota, 38. Konferencija o kvalitetu života. 2011: 121-30. Available from: <http://www.cqm.rs/2011/FQ2011/pdf/6/17.pdf>.
75. Trgovčević S, Kljajic D, Nedovic G. Socijalna integracija kao determinant kvaliteta zivota osoba sa traumatskom paraplegijom. *Godišnjak FPN, IV deo: Socijalna politika i socijalni rad* 2011; 493-505.
76. Vojvodic A, Dedic G, Djukic-Dejanovic S. Defense mechanisms and quality of life in military personnel with burnout syndrome. *Vojnosanit pregl* 2017 Sep [cited on 2017 Dec 14]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/319996161_Defense_mechanisms_and_quality_of_life_in_military_personnel_with_burnout_syndrome.
77. Dedić G. *Suicid, pomoć, nada-psihoterapijska intervencija u krizi nakon pokušaja suicida*. Beograd: Medija centar "Odbrana"; 2011.
78. Cheung YB, Yeo KK, Chong KJ, Khoo EY, Wee HL. Reliability and validity of the English-, Chinese- and Malay-Language versions of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2017; 46(12): 461-9.

79. Farina EK, Taylor JC, Means GE, Murphy NE, Pasiakos SM, Lieberman HR, McClung JP. Effects of deployment on diet quality and nutritional status markers of elite U.S. Army special operations forces soldiers. *Nutr J* 2017; 16(1): 41.
80. Telebec S. Stres na radu. Sigurnost i zaštita na radu, *Kem.Ind.* 2016; 65 (1-2), 115–8.
81. Limbert C. Psychological well-being and job satisfaction amongst military personnel on unaccompanied tours: the impact of perceived social support and coping strategies. *Mil Psych* 2004; 16(1): 37-51.
82. Angermeyer M, Kilian R, Wilms HU. Quality of life of spouses of mentally ill people. *Int J Soc Psychiatry* 2006; 52(3): 278-85.
83. Balandiz H, Bolu A. Forensic mental health evaluations of military personnel with traumatic life event in a university hospital in Ankara, Turkey. *J Forensic Leg Med* 2017; (51): 51-6.
84. Benedito M. The physician's quality of life: relationship with ego defense mechanisms and object relations. *Compr Psych* 2015; 63(11): 22-9.
85. Dedić G. Kvalitet života vojnika u periodu adaptacije na vojnu sredinu. *Vojnosanit Pregl* 2003; 60(3): 305-14.
86. Oznur T, Akarsu S, Erdem M, Durusu M, Toygar M, Poyrazoglu Y, Kaldirim U, Eryilmaz M, Ozmenler KN. Psychiatric symptoms and quality of life in military personnel deployed abroad. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2015; 52(3): 60-4.
87. Puhalla A, McCloskey MS, Brickman LJ, Fauber R, Coccaro EF. Defense styles in intermittent explosive disorder. *Psychiatry res* 2016; 238: 137-42.
88. Freud A. *The Ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press; 1936.
89. Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(5): 455–46.
90. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181(4): 246–56.
91. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(4): 255-8.

92. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Manfro G. Brazilian–Portuguese version of Defensive Style Questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: Construct validity study. *Psychother Res* 2007; 17(3): 261–27.
93. Bond MP, Vaillant JS. An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43(3): 285–8.
94. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40(3): 333–8.
95. Bowles S, Ursin H, Picano J. Aircrew perceived stress: examining crew performance, crew position and captains personality. *Aviat Space Environ Med* 2000; 71(11): 1093–7.
96. Briones Mella D, Kinkead Boutin AP. Burnout and Coping Strategies in Male Staff from National Police in Valparaíso, Chile. *Iran J Public Health* 2013; 42(9): 950-9.
97. Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 24(2): 107–18.
98. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. An empirically validated hierarchy of defence mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43(8): 786–94.
99. Pflanz SE, Ogle AD. Job stress, depression, work performance, and perceptions of supervisors in military personnel. *Mil Med* 2006; 171(9): 861–5.
100. Cazan AM, Clinciu AI. Psychometric evaluation of the short version of the Defense Style Questionnaire on a Romanian non-clinical sample. *Procedia - Soc Behav Sci* 2015; 187: 408-12.
101. Vaillant GE. Natural history of male psychological health: the relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33(5): 535–45.
102. Chabrol H, Rousseau A, Rodgers R, Callahan S, Pirlot G, Sztulman H. A study of the face validity of the 40 item version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(11): 756-8.
103. Ciocca G, Collazzoni A, Limoncin E, Franchi C, Mollaioli D, Di Lorenzo G, Santarnecchi E, Troisi A, Siracusano A, Rossi A, Jannini EA. Defence mechanisms and attachment styles in paranoid ideation evaluated in a sample of non-clinical young adults. *Riv Psichiatr* 2017; 52(4): 162-7.

