

**УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ**  
**ФАКУЛТЕТ ПОЛИТИЧКИХ НАУКА**

Емина В. Борјанић Болић

**ИЗГАРАЊЕ НА ПОСЛУ И  
ВИКАРИЈСКЕ ТРАУМЕ КОД  
ЗАПОСЛЕНИХ У СОЦИЈАЛНОЈ  
ЗАШТИТИ ДЕЦЕ И МЛАДИХ**

докторска дисертација

Београд, 2016.

**UNIVERSITY OF BELGRADE**  
**FACULTY OF POLITICAL SCIENCE**

Emina V. Borjanić Bolić

**JOB BURNOUT AND VICARIOUS  
TRAUMA IN CHILD WELFARE  
PROFESSIONALS**

Doctoral Dissertation

**Belgrade, 2016.**

**Ментор:** Проф. др Невенка Жегарац,

редовна професорка Универзитета у Београду – Факултет политичких наука

**Чланови комисије за оцену завршне тезе:**

1. Доц. др Јасна Вељковић,

доценткиња Универзитета у Београду – Факултет политичких наука

2. Проф. др Вероника Ишпановић Радојковић,

редовна професорка Универзитета у Београду – Факултет за специјалну едукацију  
и рехабилитацију

Датум одбране тезе:

## РЕЗИМЕ

Увођење и развој модела заштите деце и младих засноване на знањима о трауми, подразумева промену на свим нивоима од система, преко служби, па до професионалаца и самих корисника услуга. Неопходно је освестити да је велик број деце унутар система социјалне заштите доживео трауму која утиче на њихов раст и развој и да се боре са њеним последицама. Досадашња истраживања сугеришу како је посао у социјалној заштити деце и младих веома емоционално захтеван и исцрпљујући, и да стрес у радном окружењу и трауматизовани корисници могу негативно утицати на квалитет услуга које пружају професионалци. И зато, због добробити трауматизоване деце и младих, посебну пажњу треба посветити едукацији и подршци професионалаца у заштити од професионалног изгарања и викаријске трауматизације. Саставни део ове дисертације је истраживање које је спроведено у Београду у четири службе које се на различите начине баве заштитом деце и младих. Овим истраживањем желели смо да сагледамо колико су професионално изгарање и викаријска траума присутни код професионалаца. Циљ је био и утврдити које карактеристике професионалаца и конкретног посла који обављају са децом и младима у вези са присуством и интензитетом синдрома изгарања. Узорак је пригодан и сачињен је од 150 професионалаца из: домова за смештај деце без родитељског старања унутар Центра за заштиту одојчади, деце и омладине, Градског центара за социјални рад, два Прихватилишта за децу и младе, и Центра за породични смештај и усвојење. Инструменти којима су прикупљани подаци су: Упитник о општим подацима испитаника, ТАБС упитник (*Trauma and Attachment Belief Scale*; Pearlman, 2003) - којим смо прикупљали податке везане за викаријску трауму, ЦБИ (*Copenhagen Burnout Inventory*; Borritz et al., 2004) и ProQOL тест (*Professional quality of life screening*; Stamm, 2010) - два упитника којима смо прикупљали податке везане за синдром изгарања.

Овим истраживањем констатовано је истовремено присуство и показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме код 8,9% професионалаца у социјалној заштити деце и младих. Показатељи изгарања на послу присутни су код око 30%

испитаника, а показатељи викаријске трауме код око 15% испитаника из узорка. Анализа података показује да су професионалци из Градског центра за социјални рад, у односу на професионалце из других установа, под највећим ризиком од професионалног изгарања и викаријске трауматизације.

**КЉУЧНЕ РЕЧИ:** синдром изгарања, викаријска траума, трауматизована деца и млади, систем социјалне заштите, заштита заснована на знањима о труми

**НАУЧНА ОБЛАСТ:** друштвено-хуманистичке науке

**УЖА НАУЧНА ОБЛАСТ:** социјални рад

**УДК број:** 616.89-053.6:364(043.3)

## **ABSTRACT**

The implementation and development of trauma-informed care in child welfare system in Serbia, incorporates changes in all levels, including the system, services, professionals and clients themselves. It is necessary to raise public awareness that a substantial number of children within the child welfare system in Serbia have been traumatized, which has an enormous influence on their growth and personal development as they have to deal with the consequences on daily basis. Our research suggests that child welfare system workforce in Belgrade is prone to exhaustion and emotionally drained and that the quality of services provided by that workforce can be affected both by the stressful working environment and traumatized clients as well. That is why it is crucial that the proper training, education and professional support should be provided to the people working in this environment in order to prevent burnout and vicarious trauma so the children and young people can fully benefit from their services. The core of this thesis is the research carried out among professionals at four different agencies offering different kind of services within the child welfare system in Belgrade. The main objective of this research is to measure the vicarious trauma and burnout among these professionals. Also, my goal was to establish the relationship between the personal characteristics of the professionals and their job in the respected field and its contribution to the development and intensity of vicarious trauma and burnout. The sample is convenient and comprised of 150 professionals from: different residential setting within The Center for Protection of Infants, Children and Youth in Belgrade, The Centers for Social Welfare in Belgrade, two Belgrade Children's Shelter and The Centre for Foster Care and Adoption in Belgrade. The following instruments were used to gather data: General questionnaire, TABS (Trauma and Attachment Belief Scale; Pearlman, 2003) for gathering VT- related information, CBI (Copenhagen Burnout Inventory; Borritz et al., 2004) and ProQOL (Professional quality of life screening; Stamm, 2010) are questionnaires used to collect burnout-related data.

This survey shows that 8.9 % of those employed in child welfare system either have or show some signs of burnout and vicarious trauma. About 30% of the participants in the survey have developed burnout at work while 15% of them have

vicarious trauma. Data analysis indicates that the professional at the centers for social welfare in Belgrade, the basic municipal services, are most likely to develop vicarious trauma and burnout.

**KEY WORDS:** burnout, vicarious trauma, traumatized child and young people, child welfare care, trauma informed care

**SCIENTIFIC FIELD:** social studies and the humanities

**SCIENTIFIC DISCIPLINE:** social work

**UDC No: 616.89-053.6:364(043.3)**

## Списак графикана

Графикон 1. Структура узорка у односу на пол .....	144
Графикон 2. Структура узорка у односу на године старости .....	145
Графикон 3. Структура узорка у односу на године радног стажа .....	146
Графикон 4. Структура узорка у односу на установу из које долазе запослени .....	147
Графикон 5. Структура узорка у односу на године рада на тренутној позицији .....	148
Графикон 6. Расподела запослених у различитим установама према томе да ли имају хоби и рекреативно се баве спортом .....	150
Графикон 7. Обезбеђена индивидуална/групна супервизија на целокупном узорку	151
Графикон 8. Обезбеђена индивидуална супервизија – ниво установе .....	152
Графикон 9. Обезбеђена групна супервизија – ниво установе .....	153
Графикон 10. Степен задовољства индивидуалном/групном супервизијом на целокупном узорку .....	153
Графикон 11. Поређење нивоа саосећајног задовољства између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима	195
Графикон 12. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима	197
Графикон 13. Поређење степена изражености трауматског искуства и ефеката Викаријске трауме између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима .....	199
Графикон 14. Поређење нивоа саосећајног задовољства између испитаника различитих година радног стажа .....	202



Графикон 15. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника различитих година радног стажа .....	203
Графикон 16. Поређење нивоа трауматског искуства између испитаника различитих година радног стажа .....	205
Графикон 17. Поређење нивоа саосећајног задовољства између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије .....	208
Графикон 18. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије .....	209
Графикон 19. Поређење нивоа саосећајног задовољства између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије .....	211
Графикон 20. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије .....	212
Графикон 21. Поређење нивоа трауматског искуства између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије .....	213
Графикон 22. Поређење нивоа трауматског искуства између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије .....	215
Графикон 23. Поређење нивоа саосећајног задовољства између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине .....	217
Графикон 24. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине .....	219
Графикон 25. Поређење степена изражености трауматског искуства и ефеката Викаријске трауме између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине .....	220

## Списак табела

Табела 1. Језик прилагођен заштити заснованој на знањима о трауми (Adapted from Royal College of Nursing, 2008, pg. 18 [54]; наведено и прилагођено из Trauma-Informed Practice Guide, 2013: 24) .....	36
Табела 2. Фактори који доприносе настанку викаријске трауматизације (Saakvitne et al., 1996:40).....	42
Табела 3. Три нивоа превенције викаријске трауматизације (Saakvitne, 1996:85).....	66
Табела 4. Чиниоци радног окружења (Best Start Resource Centre, 2012:18) .....	92
Табела 5. Упоредно виђење превенције викаријске трауматизације и синдрома изгарања.....	104
Табела 6. Степен задовољства индивидуалном супервизијом запослених у различитим установама.....	154
Табела 7. Степен задовољства групном супервизијом запослених у различитим установама.....	155
Табела 8. Кронбах алфа коефицијенти подскала СВИ упитника.....	157
Табела 9. Дескриптивни статистички показатељи подскала СВИ упитника.....	157
Табела 10. Степен слагања испитаника са ставкама подскале Синдром изгарања на личном нивоу (изражен у процентима, %).....	159
Табела 11. Степен слагања испитаника са ставкама подскале Синдром изгарања у вези са послом (изражен у процентима, %) .....	160
Табела 12. Степен слагања испитаника са ставкама подскале Синдром изгарања у вези са клијентима (изражен у процентима, %) .....	161
Табела 13. Кронбах алфа коефицијенти подскала ProQOL упитника.....	163
Табела 14. Дескриптивни статистички показатељи подскала ProQOL упитника.....	164

Табела 15. Степен слагања испитаника са ставкама подскеале Саосећајно задовољство (изражен у %) .....	165
Табела 16. Степен слагања испитаника са ставкама подскеале Синдром изгарања (изражен у процентима, %).....	167
Табела 17. Степен слагања испитаника са ставкама подскеале Секундарни трауматски стрес (изражен у процентима, %) .....	168
Табела 18. Кронбах алфа коефицијенти подскеале TABS упитника .....	170
Табела 19. Дескриптивни статистички показатељи скеале TABS упитника.....	171
Табела 20. Степен слагања са ставкама скеале ТАБС упитника (Sample items of the TABS copyright © 2003, by Western Psychological Services. Reprinted by permission of the publisher, Western Psychological Services. Not to be reprinted in whole or in part for any additional purpose without the expressed, written permission of the publisher (rights@wpspublish.com). All rights reserved.) .....	172
Табела 21. Процент испитаника који имају изражен синдром изгарања.....	175
Табела 22. проценат испитаника са резултатима изгарања на две подскеале.....	176
Табела 23. Процент испитаника са високим скором на подскеалама ТАБС упитника .....	177
Табела 24. Број испитаника на подскеалама ProQOL упитника у односу на њихову припадност одговарајућој категорији.....	179
Табела 30. Хи квадрат ( $\chi^2$ ) тест разлика у изражености синдрома изгарања на личном нивоу код запослених у ГЦСР и другим установама .....	182
Табела 31. Хи квадрат ( $\chi^2$ ) тест разлика у изражености синдрома изгарања у вези са послом код запослених у ГЦСР и другим установама .....	182
Табела 32. Хи квадрат ( $\chi^2$ ) тест разлика у изражености синдрома изгарања у вези са клијентима код запослених у ЦСР и другим установама .....	183

Табела 33. Процент испитаника на подскали Саосећајно задовољство ProQOL упитника према установи .....	184
Табела 34. Процент испитаника на подскали Синдром изгарања ProQOL упитника према установи .....	184
Табела 35. Процент испитаника на подскали Секундарни трауматски стрес ProQOL упитника према установи.....	184
Табела 36. Процент испитаника са високим скором на подскалама ТАБС упитника .....	185
Табела 25. Процент испитаника са израженим синдромом изгарања на подскалама СВИ упитника према радном месту .....	188
Табела 26. Процент испитаника на подскали Саосећајно задовољство ProQOL упитника према радном месту.....	189
Табела 27. Процент испитаника на подскали Синдром изгарања ProQOL упитника према радном месту.....	190
Табела 28. Процент испитаника на подскали Секундарни трауматски стрес ProQOL упитника према радном месту .....	191
Табела 29. Процент испитаника са високим скором на подскалама ТАБС упитника према радном месту.....	192
Табела 37. Поређење нивоа саосећајног задовољства између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима	196
Табела 38. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима	198
Табела 39. Поређење степена изражености трауматског искуства и ефеката викаријске трауме између испитаника који проводе до половине радног времена у	

непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима.....	200
Табела 40. Поређење нивоа саосећајног задовољства између испитаника различитих година радног стажа .....	202
Табела 41. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника различитих година радног стажа .....	203
Табела 42. Поређење нивоа трауматског искуства између испитаника различитих година радног стажа .....	205
Табела 43. Поређење нивоа саосећајног задовољства између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије .....	208
Табела 44. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије .....	210
Табела 45. Поређење нивоа саосећајног задовољства између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије .....	211
Табела 46. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије.....	212
Табела 47. Поређење нивоа трауматског искуства између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије.....	214
Табела 48. Поређење нивоа трауматског искуства између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије .....	215
Табела 49. Поређење нивоа саосећајног задовољства између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине.....	218
Табела 50. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине.....	219

Табела 51. Поређење степена изражености трауматског искуства и ефеката Викаријске трауме између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине .....	221
--	-----

# Садржај

УВОД.....	1
1. ПРОФЕСИОНАЛЦИ У СИСТЕМУ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ И МЛАДИХ .....	4
1.1. <i>Квалитети и карактеристике професионалних помагача</i> .....	4
1.1.1. Саморазумевање.....	7
1.1.2. Професионална знања.....	8
1.1.3. Самоконтрола .....	8
1.2. <i>Установе социјалне заштите деце и младих</i> .....	9
1.3. <i>Захтеви и добити од рада са трауматизованом децом</i> .....	11
2. ТРАУМА.....	14
2.1. <i>Теоријско одређење појма трауме</i> .....	14
2.2. <i>Врсте трауме</i> .....	22
2.3. <i>Последице трауматизације код деце и младих</i> .....	27
2.4. <i>Теорије значајне за рад са трауматизованом децом и младима у систему социјалне заштите</i> .....	31
3. ВИКАРИЈСКА ТРАУМА.....	38
3.1. <i>Теоријско одређење викаријске трауме</i> .....	38
3.1.1. Одређење појма.....	46
3.2. <i>Знаци викаријске трауме</i> .....	50
3.3. <i>Последице и начини превазилажења викаријске трауме</i> .....	56
3.3.1. Професионални ниво превазилажења викаријске трауме .....	59
3.3.2. Лични ниво превазилажења викаријске трауме .....	61
3.3.3. Организациони ниво превазилажења викаријске трауме .....	61
3.4. <i>Превенција појаве викаријске трауматизације</i> .....	63
3.4.1. Професионални ниво превенције викаријске трауматизације .....	66
3.4.2. Организациони ниво превенције викаријске трауматизације .....	71
3.4.3. Лични ниво превенције викаријске трауматизације .....	74
4. СИНДРОМ ИЗГАРАЊА .....	79
4.1. <i>Теоријско одређење синдрома изгарања</i> .....	79
4.1.1. Синдром изгарања из перспективе Маслач, Летреа и Шафелија .....	80

4.1.2. Синдром изгарања из перспективе Широма и Кристенсена.....	83
4.2. Предиспозиције за синдром изгарања (личне и организационе) .....	90
4.2.1. Организациони фактори везани за синдром изгарања.....	92
4.3. Последице и начини превазилажења синдрома изгарања.....	99
4.4. Превенција појаве синдрома изгарања.....	103
5. МОДЕЛ ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ ЗАСНОВАН НА ЗНАЊИМА О ТРАУМИ.....	107
5.1. Заштита заснована на знањима о трауми .....	107
5.2. Принципи праксе засноване на знањима о трауми.....	110
5.3. Модел и приступ пракси заснованој на знањима о трауми.....	112
5.4. Хронични стрес, траума и установе социјалне заштите.....	118
5.5. Елементи система за заштиту деце заснованог на знањима о трауми .....	121
6. ЕМПИРИЈСКО ИСТРАЖИВАЊЕ.....	130
6.1. Методолошки оквир истраживања.....	130
6.1.1. Предмет истраживања.....	130
6.1.2. Научни и друштвени циљеви .....	130
6.1.3. Хипотетички оквир .....	131
6.1.4. Научно истраживачке методе.....	132
6.1.5. Инструменти .....	133
6.1.6. Узорак.....	136
6.1.7. Научна и друштвена оправданост истраживања .....	142
6.2. Резултати истраживања .....	143
6.2.1. Упитник о демографским подацима.....	143
6.2.2. СВИ упитник .....	156
6.2.3. ProQOL упитник .....	162
6.2.4. ТАБС упитник.....	169
6.2.5. Провера хипотеза.....	175
6.3. Дискусија резултата истраживања.....	222
6.4. Ограничења истраживања .....	244
ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА .....	246
ЛИТЕРАТУРА .....	253



ПРИЛОЗИ.....	274
Прилог А Упитник о општим подацима испитаника .....	275
Прилог Б TABS упитник (WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES, 2003).....	279
Прилог В СВИ упитник.....	280
Прилог Г PROQoL упитник.....	282
Прилог 1 Изјава о ауторству .....	285
Прилог 2 Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада .....	286
Прилог 3 Изјава о коришћењу .....	287
БИОГРАФИЈА .....	288

## ***УВОД***

Живимо у тешком и неизвесном времену, пуном интелектуалних, економских и политичких притисака на професионалце и са свеприсутним и повећаним стресом на свим нивоима у свакодневном животу. Транзиција у којој се и даље налази наше друштво ка демократизацији и прихватању и имплементирању европских вредности за сад, чини нам се, на површину извлачи елементе система који подсећају на дисфункционалне породице са којима се професионалци у социјалној заштити сусрећу свакодневно.

Блум је изнела тезу да дисфункционални друштвени систем подсећа на дисфункционалне породице, и имају неке или све од следећих карактеристика (Bloom, 2003:9):

- „Непрестане културне кризе где нису формулисана дугорочна и превентивна решења, зато што се све време и средства троше на *гашење пожара*;
- Демократски процеси у организацији су замењени ауторитативним доношењем одлука и ригидној хијерархији;
- Постојећа култура је култура постиђености, окривљавања и отуђивања;
- Одржавање реда кроз изолацију, раздвајање, претерана контрола манипулацијом, интриге и закулисне радње које доводе до неповерења и избегавања;
- Мало добре воље где се позитивне емоције не подстичу, а негативне емоције толеришу или подстичу;
- Подстицање развоја културе грубости, злобе и насиља;
- Порицање да било какав стварни проблем постоји;
- Велики ниво хипокризије у дневном функционисању – свакодневне активности;
- Активно обесхрабтивање да се супротстави реалности“.

Изгледа да је пуно дисфункционалности присутно свуда око професионалаца у социјалној заштити, а за рад са трауматизованом децом и

младима потребни су стабилни и едуковани професионалци подржани у својим организацијама и друштву. Блум (2005) каже да се трауматизована деца не могу опоравити од трауме ако јој у томе помажу изнурени професионалци из трауматизованих организација, већ да тако дечји проблеми само могу да се погоршају.

У овом раду бавимо се чиниоцима који доприносе квалитетнијем пружању услуга у социјалној заштити деце и младих, из аспекта професионалаца. Пошли смо од тога да је у заштити трауматизоване деце и младих који су корисници услуга социјалне заштите, потребан теоријски оквир заснован на знањима о трауми, који треба да буде имплементиран на свим нивоима, од система социјалне заштите, различитих служби и услуге које се пружају, до свесности да трауматизовани корисници услуга утичу на професионалце и да постоји потреба да се професионалци заштите од професионалног изгарања и викаријске трауматизације.

Шекелфорд (према Bride, 2007; Newell & MacNeil, 2010; Pryce, Shackelford, Pryce, 2007) наводи да постоје три психолошка професионална ризика за професионалце у социјалној заштити деце и младих и да су то примарна траума, секундарна траума и синдром изгарања (наведено у Shackelford, К, К., 2012). Због тога ћемо у овом раду детаљно говорити о ова три професионална ризика, јер добрим познавањем и разумевањем истих идемо у правцу модела заштите базиране на знањима о трауми.

Аутори, као што су Бенет и Флинт (2005), сматрају да је веома битно да се професионалним ризицима посвети посебна пажња. Поред тога што угрожавају професионалца, они истовремено могу негативно да утичу на клијента (наведено у Срна, 2011). Ако је професионалацу у социјалној заштити деце и младих, услед излагања стресу, снажним емоцијама и трауми угрожено физичко и ментално здравље као и његова добробит, можемо поставити питање какав је квалитет услуга које он пружа.

Овај рад састоји се из два дела: теоријског и истраживачког. У првом, теоријском делу представићемо теоријска одређења трауме, викаријске трауме и

синдрома изгарања, одредити теоријске основе и систематизовати релевантних научних сазнања која се односе на модел заштите заснован на знањима о трауми.

Истраживање које смо спровели у о оквиру овог рада, било је усмерено на сагледавање присуства професионалног изгарања и викаријске трауме код професионалаца запослених у систему социјалне заштите деце и младих у Београду. Поред тога циљ је био и утврдити које карактеристике професионалаца и конкретног посла који обављају са децом и младима је у вези са присуством и интензитетом синдрома изгарања код ових професионалаца.

Увидели смо каква је бројност запослених на терену, каква је расподела запослених по различитим службама које се баве заштитом деце и младих, и који су то демографски подаци карактеристични за професионалце у овим службама. Подаци добијени истраживањем указали су на службе у којима је бројчано велико присуство професионалаца са чиниоцима синдрома изгарања и викаријске трауме. Ова истраживање нам је показало на могуће чиниоце који доприносе настанку синдрома изгарања и викаријске трауме код професионалаца у заштити деце и младих. Сматрали смо да је потребно утврдити постојеће стање да би направили базу за даље и детаљније анализе могућих чинилаца који доприносе и на који начин доприносе настанку синдрома изгарања и викаријске трауме у нашим условима, као и планирање превенција настанка синдрома изгарања и викаријске трауматизације код професионалаца у социјалној заштити деце и младих.

# ***1. ПРОФЕСИОНАЛЦИ У СИСТЕМУ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ И МЛАДИХ***

## **1.1. Квалитети и карактеристике професионалних помагача**

У овом делу говорићемо о пожељним карактеристикама професионалца који раде у социјалној заштити деце и младих, јер оне представљају један од чинилаца које доприносе квалитету рада тј. услуга које се пружају корисницима. Обзиром на емоционалне захтеве и стрес који чини саставни део посла социјалног радника и других професионалаца у заштити деце и младих потребно је знати које особине доприносе настанку синдрома изгарања или викаријске трауматизације, а који са друге стране доприносе отпорности професионалца.

Хекни и Комијер (2012) наводе да стручна јавност истиче да су неке карактеристике које имају стручњаци који се баве саветодавним радом доприносе успеху саветовања. Ови аутори наводе следеће карактеристике (Haskney & Comier, 2012:13):

- „Освештеност и разумевање себе;
- Добро психичко здравље;
- Осетљивост за расне, етничке и културне чиниоце код себе и код других и њихово разумевање;
- Отвореност/непристрасност;
- Објективност;
- Компетентност;
- Поузданост;
- Интерперсонална привлачност.“

Под интерперсоналном привлачношћу аутори наводе да „ клијенти доживљавају саветодавце привлачним када их процењују сличнима или компатибилним са собом“ (Haskney i Comier, 2012:18). Они сматрају да се те процене не раде намерно већ итнуитивно, али на основу показатеља као што су ставови, уверења, пријатност, допадљивост, поглед на свет, али и пол и године.

На сличан начин, Перот (2003) је одредио пожељне карактеристике за саветодавца (наведено у Тап, 2011). По њему то су:

- психичко здравље,
- истинско интересовање за људе,
- способност емпатије,
- лична топлина,
- самосвесност,
- толеранција на двозначност,
- вредности“ (наведено у Тап, 2011:1).

Како видимо, различити аутори на сличан начин истичу карактеристике које је пожељно да има један саветник. Сматрамо да су поменуте карактеристике универзалне за све професионалце у социјалној заштити деце и младих, без обзира на којем радном месту и позицији су запослени.

Овим карактеристикама додали бисмо и добро физичко здравље, јер оно омогућава континуитет у раду без честих и дугих пауза. Ово је посебно значајно за професионалце који раде у резиденцијалном смештају деце и младих. Трауматизованој деци и младима у почетној фази опоравка од трауме треба сталност, предвидљивост и дневна рутина. Деца и васпитачи временом треба да успоставе квалитетан однос и повезаност. Деца у породицама знају ко ће бити поред њих када се пробуде и када буду ишли на спавање и за разлику од деце у резиденцијалном смештају не брину о томе (Barton et al., 2012). Из искуства знамо да деца у Прихватилишту за злостављану децу у Београду веома често питају „Ко ради поподне?“ или „Ко ради ноћ?“ чак и по неколико пута исту или различите особе, тражећи потврду већ добијене информације. Због тог осећаја сигурности и предвидљивости код деце, веома је битно упознати их са распоредом рада запослених, да знају кога да очекују. Корак даље је планирање годишњих одмора и процедуре које се прате када треба заменити васпитача, било због боловања или промене посла. Добро психичко здравље професионалаца, као и чињеница да нису преплављени личним проблемима доприносе успеху у пружању услуга и чињеници да су такви више од користи корисницима тих услуга. У литератури се

сусрећу подаци како су социјални радници, али и други професионалци у помагачим професијама склони да не брину довољно о свом психичком здрављу. Па тако су Вајт и Френцони (1990) у истраживању утврдили да су психијатри, психолози и психотерапеути чешће депресивни и анксиозни у односу на општу популацију као и да имају више проблема у међуљудским односима (наведено у Hackney i Comier, 2012). Оваква констатација иде у прилог нашем истраживању синдрома изгарања и викаријске трауме код професионалаца у социјалној заштити деце и младих и истиче важност свих наведених пожељних особина професионалаца у заштити деце и младих, затим заштитних механизма и јачања свести о томе, како социјалних радника тако и свих других професионалаца који су свакодневно изложени већем степену стреса и траума због саме природе посла коју обављају.

У даљем тексту мало детаљније ћемо говорити о пожељним карактеристикама професионалаца у социјалној заштити деце и младих, и то о: емпатији, разумевању себе, професионалном знању и само-контроли.

*Емпатија* доприноси успешности интервенција и пружених услуга које предузима професионалац. У заштити деце и младих разумевање њихових емоција води разумевању и њихових поступака. Емпатија представља и дар и клетву. Она омогућава професионалцу да буде веома ефикасан пружалац услуга, али га чини и осетљивим на викаријску трауматизацију.

Хекни и Комијер (2012:67) „сматра се да емпатија има две фазе. Глединг (2006) каже да су те фазе примарна емпатија, која укључује показивање темељног разумевања тога што клијент осећа и доживљава те поступке који су темељ тога, и напредна емпатија, која је одраз не само тога што клијент изравно говори, већ и онога што притом подразумева или непотпуно исказује. Иган (2007) то друго стање назива „основном“ емпатијом. Довољно јака осетљивост да се „ухвати“ то што клијент даје наслутити или потпуно исказује изазов је који са собом носи прецизна емпатија.“ Поред разумевања на когнитивном нивоу, емпатија има разумевање и на емоционалном нивоу јер је могуће да професионалац осети интензивне емоције корисника и њихова значења које су повезане са искуством, а то су најчешће бол, страх, бес и туга (Pearlman, et al., 1995).

Да би професионалац заштитио себе, било би добро да не дозволи да га осећања која има корисник преплаве. У стварном животу то је јако тешко посебно када су клијенти трауматизована деца и млади. Да би се постигао одређени ниво раздвајања интелекта и емоција, потребна је захтевна обука професионалаца. Циљ који треба постићи јесте схватање емпатије као разумевање клијентове тачке гледања и способност професионалца да види ствари и догађаје на тај начин и из те перспективе. Ако осећамо оно што клијенти осећају из дана у дан, месецима и годинама, на путу смо да професионално изгоримо (Maslach, 2015). А то свакако није оно што је пожељно у одговорном и успешном обављању посла који укључује емпатију као део процеса професионалног рада.

Саморазумевање, самоконтрола и професионална знања представљају чиниоце који доприносе отпорности професионалца на професионалне ризике.

### **1.1.1. Саморазумевање**

Одговоран професионалац препознаје да су познавање себе и саморазумевање особине које доприноси квалитету пружених услуга. Жегарац (2005) истиче да је самоспознаја процес који се не завршава јер професионалац који тежи да упознаје себе на тај начин могућност да оштети клијента своди на минимум. Веома је битно освестити мотивацију за помагањем, властите потребе, емоције, снаге, ограничења у виду начина на који се суочавамо са тешкоћама и стресом (Hackney & Comier, 2012). Ови аутори наглашавају да је вредно разумети и како наше унутрашње норме, вредности, претпоставке, доживљаји и митови могу негативно да утичу на однос са корисником. Такође је битно освестити и која осећања код нас изазива сваки појединачни корисник.

Саморазумевање и свесност својих врлина и мана помаже да се професионалац не заплете у мрежу идентификације, пројекције и контратрансферних реакција. Због тога је помоћ у виду супервизије веома драгоцен, јер одражава добро разумевање себе код професионалца.



### **1.1.2. Професионална знања**

Професионална знања чини скуп посебних информација, релевантних знања из широког спектра научних дисциплина и различите практичне вештине. У заштити трауматизоване деце и младих познавање и разумевање трауме од пресудног су значаја. Професионалац би требао да поседује глад за знањем, и да има жењу за континуираном едукацијом у циљу унапређења и проширивања својих знања. Када корисник услуга види професионалца као компетентног и особу од које прима конкретну помоћ, тада његово поштовање према професионалцу расте и олакшава сарадњу.

### **1.1.3. Самоконтрола**

„Мофит (1996) дефинише концепт самоконтроле као унутрашњу контролу особе над понашањем у одређеној ситуацији, имајући у виду његове консеквенце. Огледа се пре свега у контроли импулса и предвиђању и планирању.“ (наведено у Цамоња Игњатовић, et al., 2011:264). Већ смо рекли да је посао професионалаца емоционално врло захтеван, што може бити отежавајуће за контролу импулса. Самоконтрола је повезана са разумевањем себе. Када добро разумемо себе, повећавамо и властиту способност контроле.