104. Colovic O, Lecic Tosevski D, Perunicic Mladenovic I, Milosavljevic M, Munjiza A. Defense mechanisms in "pure" anxiety and "pure" depressive disorders. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204(10): 746-51.
105. Cramer P. Defense mechanisms: 40 years of empirical research. *J Pers Assess* 2015; 97(2): 114–22.
106. Cramer P. *Protecting the self: defense mechanisms in action*. New York: Guilford Press; 2006.
107. Dedić G. Defense mechanisms in adaptation period of soldiers on military environment. *Vojnosanit Pregl* 2000; 57(4): 393-401.
108. Hayashi M, Miyake Y, Minakawa K. Reliability and validity of the Japanese edition of the Defense Style Questionnaire 4. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58(2): 152-6.
109. Hyphantis T, Goulia P, Carvalho AF. Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *J Psychosom Res* 2013; 75(4): 362-9.
110. Sadock B, Alcott Sadock V, Ruiz P. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral science-clinical psychiatry*. London: Lippincott Williams and Wilkins; 2014.
111. Vaillant G. *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Pub; 1992.
112. Gelder M, Mayou R, Geddes M. *Psihijatrija*. Beograd: Data Status; 2009.
113. Sadock B, Ruiz P, Alcott Sadock V. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. London: Lippincott Williams and Wilkins; 2017.
114. Fadem B. *Brs behavioral science*. London: Lippincott Williams and Wilkins; 2016.
115. Česik R. *Budućnost psihoanalize*. Novi Sad: Psihopolis Institut; 2012.
116. Fadem B. *Behavioral science in medicine*. London: Lippincott Williams and Wilkins; 2012.
117. Maric J. *Klinicka psihijatrija*. Beograd: Nasa knjiga; 2005.
118. Adrian AL, Hemphill M, Scaro NH, Sipos ML, Thomas JL. Professional stress and burnout in U.S.military medical personnel deployed to Afghanistan. *Mil Med* 2017; 182(3): 1669-76.

119. Ballenger-Browning KK, Schmitz KJ, Rothacker JA, Hammer PS, Webb-Murphy JA, Johnson DC. Predictors of burnout among military mental health providers. *Mil Med* 2011; 176(3): 253-60.
120. Rutherford K, Oda J. Family medicine residency training and burnout: a qualitative study. *Can Med Educ J* 2014; 5(1): 13–23.
121. Dedic G. Burnout syndrome. *Vojnosanit Pregl* 2005; 62(11): 851-855.
122. Xie Z, Wang A, Chen B. Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *J Adv Nurs* 2001; 67: 1537–46.
123. Dudek D, Jaeschke R, Styczen K, Pilecki M. Depression and anxiety in the practice of cardiology. *Kardiol Pol* 2013; 71(8): 781–786.
124. Galletta M, Portoghese I, Ciuffi M, Sancassiani F, Alojja E, Campagna M. Working and environmental factors on job burnout: a cross-sectional study among nurses. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2016; 11(12): 132-141.
125. Hu S, Wang JN, Liu L, Wu H, Yang X, Wang Y, Wang L. The association between work-related characteristic and job burnout among Chinese correctional officers: a cross-sectional survey. *Public Health*. 2015; 129(9): 1172-8.
126. Jones N, Seddon R, Fear N, McAllister P, Wessely S, Greenberg N. Leadership, cohesion, morale and the mental health of UK Armed Forces in Afganistan. *Psychiatry* 2012; 75(1): 49-59.
127. Katsavouni F, Bebetos E, Malliou P, Beneka A. The relationship between burnout, PTSD symptoms and injuries in firefighters. *Occup Med* 2016; 66(1): 32-7.
128. Kok BC, Herrell RK, Grossman SH, West JC, Wilk JE. Prevalence of professional burnout among military mental health service providers. *Psychiatr Serv* 2016; 67(1): 137-40.
129. Lang GM, Pfister EA, Siemens MJ. Nursing burnout: cross-sectional study at a large Army hospital. *Mil Med* 2010; 175(6): 435-41.
130. Lang GM, Patrician P, Steele N. Comparison of nurse burnout across Army hospital practice environments. *J Nurs Scholarsh* 2012; 44(3): 274-83.
131. Lovering ME, Proctor SP, Heaton KJ. A retrospective study of anxiety disorder diagnoses in the military from 2000 to 2009. *J Anxiety Disord* 2013; 27(1): 25-32.