Могућност успешне интервенције како наводи Жегарац (2014) значајно се повећава регулисањем осећања која су очекивана услед рада са трауматизованом децом и њиховим породицама. Најчешће се јављају љутња, страх од физичког напада клијента или страх од губитка контроле, анксиозност, амбивалентност према неком члану породице, осећање немоћи и некомпетентности. Ово су све тешка и интензивна осећања, која је потребно вентилirati и разумети. На повећању самоконтроле професионалац може радити кроз супервизију или неки други облик подршке који му је на располагању.

Нукраг (2012) примећује да професионални ризици у помагачким професијама, као што су стрес, професионално изгарање, замор саосећања, викаријска трауматизација и необрађени психолошки проблеми, могу да ометају

способност професионалца да успостави добар однос са корисником услуга (Lawson, 2007; Norcross, 2010; Roach & Young, 2007), што омета или спречава професионалца да буде емпатичан и на тај начин дешава се да умањи квалитет пружене услуге.

## **1.2. Установе социјалне заштите деце и младих**

У овом раду истраживали смо професионалце запослене у Градском центру за социјални рад (ГЦСР), Центру за породични смештај и усвојење, (ЦПСУ) Центру за заштиту одојчади деце и омладине (ЦЗОДО), Прихватилишту за ургентну заштиту злостављане деце и Прихватилишту за децу са прихватном станицом, у Београду (у даљем тексту користићемо скраћенице). Намерно смо издвојили Прихватилиште за ургентну заштиту злостављане деце, иако је организациона јединица (у даљем тексту ОЈ) ЦЗОДО, али специфичности посла и ритма у којем се функционише ближе је Прихватилишту за децу, него осталим ОЈ ЦЗОДО. Због тога потребно је рећи неку реч и о овим службама.

Свака од ових служби има своју област деловања посебна је на свој начин. Простоји сарадња између установа.

*Градски центар за социјални рад у Београду* (ГЦСР) основан је као јединствена установа за обављање социјалне и породично-правне заштите грађана Београда, решењем Скупштине града од 12. децембра 1991. године. Садашњи организациони модел ГЦСР састоји се од 17 општинских одељења у чијој је надлежности реализација непосредне заштите грађана, Одељење за послове планирања и заштиту и Саветовалиште за брак и породицу. За овај рад од великог значаја су општинска одељења ГЦСР, јер имају кључну улогу у заштити деце и младих. У периоду пре оснивања ГЦСР и, централизовања службе, у Београду су постојали општински центри за социјални рад. Према закону о социјалној заштити ГЦСР је надлежан за послове процене планирања и упућивања корисника на коришћење услуга социјалне заштите (ГЦСР, 2016). Поред тога ГЦСР има и функцију органа старатељства што је прописано Породичним законом, (Закон о

социјалној заштити 2011; Породични закон 2005) и путем те функције „обезбеђује основну заштиту права и интереса детета, одговарајућим интервенцијама социјалне заштите и породичноправне заштите детета у ситуацијама када су угрожени услови за његов живот“ (Жегарац, 2004:93).

*Центар за породични смештај и усвојење* (ЦПСУ) основан је 2008. године као резултат реформских процеса система социјалне заштите у Републици Србији, са задатком да „стандарде који су дефинисани спроводи у пракси и унапређује живот деце без родитељског старања (Грујић, 2013). Према Закону о социјалној заштити (Закон о социјалној заштити, 2011) делатност центра је усмерена на хранитељство и усвојење. Овај центар има задатак да врши процену, одабир и обуку хранитеља, да обезбеђује подршку хранитељима и да планира услуге и мере заштите деце и младих на хранитељском смештају (ЦПСУ, 2015).

Највећи број стручних радника у ГЦСР запослен је на радном месту водитеља случаја, а у ЦПСУ на радном месту саветника за хранитељство. Заједничко овим радним позицијама јесте да имају обавезу доношења одлука, да један део радних задатака обављају у теренским посетама и да имају обезбеђену супервизију. Специфично за водитеље случаја јесте повремено 24 часовно дежурство у виду расположивости за хитне интервенције у сарадњи са припадницима МУП-а.

*Центар за заштиту одојчади деце и омладине* (ЦЗОДО) – је установа социјалне заштите у Београду са дугом историјом заштите деце и младих. Корисници домског смештаја према Закону о социјалној заштити (2011), чл.52. “домски смештај обезбеђује се кориснику коме се не могу обезбедити, или није у његовом најбољем интересу, останак у породици, ускуге у заједници или породични смештај“

Центар за заштиту одојчади, деце и омладине у Београду, пружа услуге деци чије породице због различитих околности не могу да обезбеде пуну бригу за оптималан развој својих најмлађих чланова. Услуге које се пружају у овој установи су: услуга домског смештаја за децу, услуга домског смештаја за мајку и дете, неодложан и краткорочан смештај, што обухвата и припрему детата за

повратак у примарну породицу или одлазак у хранитељску или усвојитељску породицу. За овај рад значајни су професионалци који раде у домској заштити деце и младих и то у посебним организационим јединицама овог центра, а то су: ОЈ дом *Дринка Павловић*, ОЈ дом *Моша Пијаде*, ОЈ дом *Јован Јовановић Змај* и ОЈ Дом за средњошколску и студентску омладину (ЦЗОДО, 2014).

***Прихватилиште за ургентну заштиту злостављане деце*** је једна од организационих јединица ЦЗОДО. Са радом је почело 2002. године и пружа услуге прихватилишта, тј. неодложан и краткорочан смештај деци и младима која су трауматизована злостављањем и занемаривањем.

***Прихватилиште и прихватна станица***, основано је 1958 године као засебна установа социјалне заштите деце и младих. Од краја 90-их година двадесетог века постаје организациона јединица Завода за васпитање деце и омладине. Прихватилиште и прихватна станица обезбеђују привремено и целовито збрињавање деце и младих, без обзира на разлоге смештања.

Према Закону о социјалној заштити (2011) чл.55 „Смештајем у прихватилиште кориснику се обезбеђује краткотрајан смештај и осигурава безбедност, изналажење одрживих решења за кризне ситуације, задовољење његових основних потреба и приступ другим услугама“.

Већину запослених у домовима и прихватилиштима чине васпитачи, од којих се очекује да највећи део свог радног времена проводе у директном раду са децом и младима. Посао васпитача обавља се у сменама и постоје повремени дежурства викендима и празницима (Прихватилиште за децу Београд, 2009-2015).

### **1.3. Захтеви и добити од рада са трауматизованом децом**

Посао професионалног помагача у некој од служби социјалне заштите деце и младих, је емоционално веома захтеван, провокативан и стресан. Са једне стране леп, јер постоји вера и нада да ће се помоћи неком детету или младој особи да се осећа боље или да превазиђе неповољне околности у властитом животу и сл.

Са друге стране постоје ограничења која ометају професионалца да преузети посао заврши у предвиђеном времену за службу, у ритму корисника и да задовољи потребе и пружи услугу на начин који је задовољавајући за корисника.

Обзиром да брига о трауматизованој деци није исто што и брига о деци у примарној породици јер су потребе ове деце специфичне, она захтева од професионалаца да разумеју процесе који се дешавају, и да поседују специфична знања и вештине. Ово је значајно за професионалце у свим горе поменутим установама. Та специфична знања помажу да детету и младој особи обезбеде што бољу заштиту, да подрже дете у том процесу, као и да подрже одрасле који брину о детету или младој особи.

Свако дете и млада особа којој је потребна заштита, „носи са собом јединствену причу и причање те приче испољава се у многим различитим формама кроз свакодневно понашање“ (Роуз; 2013:112). У раду са трауматизованом децом и младима комуникација се одвија на различитим нивоима, на различите начине и свако понашање представља неку комуникацију. Због пређашњег породичног искуства које је обележила нестабилност и несигурност у својој комуникацији, деца и млади често користе различите провокативне моделе понашања. У великом броју случајева они немају поверење у одрасле, сумњају у заштиту која им се нуди, „поседују необјашњив бес који делује крајње диспропорционално у односу на ситуацију“ (Роуз; 2013:112); разбијају намештај и другу вредну својину; лажу, краду, беже; често је присутно понашање којим се супротставља и пркоси; могуће је повлачење из контакта са другим људима и самоповређивање“ (Роуз; 2013).

Деца и адолесценти који показују веома изазовно понашање, тестирају професионалце јер некада траже одраслу особу која неће да одустане од њих. Поред тога што професионалци треба да буду подршка детету или младој особи, његовој породици или хранитељима, они треба да помажу и подржавају једни друге.

Директан рад је по својој природи због оваквог начина комуникације деце са одраслима често стресан, узнемирујућ и непредвидив. Због тога професионалци

у социјалној заштити деце и младих треба да разумеју теоријске моделе који би им олакшали решавање наизглед нерешивих проблема. Битно је да имају квалитетну супервизију и да континуирано унапређују знања.

„Рад на заштити деце од злостављања и занемаривања професионално је сложен, морално вредан, друштвено значајан и изазован посао. У основи овог посла леже посвећеност, идеализам и солидарност, као и снажна људска жеља да се исправи погрешно, зацели оно што је деструкцијом сломљено. Бављење оваквим послом доноси професионално и лично задовољство кроз доживљај испуњености самим радом и доживљај моћи везан за постигнуће позитивних резултата:

- пружање професионалне помоћи насиљем угроженој деци,
- пружање подршке њиховим породицама да успоставе своје функције и
- давање подстицаја друштвеној заједници да изгради ефикасне механизме за третман и превенцију насиља“ (Срна, 2011:201).

## **2. ТРАУМА**

### **2.1. Теоријско одређење појма трауме**

Полазну тачку у разумевању понашања трауматизованих корисника услуга система социјалне заштите, а првенствено деце и младих, представља теоријско знање о трауми, њено одређење, могући видови адаптације, последице које изазива и др.

У медицини траума представља повреду и ту су дилеме релативно ретке, док у стручној литератури у областима које се баве изучавањем психолошке трауме постоје недоследности у дефинисању појма траума. Када посматрамо шта је заједничко дефиницијама које смо одабрали да представимо, увиђамо да је то управо та језичка и семантичка недоследност и тешкоћа да се исказе и одреди шта је траума.

Да ли је траума болан догађај, повреда психе, стање, катастрофа, животни догађај, искуство или „ оно нешто“? Ово је питање које због своје комплексности и недоследности у дефинисању појма трауме тражи пажњу, истраживање, промишљање и одређене закључке, који ће на прави начин користити целом овом истраживачком раду.

За разлику од теоријског дефинисања појма трауме, много лакше и прецизније се одређују последице које може испољавати појединац након трауматског догађаја. Можда баш због тога, што се траума може препознати на основу манифестација, траума нема јасно одређену дефиницију саму по себи већ се одређује на основу последица које изазива.

Ипак, како бисмо боље разумели саму срж проблема дефинисања појма трауме, неопходно је да се осврнемо и на различите дефиниције трауме које су резултат различитих полазних гледишта, различитих теоријских оквира, у складу са опсервацијама професионалаца, у оквиру струка којима се баве и времена у којем су настале. Према „Речнику социјалног рада“, „ траума – у медицини, телесна рана или повреда. У психологији, изненадан, прекомерно непријатан,

болан *догађај* који изазива штетне психичке последице“ (Видановић, 2006:408). Исту дефиницију трауме налазимо и у „Речнику психологије“ (Требјешанин, 2004:511). Ова дефиниција у делу у којем говори о одређењу трауме у психологији, у ствари говори о одређењу трауматског догађаја. Слично одређење трауме имамо и у дефиницији која следи, а то је да се „психолошка траума обично дефинише као *догађај* изван уобичајеног људског искуства који представља претњу за живот. Заједнички именитељи за психолошку трауму су: интензиван *страх, беспомоћност, губитак контроле и страх од уништења*“ (Славковић, 2010:27).

Следи дефиниција из Баркеровог речника „Речник социјалног рада“ где се наводи се да је траума „*повреда тела или психе*, изазвана неком врстом шока, насиљем или непредвиђеном ситуацијом. Симптом психолошке трауме чини укоченост осећања, повлачење, *беспомоћност*, депресија, анксиозност и *страх*“ (Barker, 1999:492). У дефиницији трауме коју су дали Херманова и Баркер, као и у дефиницији која следи, аутори истичу *страх и беспомоћност* као главна осећања које се јављају код појединца који је доживео трауму. То је заједничко свим релевантним дефиницијама појма трауме. И због тога ћемо то узети као најважније полазне аспекте у сагледавању и дефинисању појма. Ово полазиште надоградићемо још неким аспектима важним за појам трауме и за разумевање комплексности тог појма.

Важно је истаћи и следеће: „Траума је стање *нарушеног осећања сигурности, доминантне беспомоћности* и рањивости у свету који се доживљава као опасан, а *настаје као резултат екстремно стресних догађаја*“ (Нељдехин-Иванишевић и др., 2010:16). Ова дефиниција нам помаже да трауму разумемо као стање које се јавља услед изложености екстремно стресним догађајима који код појединца изазивају осећај веће осетљивости и рањивости. Због проживљене трауме доживљај света се генерализује и уопштава у перцепцији појединца који је доживео трауму и такав појединац свет доживљава као непријатељско место, а окружење и људе као опасност и извор могућих нових траума.



Дефиниције које следе наглашавају један други аспект трауме, а то је да настанком трауме постојећи механизми превладавања нису у могућности да помогну особи да заштити себе од онога шта ју је снашло. „Трауму дефинишемо као животни догађај који пред особу и *механизме превладавања* које је до тада развила, поставља задатак који она у том животном тренутку није у стању да когнитивно и емотивно обради на уобичајен начин, тј. користећи постојеће механизме“ (Корићанац, 2013:21). Овај аспект дефинисања трауме нам скреће пажњу на трауму као догађај који код појединца на проналази адекватне механизме превладавања свакако стресне и непријатне ситуације која га је снашла; и ту се отвара простор за осећај „заглављености“ у светлу доживљене трауме која се само евоцира и понавља у когнитивним и емоционалним обрасцима и процесима трауматизоване особе.

У складу са горе наведеним закључцима наводимо још једно објашњење које осветљава овај аспект појма трауме: „Траума се дефинише као било која по живот опасна, емоционално несавладива катастрофа која пробија уобичајене *механизме превладавања*, без обзира на то да ли се одиграла у детињству или у одрасло доба, да ли је у питању *једна епизода* злостављања или се оно *дешавало током целог живота*“ (Келерман и Хацинс, 2001:9). Из ове и наредне дефиниције сазнајемо да траума може да настане након једног или низа догађаја, што је свакако важно да се нагласи за боље разумевање комплексности појма трауме.

Ако сажмемо и направимо синтезу претходних закључака у разумевању појма трауме можемо да се сложимо са следећом тврдњом: „Траума се дефинише као искуство које прети да наруши осећај безбедности и сигурности неке особе, а може али и не мора садржати физичку повреду. Опште узевши, траума се доживљава као *појединачни догађај* или *низ догађаја* који код особе преплављују постојеће *механизме превладавања* и омета њену способност да интегрише и разуме емоције и мисли које се тичу тог искуства“ (Брк, 2013:70).

У начинима на који су аутори покушали да одреде трауму, како каже Блантер видимо да је „траума изузетно сложена појава која садржи елементе децентрирања, онеспособљавања, усађивања негативних слика и доживљаја,

равномерног евоцирања негативних осећања освете и гнушања над самим собом, као и кривице и стида поводом свих ових и неких других процеса. Међу њима су такође, тешки губици - недужности, позитивне матрице памћења, поузданих односа, архетипских веза и вреднованих делова личности, као што је веровање у сопствене снаге“ (Блантер, 2001:35).

Траума представља психолошку повреду која је реакција на догађај који ју је изазвао, а коју карактерише негативно искуство високог интензитета и емоционално стање у којем је особи нарушен осећај постојања, док трауматизација представља стање душе и тела у периоду који следи кад та траума остане необрађена, па тако и неинтегрисана, тј. када се особа није опоравила у очекиваном року.

Према свему горе наведеном закључујемо да, ***траума представља унутрашњи одговор особе на спољашњи догађај у којем је нарушен њен осећај физичке и психичке безбедности, а у којем доминира осећај страха, беспомоћности и губитка контроле***, и на овај начин ће појам трауме бити кориштен у овом раду.

У литератури се некада изјадначује значење термина траума и трауматски догађај (*traumatic events*), а некада траума и трауматизација (*traumatization*), док се трауматски догађај и трауматизација не користе као синоними. ***Трауматски догађај*** се заиста лако може одредити и то ћемо урадити у даљем тексту, док се начелно можемо сложити да се траума и трауматизација користе као синоними. Због устаљене употребе у језику и литератури и ми ћемо у овом раду користити овим терминима на горе поменути начин. Можемо рећи да трауматски догађај представља оно што се десило, тј. сам догађај који тек након човекове реакције, можемо окарактерисати да је био трауматски и од тада када говоримо о том специфичном догађају можемо да користимо израз трауматски догађај. На основу Дијагностичког и статистичког приручника за менталне поремећаје DSM-V Америчке психијатријске асоцијације, трауматски догађај је одређен као догађај који подразумева изложеност „стварној смрти или претњи смрћу, тешкој повреди, или сексуалном насиљу“ (American Psychiatric Association, 2013:271), без обзира да ли је особа била лично изложена трауматском догађају, да ли му је сведочила,

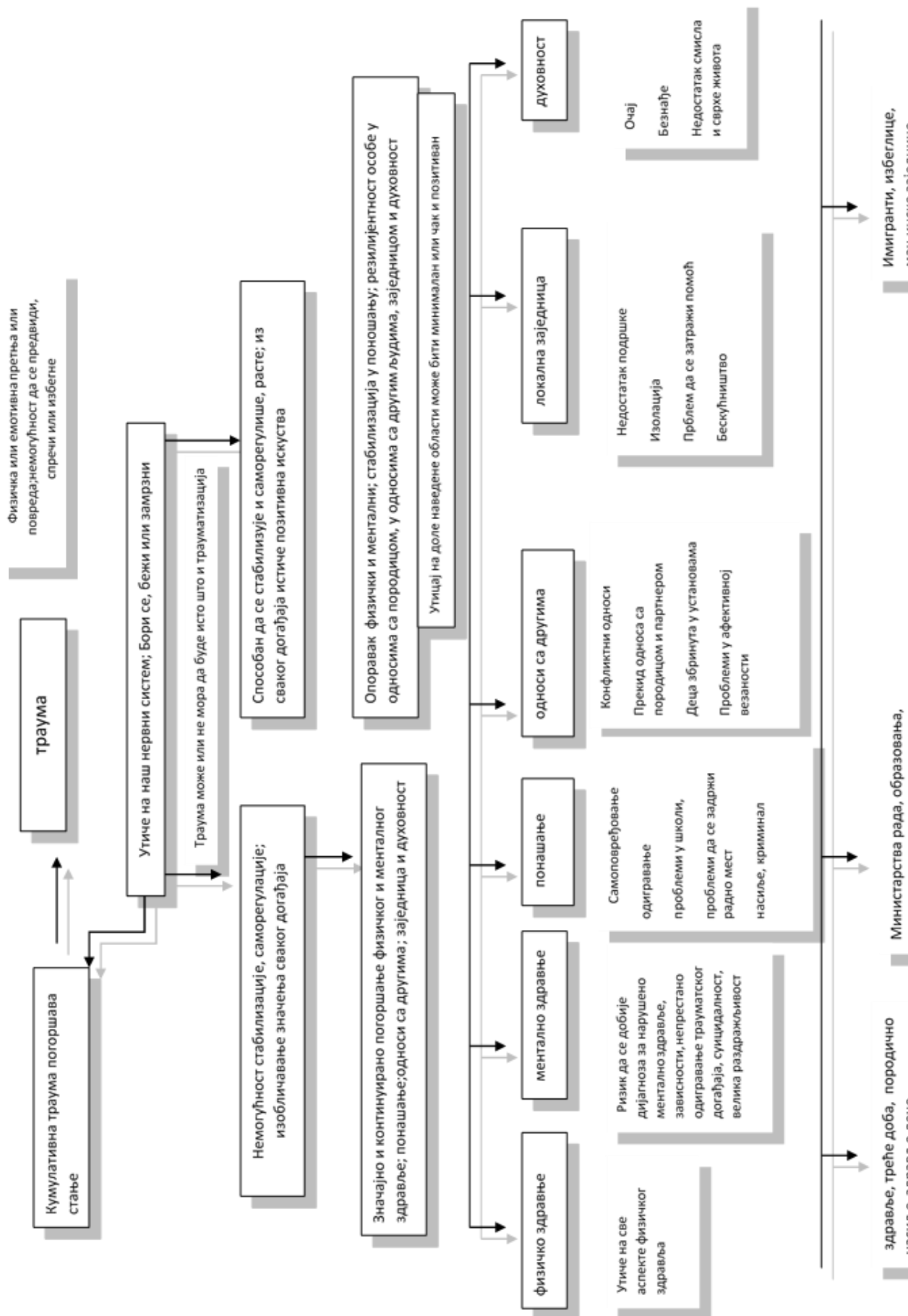
да ли је за тај догађај чула од пријатеља или члана породице којем се десио или му је била изложена путем континуиране изложености детаљима трауматичних догађаја (професионалци који раде са трауматизованим људима) а реакција те особе у виду интензиваног страха, беспомоћности или ужаса, може и не мора да се јави (Тарабић и др., 2013). Херман (1997) наводи да „трауматски догађај искључује уобичајене системе реаговања који људима дају осећај контроле, повезаности и смисла. Трауматски догађаји проузрокују слом уобичајених система адаптације на животне услове“ (Herman, 1997:33). И у овим одређењима трауматског догађаја видимо да се наставља недоследност у дистинкцији појма трауме и трауматског догађаја.

Трауматска искуства настају у вези са трауматским догађајем у којем је угрожен живот или безбедност човека, када се он осећа беспомоћно и рањиво. У данашње време изузетно је ретко да особа није имала неко трауматично искуство (Herman, 1997). Одређење да ли ће неки догађај бити доживљен као трауматичан или не, и какав ће бити интензитет и трајност последица, зависи и од објективних околности тог догађаја, и од личности особе, субјективног емоционалног искуства те особе и симболичког значења тог догађаја на особу.

На сличан начин и Требјешанин одређује „да ли ће неки догађај заиста довести до трауматског доживљаја, тј. до губитка равнотеже и до краха функција ега (опажање, мишљење, самоконтрола итд.) зависи од субјективних (снага ега, раније искуство), али и објективних (јачине и трајања трауматске ситуације) околности“ (Требјешанин, 2004:383). Свака особа даје неко симболичко значење трауматском догађају и да бисмо разумели трауму код сваке појединачне особе морамо да знамо која је симболика тог догађаја (Корићанац, 2013).

Када говоримо о реакцији на трауматски догађај, схватамо да непосредна реакција представља шок - залеђеност, борбу или бекство, а јављају се и неверица или хистерија. Да би човек схватио шта де десило потребно је да прође неко време. Након што се освети болна истина, настаје емотивна реакција сачињена од страха, беса, осећања губитка. Ван дер Колк, Мекфарлин & Вајсет (1996) кажу да се слике, осећања и сећања која су сувише болна потискују из свести, али остају сакривена у организму попут страних тела и манифестују се психосоматски

(наведено у Келерман и др. (ур), 2001:21). Сматра се да је ово тачка од које свака индивидуа почиње да се прилагођава на нову реалност на себи сопствен начин. Неко је у стању да сам проради и интегрише доживљено, а некоме треба већа или мања помоћ у томе. За људе који не успеју сами да првазиђу болно искуство, карактеристичан је феномен „трауматско понављање“, чија главна одлика јесте да се непрестано одиграва трауматски догађај (Келерман и др. (ур), 2001). Особа која се „заглавила“ у улози жртве непрестано се понаша на исти, деструктиван начин, како према себи тако и у комуникацији са другима са несвесним циљем да овлада неподношљивим, високо узнемирујућим емотивним стањима.



### Слика 1. Траума и трауматизација (Trauma-informed Toolkit, 2013:14)

Као што је представљено на Слици 1. траума је одређена као физичка или емотивна претња или повреда, која не може да се предвиди, спречи или избегне. Она узрокује реакцију нервног система познату као „замрзни се, бори се или бежи“. Након те реакције могућа су два пута: један код којег особа успева да превазиђе емоције везане за трауматски догађај и други у којем особа доживљава трауматизацију. Особа која превазиђе трауму тако што успе да се стабилизује након трауматског догађаја и да постигне саморегулацију емоција и понашања, иде у правцу физичког и менталног опоравка. У другом случају особа која доживи трауматизацију „тоне“ јер поред тога што не успева да се стабилизује и регулише емоције и понашања, има тенденцију да изобличи значење сваког догађаја и све види као претњу. Поред погоршања физичког и менталног здравља, трауматизовану особу карактерише и повлачење из социјалних група и погоршање односа са породицом, пријатељима и колегама на послу. Физичко здравље, ментално здравље, понашање, односи са другима, локална заједница и духовност представљају области живота човека на које највише бивају погођене трауматизацијом. Код трауматизоване особе од великог је значаја препознати да је одређено понашање или емоционално реаговање последица трауматизације, а не неке менталне болести или поремећаја у понашању. На тај начин се омогућује особи да прими адекватну помоћ у зависности од његовог актуелног стања. Трауматизованој особи је потребна подршка и за ту особу је значајно да успе да одржи какав-такав контакт са породицом, пријатељима и заједницом, да буде спречена у процесу изолације. Велику добробит појединци могу оставарити ако на једноставан и лак начин догу до информација како да добију помоћ или да остваре нека права а да не морају да иду од врата до врата.

Превенција је могућа и потребно ју је спроводити у областима здравља популације одраслог становништва, затим путем образовања и здравствене заштите деце, као и здравственој и социјалној заштити становништва припадника треће животне доби, и превенције породичног насиља.

Одговорност у превенцији и заштити становништва од трауматизације припада, Министарству за рад, запошљавање, борачка и социјална питања,

Министарству просвете, науке и технолошког развоја, Министарству правде, Министарству здравља, као и Агенцијама које се баве заштитом на раду.

Социјалне групе на које је потребно посебно обратити пажњу су имигранти, избеглице и мањинске групе, јер постоји велика вероватноћа да су доживели неки облик трауматизације.

## 2.2. Врсте трауме

Када говоримо о врстама трауме, могуће је направити неколико подела, у зависности од начина учествовања, дужине трајања, учесталости и сл. О свакој од њих нешто детаљније говорићемо у даљем тексту.

Професионалци у социјалној заштити деце и младих као и сви други људи могу бити изложени трауматским догађајима. Њихова посебност је у томе што су особе које свакодневно сусрећу по службеној дужности, корисници услуга система социјалне заштите, често трауматизоване особе. То значи да се они свакодневно сусрећу са људском тугом и патњом. Већина професионалаца кориснике услуга сусреће свакодневно, разговарају са њима о томе шта им се догодило, читају разну документацију и извештаје, размишљају о начинима на које могу да им помогну и сл.

Обзиром на то да је особа лично или посредно била изложена трауматском догађају, говоримо о примарној или секундарној трауми.

**Примарна траума** је она траума која је изазвана трауматским догађајем којем је особа била изложена лично. Из контекста посла којим се бави професионалац у социјалној заштити деце и младих, можемо говорити о два облика примарне трауме (Mathieu, 2012). А то су:

- **Примарна траума у приватном животу**, указује на трауматизацију која се десила у неком моменту живота професионалца. Матју (2012) наводи да резултати истраживања говоре да је 60% професионалаца који раде у

помагачким професијама барем једном у животу доживело трауму и да је то један од разлога зашто су одлучили да се баве послом којим се баве.

- **Примарна траума везана за посао** указује да је професионалац били лично изложен трауматском догађају када је био на радном месту или је обављао неки задатак по службеној дужности. Нпр. професионалац може да буде нападнут од стране корисника на радном месту или приликом теренске посете, може да присуствујете покушају суицида и сл.

**Секундарна траума** је она траума која је настала услед посредне изложености трауми. „То значи да професионалац лично није био у стварној опасности“ (Mathieu, 2012:13). Можемо рећи да професионалац није био лично изложен трауматском догађају, али да је са трауматским садржајем упознат вербално у разговору са корисницима, читајући извештаје, у анализи случаја, слушајући давање изјаве и саслушња у суду или гледањем узнемирујућег материјала на телевизији.

Подела трауме која следи више говори о искуству корисника услуга система социјалне заштите, па тако и деце и младих. У планирању заштите, потребно је детаљно испитати и направити оквир рада заснован на знањима о врстама трауме које је је то дете или млада особа доживела. У водичу за праксу засновану на знањима о трауми, истиче се да можемо да говоримо о пет врста трауме. (Trauma informed practice guide, 2013:6). То су:

- **Појединачна траума** – настаје као последица једног инцидентног догађаја.
- **Комплексна траума** - „Израз сложена/комплексна траума описује двојаки проблем изложености детета вишеструким трауматичним догађајима и утицај те изложености на директне/непосредне и дугорочне исходе. Типично, изложеност комплексној трауми настаје када је дете злостављано или занемаривано, али може бити проузрокована другом врстом догађаја као што су присуствовање породичном насиљу, етничком чишћењу или рату. Комплексн траума не настаје случајно, она настаје из међуљудског односа, и за њен настанак одговорна је друга особа. Много деце у сиситему социјалне заштите доживело је комплексну трауму“ (Cook, A., et al., 2007,



наведено у Child Welfare Committee, National Child Traumatic Stress Network, 2008). Ringel et al. (2013) наводе да је Куртуа развила свеобухватну дијагнозу комплексне трауме, и да је у њеном одређењу нагласила немогућност саморегулације, само-организације и да је за опоравак од трауме потребно ослонити се на односе који враћају властити интегритет. Комплексна траума је према Форд и Куртуа (2009) повезана са историјом вишеструких трауматичних стресора и изложености искуству, упоредо са озбиљним поремећајем у односу на примарног пружаоца неге“ (наведено у Ringel & Brandell, 2013:6)

- **Развојна траума** – јесте она траума која настаје кумулацијом из интеракције са родитељима или другим примарним пружаоцима неге. „Можемо идентификовати четири врсте развојне трауме и четири личне митологије које из њих проистичу: **напуштеност, издаја, обеснаживање и хаос.**“ (Мошер и Јакмен, наведено у Келерман и Хацинс (ур.), 2001:215)
- **Интергенерацијска траума** – научници се баве размишљањем да ли и на који начин трауматизовани члан породице утиче на све око себе, супружника, децу, родитеље? Мајетић наводи да у последње три деценије бројни научници за истраживачки задатак бирају да открију на који начин искуство родитеља (како починиоца, тако и жртве) може да утиче на емотивни развој детета, тј. да ли траума може да се пренесе са генерације на генерацију? „Како су истраживања показала, психолошка траума (нарочито масовна као што је геноцид) може имати дугорочне последице и то не само на генерацију која ју је доживела, већ и на потомке који немају примарно искуство. Најпримеренијим показао се термин "ехо трауме", имајући у виду да није реч о буквалном преношењу саме трауме, али и да кулминација и јачина ехоа зависе од различитих варијабли попут извора који преноси ехо (починиоца или жртве), примаоца (припадника постгенерације) и окружења (социо-културног контекста)“ (Wiseman and Barber, наведено у Мајетић, 2012:84).
- **Историјска траума** – Марија Жути Коњ Храбро Срце (Maria Yellow Horse Brave Heart) дефинисала је шта је то историјска траума. Она каже да је

историјска траума „кумулятивна емоционална и психолошка рана кроз генерације, укључујући животни век/људски живот, која произилази из масивне групне труме“ (Trauma informed practice guide, 2013:15). Сматра се да историјске трауме настају као последице: геноцида, колонијализма, ропства и рата, а да интергенерацијска траума представља један од аспеката историјске трауме (Trauma informed practice guide, 2013).