132. McDougall L, Drummond PD. Personal resources moderate the relationship between work stress and psychological strain of submariners. *Mil Psych* 2010; 22(4): 385-98.
133. Nowakowska I, Rasińska R, Głowacka D. The influence of factors of work environment and burnout syndrome on self-efficacy of medical staff. *Ann Agric Environ Med* 2016; 23(2): 304-9.
134. Peng J, Li D, Zhang Z, Tian Y, Miao D, Xiao W, Zhang J. How can core self-evaluations influence job burnout? The key roles of organizational commitment and job satisfaction. *J Health Psychol* 2016; 21(1): 50-9.
135. Sargent P, Millegan J, Delaney E, Roesch S, Sanders M, Mak H, Mallahan L, Raducha S, Webb-Murphy J. Health care provider burnout in a United States military medical center during a period of war. *Mil Med* 2016; 181(2): 136-42.
136. Tarcan M, Hikmet N, Schooley B, Top M, Tarcan GY. An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Appl Nurs Res* 2017; 34: 40-47.
137. Kanungo RN. Measurement of job and work involvement. *J Appl Psych* 1982; 67: 341–349.
138. Walters TA, Matthews EP, Dailey JI. Burnout in Army health care providers. *Mil Med* 2014; 179(9): 1006-12.
139. Khani M H, Mohammadi M, Anvari F, Farsi M. Students School Burnout Inventory: development, validation, and reliability of scale. *Int J School Health* 2018; 5(1):e57594.
140. Whybrow D, Jones N, Evans C, Minshall D, Smith D, Greenberg N. The mental health of deployed UK maritime forces. *Occup Environ Med* 2016; 73(2): 75–82.
141. Iversen A, Fear N, Ehlers A, Hacker Hughes J, Hull L, Earnshaw M, Greenberg N, Rona R, Wessely S, Hotopf M. Risk factors for post traumatic stress disorder amongst United Kingdom Armed forces personnel. *Psychol Med* 2008; 38(4): 511–22.
142. Zhou J, Yang Y, Qiu X, Yang X, Pan H, Ban B, Qiao Z, Wang L, Wang W. Relationship between anxiety and burnout among Chinese physicians: a moderated mediation model. *PLoS ONE* 2016; 11(8): e0157013.
143. Kim YK. *Understanding Depression*. Singapore: Springer; 2018.

144. Kanesarajah J, Waller M, Zheng WY, Dobson AJ. Factors associated with low unit cohesion in Australian Defence Force members who deployed to the Middle East (2001–2009). *J R Army Med Corps* 2016; 162(5): 366–72.
145. Smith T, Hughes K, DeJoy D, Dyal MA. Assessment of relationships between work stress, work-family conflict, burnout and firefighter safety behavior outcomes. *Saf Sci* 2018; 103: 287-92.
146. Schaufeli W, Maslach C, Marek T. Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. Taylor & Francis; 2017.
147. Van der Wal RA, Bucx MJ, Hendriks JC, Scheffer GJ, Prins JB. Psychological distress, burnout and personality traits in Dutch anaesthesiologists: a survey. *Eur J Anaesthesiol* 2016; 33(3): 179-86.
148. Padyab M, Richter J, Nygren L, Ghazinour M. Burnout among social workers in Iran: relations to individual characteristics and client violence. *Glob J Health Sci* 2013; 5(4): 142–50.
149. Keinan G, Melamed S. Personality characteristics and proneness to burnout: a study among internists. *Stress Health* 1987; 3(4): 307–15.
150. Furumura M, Ishitake T. The relationship between burnout, personal traits, and the work environment of caregivers in group homes. *Nihon Koshu Eisei Zasshi* 2012; 59(11): 822-32.
151. Alarcon G, Eschleman K, Bowling N. Relationships between personality variables and burnout: a meta-analysis. *Work Stress* 2009; 23(3): 244-63.
152. Ghorpade J, Lackritz J, Gangaram S. Burnout and personality, evidence from academia. *J Career Assess* 2007; 15(2): 240-56.
153. McIntyre T, McIntyre S, Francis D. Educator Stress. Aligning perspectives on health, safety and well-being. Cham: Springer; 2017.
154. Shanock LR, Allen JA, Dunn AM, Baran BE, Scott CW, Rogelberg SG. Less acting, more doing: how surface acting relates to perceived meeting effectiveness and other employee outcomes. *J Occup Organ Psychol* 2013; 86(4): 457–76.
155. Taylor SG, Pattie MW. When does ethical leadership affect workplace incivility? The moderating role of follower personality. *Bus Ethics Q* 2014; 24(4): 595–616.

156. Mulki JP, Jaramillo F, Locander WB. Emotional exhaustion and organizational deviance: can the right job and a leader's style make a difference? *J Bus Res* 2006; 59(12): 1222–30.
157. Kilroy S, Flood PC, Bosak J, Chênevert D. Perceptions of high-involvement work practices, person-organization fit, and burnout: a time-lagged study of health care employees. *Hum Resour Manage* 2017; 56(5): 821–35.
158. Kilroy S, Flood PC, Bosak J, Chênevert D. Perceptions of high-involvement work practices and burnout: the mediating role of job demands. *Hum Resour Manage* 2016; 26(4): 408–24.
159. Dedić G, Panić M. Suicid u vojnoj sredini. Beograd: Medija centar "Odbrana"; 2015.
160. Bryan C, Goodman T, Chappelle W, Thompson W, Prince L. Occupational stressors, burnout, and predictors of suicide ideation among U.S. Air Force remote warriors. *Mil Behav Health* 2018; 6(1): 3-12.
161. Maslach C, Jackson S.E, Leiter M.P. MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
162. Čabarkapa M, Dedić G. Development, basic characteristics and empirical norms of psychological test DSQ-4. *Vojnosanit Pregl* 2002; 59(5): 507-14.
163. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28(3): 551–8.
164. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6): 893-7.
165. Washington Headquarters Service, Directorate for Information Operations and Reports. Demographics Profile of the military community. Washington DC: Department of defense USA; 2015.
166. Pilard M, Paul F, Depari X, Marimoutou C. Alcohol and cannabis consumption in the French Army: determination of consumer profiles to focus on prevention and care CPT violaine rigod. *Mil Med* 2011; 176(7): 805-10.
167. Krageloh CU, Kersten P, Billington DR, Hsu PH-C, Shepherd D, Landon J, Feng XJ. Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for general use in New Zealand: confirmatory factor analysis and rasch analysis. *Qual Life Res* 2013; 22(6): 1451–57.

168. Ginieri-Coccosis M, Triantafillou E, Tomaras V, Soldatos C, Mavreas V, Christodoulou G. Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki* 2012; 23(2): 130-42.
169. Skevington SM, Gunson KS, O'Connell KA. Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. *Qual Life Res.* 2013; 22(5): 1073-83.
170. Tchicaya A, Lorentz N. Socioeconomic inequalities in health-related quality of life between men and women, 5 years after a coronary angiography. *Health Qual Life Outcomes* 2016; 14(1): 165.
171. Ross CE, Van Willigen M. Education and the Subjective Quality of Life. *J Health Soc Behav* 1997; 38(3): 275-97.
172. Węziak-Białowolska D. Quality of life in cities – empirical evidence in comparative European perspective. *Cities* 2016; 58(10): 87-96.
173. Negriy VA. Academic achievement in conjunction with defense mechanisms and the level of intellectual, development in high school students. *Procedia Soc Behav Sci* 2016; 233(10): 91-3.
174. Hyphantis TN, Taunay TC, Macedo DS, Soeiro-de-Souza MG, Bisol LW, Fountoulakis KN, Lara DR, Carvalho AF. Affective temperaments and ego defense mechanisms associated with somatic symptom severity in a large sample. *J Affect Disorders* 2013; 150(2): 481-9.
175. Conklin LR, Cassiello-Robbins C, Brake CA, Sauer-Zavala S, Farchione TJ, Ciraulo DA, Barlow DH. Relationships among adaptive and maladaptive emotion regulation strategies and psychopathology during the treatment of comorbid anxiety and alcohol use disorders. *Behav Res Ther* 2015; 73: 124-30.
176. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, Snashall DC, Timothy AR. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 71(6): 1263-9.
177. Adler A, Adrian A, Hemphill M, Scaro N, Sipos M, Thomas J. Professional stress and burnout in U.S. Military medical personnel deployed to Afghanistan. *Mil Med* 2017; 182(3): 1669-76.