У даљем тексту, дат је краћи осврт и на основу досадашњег искуства дат пример како би се различити облици трауме могли преплитати у животу једне прородице припадника етничке мањинске заједнице. У примеру из нашег миљеа, облике трауматизације које је могло доживети једно дете из Ромске националне мањине могли би да опишемо на следећи начин:

Ромска мањинска заједница, као заједница доживела је историјску трауму. У нашем друштву распрострањена је „дискриминација Рома у свим сферама живота, уз вековно искуство вишеструке маргинализације“ (Жегарац и др, 2014в:221) која егзистира у интеракцији са структурним сиромаштвом. То значи да Роми припадају вулнерабилној групи становништва која је социјално искључивана што значи да постоји процес потискивања на друштвену маргину и спречавање њиховог учествовања у друштву (Перишић и др., 2015). Живот већине припадника ромске националне мањине одвија се у нехигијенским насељима, живе без сталног запослења, са ниским нивоом образовања које омогућава проналажење повремених и слабо плаћеног посла, присутно је знатно чешће коришћење услуга система социјалне заштите у виду новчане социјалне помоћи (НСП) у односу на већинску популацију, а честа су и издвајања деце из породице и смештај на алтернативно старање. Сви овде споменути начина на који се друштво и већинска заједница односе према Ромима, без омогућности за „истом стартном позицијом у животу“, довели су до тога да један већи део ромске популације буде трауматизован. Како се однос према овој мањинској заједници у значајнијој мери не мења, или се мења веома споро и у малим корацима, ови људи остају трауматизовани, „замрзнути“ у свом начину животног функционисања. Они искуства која имају у свом животу, на који начин и где су живели њихови преци, сам начин живота у породици и одгајања деце, навике и обичаје преносе на

своје потомке, па се на тај посредан начин трауматизација преноси са генерацију на генерацију. Припадници ове мањинске заједнице традиционално млади улазе у брак и убрзо потом рађају децу, углавном имају више од једног детета. Често живе у заједници са својим родитељима. Међу њима постоји традиционална подела породичних улога, сезонски и надничарски послови, а жене често остају код куће или обављају слабо плаћене повремене послове. Деци често нису адекватно задовољене основне развојне потребе, нека су занемарена, многи од њих ретко користе здравствену заштиту, код већег броја родитеља не постоји мотивисаност за укључивање деце у предшколски и школски систем. Ако се у целу ту ситуацију умеша и алкохол, расте опасност од физичког злостављања и породичног насиља, тада деца поред развојне трауме могу да доживе и комплексну трауму. Велик број деце из ромске популације одлази на резиденцијални смештај. На тај начин Роми остају ухваћени у „врзино коло“ из којег не могу да изађу. Са друге стране, у државној администрацији не постоји разумевање, мотивисаност и довољно добре воље, или је само декларативна, да ромска деца што боље буду прихваћена и подржана у предшколском и школском систему, а да се њихове породице подрже на начин за који они сами процене да ли им најбоље одговара да би успели да се помере из пасивне позиције прималаца услуга. Један број припадника ове мањинске заједнице, успе да своје сопствене унутрашње ресурсе удружи са и неком подршком споља која им помогне и омогући да се истргну из тог стања трауматизације, осећања беспомоћности и фрустрираности.

Овим примером смо покушали да покажемо да код једног човека или детета може да се преклапа неколико облика трауме. Последице ових трауматизација могу се манифестовати на различите начине и чак да онемогуће корисника да прихвати и учествује у планираним облицима заштите. Због тога је важно да професионалац који ради са трауматизованом децом и младима детаљно испита и провери историју трауматизације.

Још једна могућа подела која се појављује у литератури, а истиче је и амерчки Одбор за дечју заштиту Националне мреже за подршку деци са трауматским стресом (Child Welfare Committee, National Child Traumatic Stress Network, 2008) јесте подела на акутну, хроничну и комплексну трауму и начин на

који се манифестује трауматизација код деце (National Child Traumatic Stress Network, 2008).

**Акутна траума** представља реакцију на појединачни трауматични догађај у одређеном времену. Акутним траумама сматрају се стања која изазивају преплављујуће емоције услед: земљотреса, урагана, поплава, дивљих пожара, уједа паса, саобраћајних несрећа, пуцњаве из ватреног оружја у школи, затим инцидента повезаних са терористичким нападима, изненадном или насилном смрћу вољене особе, физичким или сексуалним нападом (у којима појединац може бити нпр. упуцан или силован).

**Хронична траума** је она траума која настаје када дете доживи неколико трауматичних догађаја. Хроничну трауму су доживели они који су жртве породичног насиља, сведоци насиља у заједници, жртве рата, деца која су доживала физичко насиље и занемаривање.

### **2.3. Последице трауматизације код деце и младих**

Деца и млади представљају две највулнерабилније групе у друштву, који зависе од својих родитеља који треба да им пруже љубав, нежност, подршку и сигурност. Трауматизација која почне да се дешава у том раном узрасту „прекида формативне (тј. раније) развојне периоде“ (Брк, 2013:73). Ако се приликом тих прекида десе пропусти у развијању сигурних образаца привржености са родитељима, тада деца неће бити у прилици да изграде капацитет за односе са другима, а њихов образац привржености који су развили отежава или онемогућава успостављање блиских односа са другима особама.

Када се траума понавља у детињству, тј. када иде траума на трауму, велике су шансе да ће последице бити компликованије и да ће опоравак бити тежак. Херман (1997) образлаже да разлика између последица поновљене трауме која се деси у одраслом добу или у детињству јесте у томе што су код одрасле особе структура личности формирана и она бива нарушена, а код деце поновљена траума формира и дефинише личност.

Деца која су доживела **комплексну трауму** прошла су кроз вишеструке интерперсоналне трагичне догађаје (злостављање, тешко занемаривање и насиље у заједници) на веома раном узрасту (обично пре пете године живота). Према америчком Комитету за заштиту деце Националне мреже за подршку деци са трауматским стресом (Child Welfare Committee, National Child Traumatic Stress Network), деца са оваквим трауматичним искуством доживљавају последице у следећим областима (National Child Traumatic Stress Network, 2008):

- **Проблеми са приврженошћу** – за ову децу свет је несигурно и непредвидиво место. Они имају потешкоће у успостављању и одржавању присних односа са другима. Њихове односе карактеришу проблеми у постављању граница, сумња и неповерење према одраслима. Могу постати социјално изоловани и имати проблем у емпатији према другима.
- **Физички проблеми** – код ове деце манифестују се проблеми са покретом, чулима, могу бити хиперсензитивни на физичке контакте, а толеранција на бол може бити већа. Јављају се проблеми са координацијом, равнотежом, мишићним тонусом као и необјашњиви физички симптоми и медицински проблеми (астма, проблеми са кожом и аутоимуни поремећаји)
- **Регулација расположења** – ова деца могу да имају проблем да контролишу и регулишу своје емоције, проблем да препознају и опишу своја унутрашња осећања, али и да препознају туђа осећања и намере. Они тешко изражавају своје жеље и потребе другим људима.
- **Дисоцијација** – нека деца се осећају отуђено и деперсонализовано, као да су посматрачи онога шта се њима дешава, као да се то не дешава њима. Такође је могуће западање у стања амнезије. Путнам (1997) дефинише дисоцијацију као „немогућност интегрисања или асоцирања информација или искуства на начин који би се нормално очекивао“ (наведено у Брк, 2013:73).
- **Контрола понашања** – иритабилни су, реагују импулсивно, показују самодеструктивно и агресивно понашање. Може се код њих јавити поремећај сна и исхране.

- **Когнитивни развој** – јављају се проблеми са концентрацијом, обављање задатака у школи је отежано, као и проблем да планирају и предвиђају будуће догађаје. Јављају се проблеми са разумевањем узрочно-последичне везе, као и проблеми са учењем и језичким развојем. Често ова деца имају идеју да су они на неки начин узроковали или допринели ономе што им се догодило.
- **Слика о себи** – дешава се колапс идентитета и они у свом искуству не осећају континуитет сопствене личности. Они често не знају шта воле или не, и у чему уживају. За добро ментално здравље особе битно је да своје тело доживљава као сигурно место (Корићанац, 2013). Телесна шема трауматизоване деце често бива угрожена и они обезвређују своје тело (промискуитет или самоповређивање). Мисле да су другачији од других и осећају се одбаченима. Поред тога присутно је ниско самопоштовање, као и осећај срамоте, стида и кривице због онога што им се десило и због осећања која имају за злостављача или другу особу.

Велик број деце која се налазе у систему социјалне заштите су вероватно искусили и акутну и хроничну трауму тако што су у окружењу које је било непријатељско, небезбедно, била су ускраћена у задовољавању властитих радвојних потреба и најчешће је дуго времена требало да стигне помоћ у виду социјалне службе. Стога је веома важно да професионалци који раде у заштити деце и младих препознају комплексност историје дечјег трауматског искуства и да се не фокусирају само на један догађај који је највидљивији. (Child Welfare Committee; National Child Traumatic Stress Network, 2008).

Комплексна трауме када се не третира, оставља широку лепезу последица на здравље и добробит деце које могу бити краткорочне и дугорочне, на понашајном, емоционалном и когнитивном нивоу. Поред тога трауматизација на раном узрасту има и додатни негативни утицај на неуролошки развој деце тако што саботира правилан развој неуралних структура неопходних за обраду информација, емоционалну регулацију и категоризацију искуства. То може довести до слабе контроле импулса, агресије, тешкоће у успостављању и одржавању односа са другима, до лошег успеха у школи због слабе концентрације

и до ниског академског постигнућа (Ringel & Brandell, 2013, Hendrikcks, 2012a, Bloom, 1999). Професионалци у систему социјалне заштите треба да разумеју да је свака реакција трауматизоване деце и младих, без обзира колико изгледала непримерена, претерано интензивна, и неоправдана, психолошки утемељена у контексту трауме (Корићанац, 2013). Обзиром да траума оставља латентне трагове који се могу активирати у различитим ситуацијама, последице се могу јављати кроз цело детињство, али и у адолесценцији и одраслом добу. Тада су међу последицама најзаступљеније анксиозност, депресија, злоупотреба наркотика, агресија и сексуални поремећаје у адолесценцији и одраслом добу (Cook et al., 2003; Spinazzola et al., 2005; наведено у Fraser et al., 2014).

„Лекари су склони да породици и пријатељима особа које су у терминалним фазама органских обољења кажу да не буду љути на своје ближње због арогантног понашања и јаког страха, већ да се љуте на болест која је оставила и психолошке последице на њихове вољене и променила их до непрепознавања. Исто се може применити, и исто разумевање је неопходно имати, и када су жртве психолошких траума у питању. Добра препорука би била да је оправдано *љутити се* на трауму, а не на особу“ (Корићанац, 2013:23).

## **2.4. Теорије значајне за рад са трауматизованом децом и младима у систему социјалне заштите**

До сада смо говорили о трауми као полазној теорији за разумевање трауматизоване деце и младих. Жегарац је у својој књизи „Деца која чекају“ (2004) направила преглед савремених теорија злостављања и занемаривања које су утицале на праксу социјалног рада. Ми смо одлучили да у овом раду ставимо нагласак на неке психолошке теорије за које, поред знања о труми, сматрамо да су веома значајне за праксу, односно директан рад са трауматизованом децом и младима и њиховим породицама или хранитељима, а све у циљу опоравка од трауме, а у оквиру система социјалне заштите деце и младих.

За све запослене у систему социјалне заштите деце и младих, без обзира на звање и радно место, веома је битно да знају да препознају потребе деце и младих и процесе који се одвијају унутар детета, да би план заштите и директне интервенције биле праве и увремењене.

- ***Теорија привржености***

У домаћој литератури нема консензуса око термина који ће се користити, тако да се као синоними за приврженост најчешће користи афективна везаност, затим емоционална везаност, а све ређе се сусреће француски израз атачмент. У даљем тексту ми ћемо користити израз приврженост.

Болбијева теорија о важности емоционалне привржености између бебе и мајке, показала је свој значај током година. Временом је добила и потврде о позитивно али и негативном утицају привржености на развој детета, кроз развој научних истраживања развоја људског мозга (Barton, et al., 2012). „Важно је да разумемо да приврженост подразумева једну трајну урођену потребу за успостављањем односа са другим бићем.“ (Алечковић Николић, 2014:6). Значај ове теорије јесте што нам указује да “претходна искуства стварају модел унутрашње представе о другима и себи, што укључује менталну слику и



емоционалне доживљаје који су повезани са искуствима из односа“ (Жегарац, 2004:54).

Облик везаности који је остварен у најранијем детињству понавља се се у односима са новим одраслим особама који брину о детету. Ово је разлог због којег ће сваки облик алтернативног старања о детету показати какав облик привржености је успостављен са мајком и да ли је у том процесу било неких поремећаја и заустављања. Какав облик привржености је успостављен са мајком, деца ће показати својим понашањем. Због тога је за професионалце у заштити деце и младих битно да поседују знање о томе какви типови привржености постоје и на који начин треба да се приступа деци са неким од несигурних типова привржености.

„За нас су понашања других људи, а посебно деце изазовна управо онда када не успевамо да разумемо зашто неко нешто ради или то тумачимо на погрешан начин. Када поступке детета разумемо као његов безобразлук, назахвалност или жељу да баш нас малтретира, пропуштамо да препознамо колико патње, туге и потребе за утехом може бити иза неког рушилачког поступка детета, привидне равнодушности или његовог одбијања да нас пусти близу“ (Борисављевић, 2014:8). Деца која су злостављана и са формираним несигурним обрасцем привржености могу имати специфичне проблеме. Неки од тих проблема су према Перију (1996): застој у развоју, проблеми у исхрани, самоумирујућа понашања, ограничено или оштећено емоционално и социјално функционисање, неприкладно облачење и агресија (Barton, et al., 2012).