178. Vinokur AD, Pierce PF, Lewandowski-Romps L, Hobfoll SE, Galea S. Effects of war exposure on air force personnel's mental health, job burnout and other organizational related outcomes. *J Occup Health Psychol* 2011; 16(1): 3-17.
179. Wirtz PH, von Känel R. Psychological stress, inflammation, and coronary heart disease. *Curr Cardiol Rep* 2017; 19(11): 111.
180. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull* 2006; 132(3): 327–53.
181. Burgess L, Irvine F, Wallymahmed A. Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nurs Crit Care* 2010; 15(3): 129-40.
182. Gajewski PD, Boden S, Freude G, Potter GG, Claus M, Bröde P, Watzl C, Getzmann S, Falkenstein M. Executive control, ERP and pro-inflammatory activity in emotionally exhausted middle-aged employees. Comparison between subclinical burnout and mild to moderate depression. *Psychoneuroendocrinology* 2017; 86(12): 176-86.
183. Jones F, Sparacino L, Wilcox V, Rothberg J, Stokes J. *Military Psychiatry*. Falls Church, Virginia: Office of the surgeon general United States of America; 1995.
184. Shelef L, Dotan S, Kaminsky D, Kedem R, Margulis A, Hassidim A. Relationship between anxiety and medical disorders among compulsory military service candidates between the years 1998-2013. *Psychiatry Res* 2016; 244: 339-44.
185. Barnes V, Monto A, Williams J, Rigg J. Impact of transcendental meditation on psychotropic medication use among active duty military service members with anxiety and PTSD. *Mil Med* 2016; 181(1): 56-63.
186. Pan Y; Cai W; Dong W; Xiao J; Yan J; Cheng Q. Behavior characteristics of the attention network of military personnel with high and low trait anxiety. *Medicine (Baltimore)* 2017; 96(17): e6630.
187. Sales C, Saraiva A, Faisca L. Resiliency training in portuguese army basic instruction: the role of military cohesion, self-esteem and anxiety. *Av Psicol Latinoam* 2017; 35(2): 317-21.
188. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Haro JM. The association of relationship quality and social networks with depression, anxiety, and suicidal ideation among older

- married adults: findings from a cross-sectional analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *J Affect Disord* 2015; 179: 134-41.
189. Ojediran IA, Oludipe DI. Impact of test anxiety and gender on academic performance of Nigerian pre-service science teachers. *JETERAPS* 2016; 7(3): 247-54.
190. Regan A, Howard RA, Oyeboode JR. Emotional exhaustion and defense mechanisms in intensive therapy unit nurses. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197(5): 330-6.
191. Ladstätter F, Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Ponsoda V, Reales Aviles JM, Dai J. Expanding the occupational health methodology: a concatenated artificial network approach to model the burnout process in Chinese nurses. *Ergonomics* 2016; 59(2): 207-21.
192. Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psych Nurs* 2006; 20(3): 135-43.
193. Pflanz SE, Ogle AD. Job stress, depression, work performance, and perceptions of supervisors in military personnel. *Mil Med* 2006; 171(9): 861-5.
194. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behav Res Ther* 2010; 48(10): 974-83.
195. Han-Wei C, Wen-Chii T, Yu-Ching C, Hui-Wen Y, Hsin-An C, Yu-Cheng K, Nian-Sheng T. Psychological morbidity, quality of life, and self-rated health in the military personnel. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10: 329-38.
196. Fertout M, Jones N, Greenberg N, Mulligan K, Knight T, Wessely S. A review of United Kingdom Armed Forces' approaches to prevent post-deployment mental health problems. *Int Rev Psychiatry* 2011; 23(2): 135-43.
197. Aldao A, Dixon-Gordon KL. Broadening the scope of research on emotion regulation strategies and psychopathology. *Cogn Behav Ther* 2014; 43(1): 22-33.
198. Rajdev P, Thorsley D, Rajaraman S, Rupp TL, Wesensten NJ, Balkin TJ, Reifman. A unified mathematical model to quantify performance impairment for both chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *J Theor Biol* 2013; 331: 66-77.
199. Heinz AJ, Freeman MA, Harpaz-Rotem I, Pietrzak RH. American Military veteran entrepreneurs: a comprehensive profile of demographic, service history, and psychosocial characteristics. *Mil Psychol* 2017; 29(6): 513-23.