Знање о прошлости нам омогућује да разумемо понашање детета или младе особе. Дете које није могло да у одраслој особи нађе одговарајући ослонац, нема довољно добре механизме превладавања стреса. Због тога се дете теже прилагођавана на било какве промене. Смене интензивних осећања љубави, беса, туге могу бити нагле и праћене исто тако наглим променама у понашању. Дете тешко препознаје своје потребе или шаље контрадикторне сигнале. Разумевање понекад у условима резиденцијалног смештаја може бити отежано, обзиром да у тим условима живи група трауматизоване деце која својим понашањем и поруком коју преносе утичу и на професионалце и на друге чланове вршњачке групе. То

значи да једно узнемирено дете може изазвати ланчану реакцију. Због успешног разумевања, реаговања и излажења на крај са изазовним понашањима, подршка запосленима у виду супервизије унутрашњих процеса је од непроцењивог значаја.

- ***Психодинамички концепти***

Из психодинамичке теорије за рад са трауматизованом децом и младима, на алтернативном старању, професионалцима су веома битна знања о трансферу, контратрансферу, пројекцији, пројективној идентификацији и сплитингу. Овде поменути појмови помажу професионалцу да може разумети како они као личности могу да утичу на децу и младе, а како деца и млади могу да утичу на њих, зашто се нека изазовна понашања јављају, зашто баш у том јединственом тренутку и шта уствари та понашања значе, што представља идеалне теме за супервизију.

„***Трансфер*** представља понављање односа према примарним објектима у односу са терапеутом“ (Вељковић, 2014:50).

***Контратрансфер*** је „појава у току терапије која се састоји у несвесној емоционалној реакцији аналитичара на понашање и трансфер клијента. Контратрансфер је нормална појава у свакој врсти терапије, нарочито код клијената који су остварили добар емоционални контакт и стога имају нереална очекивања од терапеута.“ (Видановић, 2006:218).

Разумевање трансфера и контратрансфера је важно за професионалце у заштити трауматизоване деце зато што „дете може пренети своје искуство, и позитивно и негативно, са родитељском фигуром на друге одрасле у садашњости који имају родитељски тип улоге, као што су терапеути, наставници или одгајатељи“ (Barton, et al., 2012:37), али исто то раде и професионалци са својом околином. На тај начин се изазивају одређене емоције за које је битно да професионалци разумеју одакле оне потичу (Izzo, et al., 2010). Задатак професионалца у раду са децом и младима је да буде свестан своје контратрансферске емоције и да разуме какав утицај може имати на децу и младе са којима ради.

**Пројекција** је „један од најпознатијих механизма одбране. Састоји се од тежњи и склоности особе да своје жеље, импулсе или садржаје подсвести који нису прихватљиви за сопствени его, пројектује на друге особе приписујући им сличне особине.“ (Видановић, 2006:313). Пројекција је процес сличан трансферу, али примитивнији. Бургунд истиче „да ће особа која се нађе у контакту са особом за коју мисли да може да разуме, прво покушати да комуницира своја искуства са објектом који није имао разумевања. Тако ће клијент покушати да укључи професионалца у своје трауматско искуство кроз жестоке пројекције, те он бива преплављен тешко подношљивим осећањима од којих није у стању да се дистанцира као што су: страх, беспомоћност, безнадежност, осећање прогоњености, рањивост и сл.“ (Бургунд, 2010:114).

Трансфер настаје из односа који пробуђује аспекте односа са примарним објектима, док је пројекција начинна који се неко ослобађа преплављујућих, тужних или прогањајућих осећања тако што их пројектује у неког (Barton, et al., 2012) другог и онда тој другој особи није јасно зашто се тако осећа јер та осећања не доживљава као аутентично своја.

**Пројективна идентификација** подразумева да се „особа која је била мета пројекције почиње понашати, мислити и осећати на начин који је доследан са оним што је пројектовано у њу“ (Barton, et al., 2012:40)

**Цепање** (*Сплитинг*) „јесте механизам одбране који посредује између интројекције и пројекције. Користи се да би задржао добар субјективни доживљај. Успешно цепање као механизам одбране заиста штити личност од непријатности и претеће регресије. Када цепање није довољно успешно и када настаје неподношљива интрапсихичка напетост унутар личности, онда се приступа пројекцији“ (Вељковић, 2014:47).

Сва понашања представљају вид комуникације. Потребно је разумети шта се крије иза одређеног понашања и која је његова порука. Морамо бити способни да сагледавамо целу слику, а не њен само један део. Због тога је битно да можемо да се отворимо и да разговарамо о нашим осећањима. Обзиром да у условима резиденцијалног смештаја однос између професионалаца и деце и младих је оно

што је најбитније у заштити и вођењу деце да би им се помогло да развијају здраве односе у будућности. Клиничка супервизија помаже професионалцима да разумеју своје психо-динамске односе, али и да осветли део односа у односу на колеге.

Поред горе поменутих теорија, од великог значаја у раду са трауматизованом децом и младима јесте језик и начин изражавања и опхођења. Жегарац наводи да“ Хокинс и други (2002) истичу да је начин на који говоримо о сопственој пракси заправо део наше праксе, пошто је језик наше главно средство за комуникацију о ономе што радимо и за много тога што радимо у социјалном раду, као и за стварање значења тог рада, и интерперсонално и друштвено“ (Жегарац, 2014б:289). Потребно је водити рачуна да језик који се користи на тимским састанцима буде прилагођен актуелним научним сазнањима и не користити застареле или дисквалификаторне изразе. Битно је ствари, појмове и људе називати правим именима. Није прихватљиво да услед професионалне изгорелости професионалци користе непримерен речник, иако постоји таква тенденција услед цинизма који се јавља код професионалаца. У раду са трауматизованом децом и младима, најбоље је да речник буде у складу са заштитом заснованом на знањима о трауми.

**Табела 1. Језик прилагођен заштити заснованој на знањима о трауми**  
 (Adapted from Royal College of Nursing, 2008, pg. 18 [54]; наведено и прилагођено  
 из Trauma-Informed Practice Guide, 2013: 24)

<b>Језик прилагођен заштити заснованој на знањима о трауми</b>	
Од перспективе недостатка	До перспектива заснована на знањима о трауми
Шта није у реду?	Шта се догодило?
Симптоми	Адаптације
Поремећај	Одговор
Тражење пажње	Појединац покушава да успостави везу на најбољи начин на који уме
Граница	Појединац даје све од себе у односу на ранија искуства
Контрола	Чини се да појединац покушава да истакне своју снагу
Манипулација	Појединац има проблем да директно пита шта се од њега очекује
Избегавање	Тражи помоћ

Прва колона табеле приказује фразе, које се учестале код професионалаца у заштити деце и младих, када разговарају и описују трауматизоване децу и младе из аспекта заштите који није заснована на знањима о трауми. У другој колони су и преформулисане, претходно поменуте фразе, али сада из перспективе заштите засноване на знањима о трауми. Фразе које видимо у овој табели, у обе колоне, подсећају професионалце да је јако битно на који начин мисле и говоре о трауматизованој деци и младима.

У овом делу представљено је теорија о трауми и теорија о привржености пружају оквир професионалцима у социјалној заштити деце и младих за боље

разумевање потреба, понашања и изазова трауматизоване деце. Ове теорије пружају јасан и холистички увид у емоционално и бихејвиорално функционисање деце трауматизоване злостављањем и занемаривањем и дају могућност професионалцима да разлажу те облике функционисања и да га разумеју. Поред тога представили смо и која знања из психодинамске теорије захтевају посебну пажњу поготово за супервизијску подршку ових професионалаца.

### **3. ВИКАРИЈСКА ТРАУМА**

Од како су Мекен и Прлман деведесетих година прошлог века, почеле причу о викаријској трауматизацији у помажућим професијама, оне настављају да буду поред Соквитни са којом сарађују и даље најеминентнији мислиоци и аутори на ову тему. За разлику од синдрома изгарања, мање је истраживања спроведено, али постоји и разлика у старту од неких десетак година.

Расправе које се воде на тему викаријске трауматизације односе се на дистинкцију између појмова викаријске трауматизације, секундарне трауме и осталих блиских појмова. Ауторке конструкта су много уложиле да би разграничиле викаријску трауматизацију од блиских појмова, али у једном делу стручне јавности и даље постоји изједначавање викаријске трауме са секундарном траумом.

#### **3.1. Теоријско одређење викаријске трауме**

У овом раду одлучили смо се за коришћење израза викаријска трауматизација и викаријска траума, јер не пружа могућност забуне. У нашој литератури сусрели смо израз и замењена трауматизација у неколико чланака. Енглеска реч *vicarious* у речнику доступном на интернету „The Free Dictionary“ има сликовита објашњења, између осталих значи:

- искусити или осетити путем емпатије са имагинарним учествовањем у животу друге особе (Random House Kernerman Webster's College Dictionary, 2010)
- искусити из друге руке (Princeton University "About WordNet.", 2010)
- индиректно, заменски, сурогат, емпатијски и сл. (Collins English Thesaurus , 2002)

Конструкт викаријске трауматизације прве су описале Мекен и Прлман, 1990. године када су забележиле негативне промене које се јављају код терапеута који се баве терапијом трауматизованих клијената (*trauma therapy*), а односе се на

промене везане за идентитет, поглед на свет, психолошке потребе, уверења и памћење тих терапеута. Развојем викаријске трауматизације бавили су се психолози и истраживачи америчког Института за трауматски стрес у Конектикату, током деведесетих година двадесетог века (McCann et al., 1990; Pearlman et al., 1995). Десет година касније, искуство и истраживања су показала да се викаријска трауматизација и њени симптоми могу јавити код многих помагачких професија као што су социјални радници и други запослени у социјалној заштити, полицајци, радници хитне помоћи, ватрогасци, хуманитарни радници, запослени у правосудном систему, новинари, свештеници, радници на СОС телефонима, волонтери и сл. (Saakvitne et al., 1996). Делимично изненађује то што се у почетку најчешће писало о викаријској трауматизацији психотерапеута који се баве терапијом трауме, јер када размишљамо о некоме ко је прошао обуку за терапијски рад са трауматизованим клијентима, очекивали би да су на најбољи могући начин припремљени за тај рад, да су упознати са ризицима које носи такав посао и да знају и имају обезбеђену подршку како би се заштитили од неповољних последица ове врсте рада. За разлику од њих, професионалци у директном раду са трауматизованом децом и младима нису на адекватан начин припремљени за рад како у резиденцијалним условима тако и у другим службама за заштиту деце и младих, јер им недостају знања како траума утиче на децу и младе, али и како рад са трауматизованом децом утиче на професионалце. Постоји уверење да ови професионалци након дугогодишњег рада једноставно постану трауматизовани и да ту није реч о викаријској трауматизацији (Farragher & Yanosy, 2005). Фирагер и Јаноши (2005) наводе да професионалци услед догодишег рада у директној пракси са корисницима доживљавају одређене промене на начин да „њихова нада постаје све мања, да они постају крути и мање креативни, да губе своју емпатију, да постају претерано контролишући, да имају принудне радње и да су понекад злостављајући“ (Farragher & Yanosy, 2005: 5).

Сложили бисмо се да су до недавно социјални радници и други професионалци запослени у социјалној заштити деце и младих, без обзира да ли раде у резиденцијалном смештају, центрима за социјални рад или другим установама које пружају услуге овим корисницима а које нису терапијске, нису



били препознати као популација која би могла доживети викаријску трауматизацију. Свест да је могућа примарна трауматизација у току самог посла постоји и говори се да су ови професионалци под великим ризиком од професионалног изгарања.

Викаријска трауматизација представља „трансформацију унутрашњег искуства помагача, која је настала као резултат емпатијског ангажовања око клијентовог трауматског материјала“ (Saakvitne et al, 1996:25), али и осећања одговорности да се неке помогне, додаје Прлман (2012). Она, у ствари, представља цену рада са клијентима који су трауматизовани неким обликом злостављања, занемаривања, сведочења породичном насиљу и сл. То значи да су брижни, осећајни, посвећени и одговорни професионалци који помажу трауматизованим клијентима у највећем ризику од викаријске трауматизације.

Викаријска трауматизација настаје кумулацијом јер је она процес, а не појединачни догађај и оставља трајне последице које се могу ублажавати (Hernandez et al., 2010). Прлман (2012) објашњава да је викаријска траума сачињена од снажних емоција професионалаца и различитих одбрана од тих емоција. Она представља снажну реакцију на бол услед губитка, бес и срамоту, док туга, утрнутост и дубоки осећај губитка прате ове реакције. Временом долази до пораста интензитета и кумулације ових емоција, док изнова слушамо приче о злостављању, понижењу и издаји коју су људи учинили једни другима. Оно што је специфично за викаријску трауматизацију јесте да се њене последице огледају не само на професионалном животу, већ и на професионалном и на приватном животу запослених у заштити трауматизоване деце и младих.

Теоријска база викаријске трауматизације налази се у конструктивистичкој теорији о саморазвоју (CSDT, *constructivist self-development theory*). Конструктивистичка теорија о саморазвоју не жели да посматра трауматизованог клијента кроз његове симптоме, већ наглашава интеграцију, значење и адаптацију као стратегије за напредак. Због тога, ова теорија покушава да објасни прилагођавање појединца на трауму као интеракцију између личности, личне историје, трауматичног догађаја, његовог породичног, социјалног и културног контекста (Saakvitne et al.,1996).

„Ова теорија интегрише психоаналитичку теорију са когнитивним теоријама. Ослања се на Теорију објектних односа (Mahler, Pine, & Bergman, 1975; White & Weiner, 1986), Интерперсоналну теорију психијатрије (Fromm-Reichmann, 1960; Sullivan, 1953), Психологију личности (Kohut 1971, 1977; Stolarow at al. 1987), и базирана је на основним премисама психоаналитичког третмана. Она синтетише ове теорије са конструктивистичким мишљењем (Mahoney, 1981; Mahoney & Lyddon, 1988), Теоријом социјалног учења (Rotter, 1954) и Теоријом когнитивног развоја (Piagete, 1971; наведено у Pearlman et al., 1995:56). Она нуди базу за разумевање психолошких, интерперсоналних и трансперсоналних утицаја трауматских догађаја на одраслу особу, а такође и базу за разумевање утицаја рада са трауматизованим клијентима на терапеуте и остале професионалце у помагачким професијама. Од настанка теорије до данас, урађена су многа истраживања и рађено је на унапређењу теорије.

По овој теорији, дефиниција трауме није статична. „Дефинишемо је као јединствено искуство појединца, које се односи на један догађај или услове, у којима (1) преплављеност емоцијама онемогућава интеграцију афективног искуства или (2) где је појединац искусио животну или телесну угроженост (Pearlman et al., 1995:60). Конструктивистичка теорија подржава пет компоненти личности које могу бити заражене трауматским материјалом и код којих се дешавају промене (Saakvitne et al, 1996 ). То су:

- **Референтни оквир** укључује идентитет особе, како види себе, како види свет око себе, односе и искуства.
- **Капацитети** се односе на могућност појединца да се избори са снажним осећањима, да осети да има право да живи и да је вредан љубави, и да поседује унутрашњу свест бриге о другима.
- **Его ресурси** се односе на могућност емпатије и самоспознаје, и укључују вештине које су важне у интерперсоналним односима и у постављању граница.

- **Психолошке потребе и когнитивне шеме**, односе се на потребе за сигурношћу, контролом и интимношћу. Манифестују се кроз уверења које особа има о себи и другима.
- **Памћење и перцепција** су по овој теорији сложени и мултимодални. Сва искуства се обрађују кроз неколико модалитета, а то су вербални, визуелни, емоционални, соматски, сензорни и понашајни. На њих утичу трауматски догађаји и оштећују их.

Викаријска трауматизација представља природан и очекиван одговор на веома захтеван посао. И трауматизована деца и млади и професионалци развијају различите облике заштите, како би заштитили себе услед дуготрајне изложености трауматском догађајима или трауматском материјалу и трауматским одигравањима у радном окружењу. Облици самозаштите и прилагођавања не морају нужно представљати и најбоља дугорочна решења како за професионалца, однос и процес који се одвија између професионалца и корисника, тако и за самог корисника.

Због лакшег препознавања и превенције настанка викаријске трауматизације потребно је знати и који су то фактори који омогућавају њен настанак. Као могући фактори који доприносе настанку викаријске трауме, најчешће се помињу две групе фактора: ситуациони и индивидуални. У табели која следи можамо видети те факторе.

**Табела 2. Фактори који доприносе настанку викаријске трауматизације (Saakvitne et al., 1996:40)**

Ситуациони фактори	Индивидуални фактори
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Природа посла</li> <li>• Врста клијената</li> <li>• Кумулативна изложеност трауматском материјалу</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лична историја</li> <li>• Личност и одбрамбени стилови</li> <li>• Силови за превладавање</li> <li>• Садашње животне околности</li> </ul>

Ситуациони фактори	Индивидуални фактори
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Организационе околности</li> <li>• Социјални и културни контекст</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тренинг и професионална историја</li> <li>• Супервизија</li> <li>• Лична терапија</li> </ul>

**Ситуациони фактори** везани су за природу посла којим се професионалац у социјалној заштити деце и младих бави. Професионалац у центру за социјални рад може бити преплављен великим бројем случајева, затим пробелматика са којом се сусрећу деца и млади и њихове породице може бити јако комплексна, ресурси за помоћ мали, као и изостанак подршке и адекватне супервизије, што може утицати на повећање стреса код професионалаца. Васпитачи у установама за резиденцијални смештај деце и младих, могу присуствовати одигравању трауматског догађаја, наилазити на отпор у заједници чија помоћ је потребна у третману деце или младих, или бити преговарачи у ситуацији покушаја суицида и сл (Hodgdon et al., 2013). Прописи о поверљивости података не дају могућност да се са партнером или пријатељима размени дневно искуство и професионалац ако тога дана није имао колегу или супервизора са којим је могао поделити искуство, или није имао прилику да то уради, остаје сам са „непрежваканим“ трауматским садржајем који је сакупио тог дана, и носи га са собом кући. Када посао, који као у случају професионалаца у социјалној заштити деце и младих подразумева рад са трауматизованим клијентима, не буде остављен на послу, већ се носи са собом кући у своју приватну сферу живота, тада је професионалац у ризику од викаријске трауматизације.

Прлман (2012) износи запажање да је један од најчешће навођених фактора који доприносе настанку викаријске трауматизације број часова који недељно професионалац проводи са трауматизованим клијентима или проценат клијената који су трауматизовани, али да она сматра да је битније размишљати о тој изложености на мало другачији начин. Потребно је да професионалци себи постављају следећа питања: „Како доживљавамо оно што нам говоре клијенти? Каква је наша интеракција са њима? О чему ми размишљамо док нам клијент

износи своје искуство - да ли замишљамо како би се ми осећали да су се те лоше ствари нама догодиле или како су се они осећали? (Batson, Fultz & Schoenrade, 1987) Да ли визуализујемо лоше ствари које су се њима десиле или не? Да ли појачавамо то искуство у нашој глави или га утишавамо? Да ли опонашамо њихов телесни став, њихове афекте, изразе лица, њихове гесте? (Rothschild, 2006) Да ли говоримо себи да је живот тог детета неподношљив или мислимо о невероватним начинима/средствима уз помоћ којих је преживело?“ (наведено у Pearlman, 2012:20).

Према учењу рационално-емотивно-бихејвиоралне терапије, на то како ће се особа осрећати не утиче оно што се десило (сам догађај), већ на који начин та особа мисли о том догађају. Перлман у својим каснијим размишљањима управо указује на то, да начин на који професионалац размишља и доживљава оно шта му је корисник испричао утиче на његове емоције, на то како ће се он осећати и какав став ће имати према клијенту.

Корисници са којима се сусрећу професионалци у заштити деце и младих у оквиру радних задатака, сви носе неку патњу са собом. Када успостављате однос са неком особом нормално је да буде утицаја једне особе на другу. Обзиром на посебност односа који се успоставља између деце и младих и професионалаца који треба да допринесу њиховој заштити, а понекад они нису у могућност да је спроведу на начин за који сматрају да би био најбољи за то дете или младу особу, код професионалаца може да се јави осећај неадекватности и беспомоћности, што може да уздрма његову веру у самог себе и професију којом се бави у датом времену.

Од великог значаја за професионалца јесте и да ли се његови радни задаци састоје само од информативних и саветодавних разговора са корисницима и писања извештаја и дописа или постоји могућност да се периодично ангажује на припремању и спровођењу обука, истраживачким пројектима који за циљ имају унапређење рада. Поред тога организациона култура, центарлизација услуга, инертност великих организација, слаба подршка државе и друштва, изостанак друштвене подршке и вредновања рада, сем што могу повећати стрес код професионалаца, шаљу и лошу поруку професионалцима поткрепљујући њихов

осећај да немају могућност избора, да немају контролу и да су немоћни. Ако се сложимо са Прлман (2012) да је губитак контроле суштина трауматског искуства, тада можемо да закључимо да пружање услуга у оваквим организацијама доприноси настанку викаријске трауматизације код професионалаца.

*Индивидуални фактори* указују да је потребно да професионалац у социјалној заштити који ради са корисницима, паралелно мора да ради на себи. Посао који захтева емоционално ангажовање, тражи целог човека са којим иде и његова лична историја. Обзиром да су ретки људи који нису имали трауматска искуства у свом животу на овим нашим просторима, тако је и са професионалцима у заштити деце и младих. За њих је веома битно да су њихова трауматска искуства обрађена, да их актуелне животне околности не чине екстремно рањивим, да су добро поткрепљени знањима која су им неопходна да свој посао обављају квалитетно, да умеју да препознају утицај рада са трауматизованом популацијом на њих, да имају обезбеђену квалитетну супервизију и да се унутар службе њихов рад вреднује. За професионалце у заштити деце и младих битно је да буду свесни себе, својих граница и да поседују склоност ка интроспекцији (Pearlman,1995). Ово су услови који им омогућавају да препознају да ли имају проблема са контратрансферним односима, да ли осећају да их ангажовање око неког корисника доводи у „ћорсокак“ или им извлачи све позитивне емоције и енергију коју имају, да ли им треба супервизијска подршка или одмор. Ови фактори који доприносе настанку викаријске трауматизације ретко када делују самостално, обично се преплићу, и рад на њима никада не завршава. Некада је потребно обновити знања, нека трауматска искуства може бити потребно додатно обрађивати, док је стрес који се јавља као последица свакодневног живота у једној земљи или граду понекад тешко држати под контролом. Професионалац у заштити деце и младих стално треба тежити равнотежи у властитом животу.

Блум (2003) каже да „објаснити шта узрокује викаријску трауматизацију је исто што и објаснити шта узрокује ПТСП (пострауматски стресни поремећај). Разлози због којих се код неких особа јавља ПТСП после доживљене трауме, а код других не, је сличан и разлозима зашто се код неких особа јавља викаријска

трауматизација, а код других не. Исто као и ПТСП, викаријска трауматизација се може објаснити као „нормална реакција на ненормални стрес“ или, као пример када одбрамбени механизми (вештине превазилажења проблема оду у другу страну) појединца затаје“ (Bloom, 2003:5).

Неки професионалци су подложнији симптомима викаријске трауматизације од других. Потребно је за сваког појединачно одредити факторе ризика како би се што ефикасније особа могла заштитити од неповољних последица. Да би професионалац могао да се заштити, први корак је да препозна викаријску трауматизацију.

### 3.1.1. Одређење појма

Прављење дистинкције међу концептима блиским викаријској трауматизацији, може нам помоћи да увидимо и утврдимо које последице ових професионалних ризика су најприсутније код професионалаца у социјалној заштити деце и младих. Викаријска трауматизација има блиске концепте у секундарном трауматском стресном синдрому, замору саосећања, синдрому изгарања и контратрансферу. Дешава се у литератури да се неки термини користе наизменично. Због тога је потребно је направити дистинкцију међу овим појмовима јер се конструкти разликују иако у неким деловима њиховог одређења постоје преклапања. Прављење дистинкције међу овим конструктима може нам помоћи да препознамо које су то непожељне последице рада у нашој организацији и да одаберемо најадекватније мере за превенцију њиховог настанка. Управљање професионалним ризиком веома је битно јер представља свођење ризика на прихватљив ниво.

Осамдесетих година двадесетог века Фигли (1995) је одредио симптоме који се јављају код чланова породице чији члан је доживео трауматизацију и назвао их секундарна виктимизација да би касније променио назив у **секундарни трауматски стрес**. „Фигли описује секундарни трауматски стресни синдром као: „понашање и емоционално реаговање који су природна последица свести о трауматском догађају коме је изложен значајни други – стрес је резултат

помагања или жеље да се помогне особи која пати,, (Чабаркапа, 2012:14). За секундарни трауматски стрес карактеристични су симптоми посттрауматског стресног поремећаја (ПТСП), али постоји разлика у нивоу изложености трауми у односу на људе који су директно доживели трауму. Код секундарног трауматског стресног синдрома нагласак је на симптомима, а не на контексту и етиологији као код викаријске трауматизације. За разлику од СТС, Фигли (Figley, 2012) напомиње да се викаријска траума не може мерити директно, већ индиректно користећи за то бројне тенденције у реаговању на трауму базирани на особинама личности.

„Стам (2010) је дефинисала квалитет професионалног живота као квалитет који неко осећа у односу на његов посао помагача“ (наведено у Scanlon, 2013:1), а сачињен је од два чиниоца од којих је један позитиван, а други негативан. Позитивни чинилац је тзв. саосећајно задовољство (*Compassion Satisfaction*), а негативни је тзв. замор саосећања (*Compassion Fatigue*)<sup>1</sup>. Док се саосећајно задовољство односи на задовољство које потиче од посла путем кога помажемо другима (Scanlon, 2013), замор саосећања се описује као непожељна последица рада са људима који пате, а сматра се да је природна, очекивана, да може да се третира и превенира. За замор саосећања је карактеристично да се може јавити након само једног случаја, за разлику од викаријске трауме која настаје кумулацијом.

**Код нас** се највише говорило и говори, истражује и пише **о синдрому изгарања** (у даљем тексту користе се и израз **професионално изгарање** у истом значењу). Маслач обезбеђује широку дефиницију синдрома изгарања за који каже да је „синдром емоционалне исцрпљености, деперсонализације и смањеног личног постигнућа до којег може доћи код појединаца који се баве неком врстом рада са људима“ (Maslach, 2015:2). Синдром изгарања представља дефанзивни одговор на продужену радну изложеност захтевним интерперсоналним ситуацијама које, услед неадекватне подршке, за последицу имају психолошку

---

<sup>1</sup> Израз замор саосећања први пут је користила Carla Joinson 1992, када је описивала синдром изгарања код медицинских сестара на интензивној нези. <http://nursing.advanceweb.com/nj-ct-ma-me-ri-vt-nh-free-magazine/Regional-Content/Articles/Compassion-Fatigue.aspx>, посећено 26.10.2015.



напетост. Стрес који се јавља код професионалца настаје и расте услед социјалне интеракције са корисником. Синдром изгарања може бити узрокован конфликтом између личних вредности, организационих циљева и захтева, превеликом одговорношћу, доживљајем немања контроле над квалитетом пружених услуга, свесности мале психолошке и финансијске награде, као и могуће присуство неправде и недостатак поштовања на радном месту. Блум сматра да се синдром изгарања најчешће односи на групу симптома који су повезани са емотивном исцрпљеношћу, повећаним обимом посла и стресом на послу и описује га као процес у којем се професионалац постепено излаже напетим ситуацијама на послу, доживљава ерозију идеализма, уз изостанак радног постигнућа. Она сматра да „синдром изгарања може бити резултат понављајуће или хроничне изложености викаријској трауматизацији која је препозната и није третирана унутар радног окружења“ (Bloom, 2003:2). Према свему изложеном можемо да изведемо закључак као и Матисон, да су замор саосећања, секундарни трауматски стрес и викаријска траума феномени базирани на симптомима и ефектима узроковани трауматским искуством, док је синдром изгарања највише повезан са радним окружењем које може и не мора укључивати трауматске догађаје (Mattison, 2012).

Још један појам је везан са викаријском трауматизацијом, а то је контратрансферни однос. *Контратрансфер* се у речнику психологије дефинише као „појава у току психоаналитичке психотерапије која се састоји у невољној, несвесној емоционалној реакцији аналитичара на понашање и трансфер пацијента. Контратрансфер је нормална појава у свакој врсти психотерапије, само што се она у психоанализи препознаје, анализира и држи под контролом. Манифестације контратрансфера могу бити нпр. скраћивање или заборављање термина сеансе, нетактичне интерпретације или, пак, агресиван став према дотичном пацијенту. Негативан резултат препознатог контратрансфера испољава се спорим напредовањем, застојем или прекидом терапије“ (Требјешанин, 2004:232). Фројд је први пут поменуо појам контратрансфера 1910. године и увео личност терапеута у анализу (Pearlman et al., 1995). Одређујући контратрансфер поменуо је да у терапијском односу постоји и утицај на терапеута. Контратрансфер се и даље највише спомиње као део терапијског односа између терапеута и клијента, а

његова присутност и значење које има за све професионалце у социјалној заштити деце и младих и даље је тема која се не повезује значајно за ове професионалце и о којој се не говори у довољној мери.

Према Прлман и други (1995), дефиницију контратрансфера чине две компоненте „(1) афективни, идејни и физички одговор/ реакција терапеута на клијента, његов клинички материјал, трансфер и одигравање, и (2) терапеутова свесна или несвесна одбрана од снажних емоција, интрапсихичких конфликта, и асоцијација које подстичу све горе наведене реакције“ (Pearlman et al., 1995:23). Оно што је значајно за контратрансфер јесте да га чине реакције и корисника и професионалца које настају у контексту улоге и професионалног идентитета који професионалац поседује, јединствене природе самог сарадничког односа који се успоставља и личних животних историја корисника и професионалца“ (Pearlman et al., 1995).