200. Tai YM, Gau SS. Depression and quality of life mediating the association between attention deficit-hyperactivity disorder and suicidality in military recruits. *Mil Med* 2017; 182(11): 1912-19.
201. Nayback-Beebe AM, Yoder LH, Goff BJ, Arzola S, Weidlich C. The effect of pulsed electromagnetic frequency therapy on health-related quality of life in military service members with chronic low back pain. *Nurs Outlook* 2017; 65(5): 26-33.
202. Ostrower C. Humor as a defense mechanism during the Holocaust. *Interpret J bible theol* 2015; 69(2): 183-95.
203. Greenberg J, Martens A, Jonas E, Eisenstadt D, Pyszczynski T, Solomon S. Psychological defense in anticipation of anxiety: eliminating the potential for anxiety eliminates the effect of mortality salience on worldview defense. *Psychol Sci* 2003; 14(5): 516-9.
204. Vaillant GE. *Adaptation to life*. Boston: Little Brown; 1977.
205. Civitarese G. On Sublimation. *Int J Psychoanal* 2016; 97(5): 1369-92.
206. Cramer P. Defense Mechanism Card Pull in TAT Stories. *J Pers Assess* 2017; 99(1): 15-24.
207. Carrera JS, Brown P, Brody JG, Morello-Frosch R. Research altruism as motivation for participation in community-centered environmental health research. *Soc Sci Med* 2018; 196: 175-81.
208. Cascales T. Infantile anorexia, co-excitation and co-mastery in the parent/baby cathexis: the contribution of Sigmund and Anna Freud. *Int J Psychoanal* 2017; 98(2): 393-414.
209. Perry JC, Bond M. Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *Am J Psychiatry* 2012; 169(9): 916-25.
210. Ployé PM. A note on two important aspects of Kleinian theory, projective identification and idealization. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 55-8.
211. Kulawik H, Ott J. Appearance and handling of "primitive" defense mechanisms in group psychotherapy. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)*. 1982; 34(8): 481-7.
212. Granieri A, La Marca L, Mannino G, Giunta S, Guglielmucci F, Schimmenti A. The relationship between defense patterns and DSM-5 maladaptive personality domains. *Front Psychol* 2017; 2(8): 19-26.

213. Yoder LH, McFall DC, Glaser DN. Quality of life of burn survivors treated in the military burn center. *Nurs Outlook* 2017; 65(5): 81-9.
214. Galvagno SM, Mabry RL, Maddry J, Kharod CU, Walrath BD, Powell E, Shackelford S. Measuring US Army medical evacuation: metrics for performance improvement. *J Trauma Acute Care Surg* 2018; 84(1): 150-6.
215. Woodruff S, Galarneau MS; Sack D, McCabe C, Dye J. Combat amputees' health-related quality of life and psychological outcomes: a brief report from the wounded warrior recovery project. *J Trauma Acute Care Surg* 2017; 82(3): 592-5.
216. Salpigktidis II, Paliouras D, Gogakos AS, Rallis T, Schizas NC, Chatzinikolaou F, Niakas D, Sarafis P, Bamidis P, Lazopoulos A, Triadafyllidou S, Zarogoulidis P, Barbetakis N. Burnout syndrome and job satisfaction in Greek residents: exploring differences between trainees inside and outside the country. *Ann Transl Med* 2016; 4(22): 444.
217. Hoopsick RA, Vest BM, Homish DL, Homish GG. Combat exposure, emotional and physical role limitations and substance use among male United States Army Reserve and National Guard soldiers. *Qual Life Res* 2018; 27(1): 137-47.
218. Ryan M, Smith T, Smith B, Amoroso P, Boyko E, Gray G, Gackstetter G, Riddle J, Wells T, Gumbs G, Corbeil T, Hooper T. Millennium Cohort: enrollment begins a 21-year contribution to understanding the impact of military service. *J Clin Epid* 2007; 60(2): 181-91.
219. Tsai J, Whealin J, Scott J, Harpaz-Rotem I, Pietrzak R. Examining the relation between combat-related concussion, a novel 5-factor model of posttraumatic stress symptoms, and health-related quality of life in Iraq and Afghanistan veterans. *J Clin Psych* 2012; 73(8): 1110-8.
220. Silverberg ND, Wojtowicz M, Bui E, Wershba R, Zafonte R, Laifer LM, Simon NM, Iverson GL. Contribution of perceived cognitive functioning to quality of life in service members and veterans with posttraumatic stress disorder. *J Traum Stress* 2017; 30: 318-22.
221. Hyphantis T, Katsoudas S, Voudiclari S. Ego mechanisms of defense associated with patients' preference of treatment modality independent of psychological distress in end-stage renal disease. *Patient Prefer Adherence* 2010; 4: 25-32.

222. Rohall D, Hamilton L, Segal D, Segal M. Downsizing the Russian army: quality of life and mental health consequences for former organizational members, survivors, and spouses. *J Politic Milit Soc* 2001; 29(1): 73-91.
223. Khan J, Bernat JL. Preventing burnout increases the desirability of neurology as a career. *Neurology* 2017; 89(16): 1658-9.
224. Helo S, Moulton CE. Complications: acknowledging, managing, and coping with human error. *Transl Androl Urol* 2017; 6(4): 773-82.
225. Azam K, Khan A, Alam MT. Causes and adverse impact of physician burnout: a systematic review. *J Coll Physicians Surg Pak* 2017; 27(8): 495-501.
226. Kuster AT, Dalsbo TK, Luong Thanh BY, Agarwal A, Durand-Moreau QV, Kirkehei I. Computer-based versus in-person interventions for preventing and reducing stress in workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 8: CD011899.
227. Iserson K. Clinician burnout: global medicine as a possible prevention and treatment strategy. *May Clin Proc* 2018; 93(1): 121.
228. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: a new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Res* 2016; 3(4): 89-100.
229. Awa W, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns* 2010; 78(2): 184-90.
230. Kumar S. Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Healthcare* 2016; 4(3): 37.
231. Brooks SK, Greenberg N. Non-deployment factors affecting psychological wellbeing in military personnel: literature review. *J Ment Health* 2018; 27(1): 80-90.
232. Megginson D, Casserley T. Learning from burnout: developing sustainable leaders and avoiding career derailment. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2009.

СКРАЋЕНИЦЕ

ACh - ацетилхолин

ACTH - аденокортикотропни хормон

CRH - кортикотропни ослобађајући хормон

GABA – гама-аминобутерна киселина

GR - глукокортикоиди

GRH - гонадотропни ослобађајући хормон

ICC - Intra class correlation coefficient

α -AR i β -AR - адренергички рецептори

ВпУ – војник по уговору (професионални војник)

ВС - Војска Србије

ВШ НОВ и ПОЈ - Врховни штаб Народноослободилачке војске и партизанских одреда Југославије

ОУН - Организације Уједињених Нација

ПВЛ - професионална војна лица

ПТСП - Посттрауматски стресни поремећај

WHO - Светска здравствена организација

СЗО - Светска здравствена организација

BAI - Beck Anxiety Inventory, Беков инвентар анксиозности

DSQ-40 - Defense Style Questionnaire, Упитник за процену механизма одбране

MBI - Maslach Burnout Inventory, Маслах инвентар синдрома сагоревања

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL-BREF - World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment, Упитник за процену квалитета живота Светске Здравствене Организације