Разумевање контратрансферне реакције веома је битно за професионалце који раде у заштити деце и младих у резиденцијалним условима, али и саветницима за хранитељство. Обзиром да се дете или млада особа према професионалцу може понашати као да је он запоставља или чак злоставља, најчешће ће код професионалца изазвати љутњу и жељу за кажњавањем. Због тога је битно да будемо способни да застанемо, и да препознамо да су осећања контратрансферна, и размислимо о дететовим и нашим ранијим искуствима. Можда ћемо доћи до закључка да смо се ми у детињству понашали на сличан начин и били кажњавани због тога, а у том случају је наш контратрансфер више повезан са нашим претходним искуствима него са дететом (Barton, 2012). Најважнија разлика између викаријске трауматизације и контратрансфера је у томе што је „викаријска трауматизација трајна са могућношћу промене – ублажавања, док је контратрансфер временски ограничен и тренутно везан за одређени догађај, период или проблем у терапијском процесу или у унутрашњем или спољашњем искуству које је у интеракцији са терапијом“ (Pearlman et al., 1995:33). Контратрансфер преко професионалца утиче на клијента, док викаријска трауматизација утиче на професионалца, његову породицу и сараднике (Valent, 2002). И код викаријске траума ипак постоји и утицај на корисника, јер

професионалац под утицајем викаријске трауматизације није у могућности да пружа адекватну заштиту трауматизованој деци и младима.

Када су касних седамдесетих и почетком осамдесетих година двадесетог века почеле приче и истраживања о трауми и њеном утицају на жртве, настао је простор и за проучавање утицаја рада са трауматизованим клијентом на професионалца у помагачким професијама.

### **3.2. Знаци викаријске трауме**

До сада смо настојали да одредимо шта је то викаријска трауматизација, како она настаје и који то чиниоци доприносе њеном настанку. Сада ћемо говорити о томе који знаци се јављају код професионалаца код којих је дошло до викаријске трауматизације. Викаријска трауматизација када се јави код професионалаца у заштити деце и младих, можемо рећи да доводи до општих и специфичних промена које су одређене на следећи начин (Saakvitne, 1996:40):

#### ***Опште промене:***

- Без времена и енергије за себе
- Разједињеност од вољених
- Повлачење из социјалног живота
- Појачана осетљивост за насиље
- Цинизам
- Очај и незнађе
- Ноћне море

#### ***Специфичне промене:***

- Прекинут референтни оквир
- Промене везане за идентитет, поглед на свет и духовност
- Умањени капацитети
- Оштећени его ресурси

- Нарушене психолошке потребе и когнитивне шеме
- Промене у сензорним искуствима

Опште промене су промене које се дешавају, или бар неке од њих, код професионалаца којима се дешава замор саосећања или професионално изгарање. Обзиром да викаријска трауматизација узрокује промену унутрашњег искуства професионалца, а да се специфичне промене дешавају у деловима личности који бивају заражени трауматским материјалом, пажњу ћемо посветити овим специфичним променама. Ефекти викаријске трауматизације су јединствени за сваког понаособ, и зависе од његове личности, одбрамбених стилова и снага које поседује. Ово сазнање нам је битно јер морамо да будемо свесни да тешкоће у истим областима могу код различитих особа да резултирају настанком различитих проблема, или да тешкоће у различитим областима резултирају настанком истих проблема. Професионалац који је преплављен таквим тешким осећањима бесмисла и беспомоћности, са неповерењем у себе и друге, престаје да буде добар партнер, родитељ, пријатељ и колега.

Када код професионалаца наступи дубока пољуљаност у **референтном оквиру**, тј. у његовом идентитету, погледу на свет и духовности, створени су услови за настанак викаријске трауматизације. Референтни оквир можемо одредити као призму корз коју особа посматра, доживљава и интерпретира себе и свет око себе (Pearlman et al., 1995). Јаноф-Булман (1989) потврђује да виктимизирајући животни догађаји доводе у сумњу три базична уверења о себи и свету: уверење да смо нерањиви, да видимо себе у позитивном светлу, и да живот има смисла и да у њему постоји ред. Због утицаја викаријске трауматизације, уверења која је професионалац имао о себи се мењају, и он може доћи у ситуацију да не препознаје себе или да се понаша на начин који није њему својствен. Уз то је угрожен и његов осећај за властито тело, а учестала су и преиспитивања властитих знања, компетентности и ефикасности (Janoff-Bulman, 1989). Оно што су карактеристике пожељне за професионалца у заштити деце и младих, као што су осетљивост, висока толеранција на болна осећања, и велики капацитет за емпатију, представљају слабе тачке у настанку викаријске трауматизације. Када се

професионалцу у заштити деце и младих пољуља поглед на свет, тада бивају угрожени и следећи аспекти живота: животна филозофија, општи ставови и уверења о другима у свету, ставови везани за вредности, морал, принципи и узрочност (Saakvitne et al, 1996). У таквој ситуацији се свет сматра много опаснијим местом, људи се не виде као добронамерни већ манипулативни, пакосни, непоуздани, склони искоришћавању, зли и сл. Са таквим мишљењем, нада и веровање у добро у људима опада, и почиње да се сумња у све, и у туђе мотиве и у њихово понашање (Bloom, 2003).

Штете које наноси викаријска трауматизација повезане су и за духовност појединца. Она је сачињена од наде, вере, значења, везе са нечим изван себе, свесности свих аспеката живота укључујући и нематеријално. Нарушеност духовности или духовност која је реорганизована, веома је озбиљна за професионалца у заштити деце и младих, јер за поселедицу може имати тугу, збуњеност, беспомоћност и очај (Trippany, 2004:36).

**Капацитети личности** представљају способност да искусиш, толеришеш и интегришеш снажна осећања; омогућавају да сачуваш осећај да си вредан живота, способан да живиш, добронамеран и доброћудан, позитиван и да заслужијеш да волиш и да будеш вољен. Поред тога, капацитети личности представљају и способност да сачуваш унутрашњи осећај повезаности са другима (Saakvitne et al, 1996). Професионалац у заштити деце и младих захваћен викаријском трауматизацијом може постати анксиозан, депресиван или усамљен када је сам. Могуће је да се јави проблем да се толеришу и интегришу снажна осећања, затим да настану тешкоће да се у глави одрже слике вољених, као и да се ужива у активностима и дружењу са људима које је раније ценио (Pearlman et al, 1995). „Проблеми са интимношћу воде у правцу да нам буде тешко да сами проводимо време. У тим ситуацијама често налазимо утеху у храни, алкохолу или дроги, док су чести и компулсивна куповина, вежбање и секс. Проблем са интимношћу може да доведе до изолације од других људи, повлачење и избегавање породице, пријатеља и колега са посла“ (Bloom, 2003:3).

**Его ресурси** се односе на вештине самосвесности, интерперсоналне и самозаштитне вештине, као што су: интелигенција, способност интроспекције,

снага воље и иницијатива, способност да тежиш личном напретку, свесност психолошких потреба и имање перспективе, способност за доношење самозаштитних процена и одлука, способност да поставиш и одржиш границе, могућност предвиђања последица, успостављање зрелих односа са другима, емпатија и смисао за хумор (Saakvitne, et al., 1996). Понашање професионалаца којима су због викаријске трауматизације нарушени его ресурси, често је везано за претерано интересовање и учење у вези са послом, склоност претрпавању послом и за претерану окупираност послом која искључује сва друга интересовања (Pearlman et al., 1995).

Поред горе поменутих, и област *психолошких потреба* може бити под негативним утицајем викаријске трауматизације. Тада су угрожене потребе за сигурношћу, поверењем, поштовањем, интимношћу и контролом (Bloom, 2003). „Нарушен осећај сигурности подразумева повећан страх и напетост, осећај личне рањивости и подразумева повећан страх за нашу децу и наше најближе“ (Pearlman et al., 1995: 289). Овако нарушен или изгубљен осећај сигурности може бити прожимајући на нивоу дневног функционисања, а један од могућих последица код професионалаца који су и родитељи јесте претерана брига за и о деци, као и претерана заштита властите деце.

Након преживљеног насиља човеково поверење у друге је озбиљно нарушено. Као и код корисника, и код професионалаца може да се усади убеђење да се никоме не може веровати, а наше просуђивање и перцепција стварности тада имају негативну конотацију (Bloom, 2003). Питање поверења, његова нарушеност односи се и на поверење у друге и поверење у себе. Када је нарушено поверење у себе, професионалац у заштити деце и младих може да се осећа мање способним да буде независтан, може да верује свима или да не верује никоме. Такође, могуће је да сумња или да престане да верује „властитој процени других људи, социјалних ситуација или властитих осећања“ (Pearlman et al., 1995:290). У таквом стању може да сумња у своју стручност, способности и знања. Код нарушеног поверења у себе професионалци могу да постану превише самокритични, могу стресањем реаговати на нагле звукове, избегавати ситуације да неко хода поред њих, и избегавати огледање у огледалу. Док је избегавајуће понашање, што

друштвених догађаја, тако и других људи, и повлачење у себе показатељ нарушеног поверења (Saakvitne et al., 1996).

Када је код професионалца у социјалној заштити деце и младих нарушено поштовање, које је настало због викаријске трауматизације, може десити да дође до недостатка самопоштовања уопштено гледајући. Тада наше поштовање може да буде погођено у односу на себе као професионалца и из аспекта онога који помаже и из аспекта колеге, као људског бића, као жене или мушкараца, као супружника, као пријатеља, родитеља итд. (Pearlman et al., 1995). У ситуацији када појединац губи поштовање према себи, може неког другог неоправдано величати и сматрати бољим од себе, док се колеге и колегинице могу ниподаштавати. „Губитак самопоштовања и поштовања за друге смањује помагачеву везу са собом и другима“ (Pearlman et al., 1995:291).

„Свест о прожимајућој људској окрутности, може довести до душевне боли која заузврат, блокира осећања везана за интимност са собом и другима. Интимност захтева везу са најдубљим властитим осећањима и размишљањима“ (Pearlman et al., 1995:291). Ако успемо да блокирамо бол, тада ћемо блокирати и наша остала осећања. Када је код особе пољуљано или чак изгубљено самопоштовање, смањује се способност коју поседујемо за наше уобичајене личне потраге и креативност. У овој ситуацији професионалац се често повлачи од других у циљу да би избегао разочарање и губитак (Pearlman et al., 1995). Професионалац може да се повуче од породице и од пријатеља, али да интензивира комуникацију са колегама са посла или са онима који се баве сличним послом. Оваква ситуација може да наведе на закључак да су том професионалцу колеге најбитније, јер разумеју посао којим се баве, услове у којима тај посао обављају и разумеју тешкоће са којима се сусрећу на послу.

Радећи са трауматизованом децом и младима, професионалац може да развије и осећај да губи контролу. „Професионалац може да се поистовети са претходном беспомоћношћу својих клијената или да развије свест да су његов живот и будућност последице туђег деловања, јер губи наду да их може предвидети или контролисати (Pearlman et al., 1995:292). Проблеми са контролом се манифестују и у правцу себе и у односу на околину. Губитак контроле, као и

жеља и потреба да имамо контролу, пропорционални су, што више губимо контролу расте и наша жеља и потреба да је имамо. Са уверењима која одражавају нарушен осећај контроле, стално се питамо да ли смо способни да преузмемо одговорност за наш живот и нашу будућност, да покажемо наша осећања и да се понашамо слободно. „Такође, велика је вероватноћа да човек смањи број људи са којима комуницира, јер мисли да ће тако држати ситуацију под контролом“ (Bloom, 2003:3).

Како смо већ спомињали, радећи са трауматизованом децом и младима, професионалац у социјалној заштити слуша њихове приче и чита извештаје о доживљеним стравичним и окрутним догађајима, што може негативно утицати на **памћење и перцепцију**. За професионалца је јако битно да је обрадио властита трауматска искуства, јер може да се очекује да прича која се чује од корисника делује као окидач за нека трауматска и болна сећања код професионалца и на тај начин додатно закомпликује његово искуство и емоције“ (Pearlman et al., 1995). Очекивано је да професионалац своје искуство у раду са трауматизованим корисницима обрађује у неколико нивоа, и то како каже Соквитни, на (Saakvitne et al., 1996) :

- **Вербалном нивоу** – професионалац са клијентом разговара, прича и слуша о томе шта је било пре, у току и након трауматског догађаја.
- **Визуелном нивоу** – често након разговора професионалац у глави задржава слике везане за трауматске ситуације у којима је био његов клијент, са могућношћу и да себе замишља у таквим ситуацијама.
- **Емоционалном нивоу** – професионалац има емоционалну реакцију на трауматске доживљаје својих клијената.
- **Соматском нивоу**– није необично да професионалац има телесну реакцију на трауматско искуство о којем је слушао, нпр. осећа физички бол, сметају му неки мириси и сл.
- **Понашајном нивоу** – професионалци понекад „носе посао са собом“ кући и примећују обрасце понашања који рефлектују трауматске односе.



Трипани и др. примећују да истраживања показују како су терапеути који имају чвршће усађена уверења о смислу живота и повезаности отпорнији на викаријску трауматизацију. Сматрају да ће корисницима адекватније услуге пружати они професионалци који имају развијену духовност, јер им она помаже да прихвате реалност таквом каква јесте (Trippany et al., 2004).

Још један од могућих начина на који викаријска трауматизација делује на професионалца у заштити деце и младих, јесте да га учини озбиљним, циничним, тужним, као и да поспеши настанак преосетљивости на насиље. „Нетретирана викаријска трауматизација може да доведе до тога да терапеут живи у ограничењу, да ли зато што припрема терен за настанак синдрома изгарања или зато што је терапеут изгубио идентитет услед пружања помоћи другима, или због осећаја деморалисаности и „душевне боли“ које су карактеристичне за духовно оштећење које изазива викаријска трауматизација“ (Pearlman et al., 1995:282).

### **3.3. Последице и начини превазилажења викаријске трауме**

Сваки појединац је јединка за себе саздан од властитих потреба, искуства, интереса, властитих капацитета, породичног и културног миљеа из којег долази и вредности које носи са собом. Ово важи и за професионалце у заштити деце и младих. Управо ове посебности утичу на који начин ће се манифестовати последице викаријске трауматизације. Последице викаријске трауме не осећа само професионалац који ради са трауматизованом децом и младима, већ последице осећају и њихова породица и пријатељи, а последице су видљиве и у радном окружењу у односу према послу, колегама и корисницима са којима ради. Последице које настају услед викаријске трауме су трајне, али постоји могућност да се оне ублаже.

Постоје два начина за превазилажење викаријске трауматизације, а то су *превладавање* и *трансформација*. Облици превладавања помажу професионалцу да викаријску трауматизацију „држи под контролом“, да научи како да живи и

ради с њом и да се на њу гледа као на део радног процеса. Уз то је препоручљиво да се развију стратегије деловања са циљем да онемогуће да викаријска трауматизација из ометајуће фазе пређе у фазу у којој настају озбиљни проблеми или да викаријску трауму у тој фази држи под контролом и са њом излази на крај. Најбоље стратегије за превладавање викаријске трауматизације су брига о себи, одмор и забава, и бекство. На професионалцу је да изабере да ли ће се одвојити од свега и погледати неки филм, да ли ће одбити послове са кратким роковима или ће више да се игра са децом и учесталије виђати своје пријатеље, а препоручљиво је и учествовање у активностима које доприносе изградњи заједнице (Pearlman et al., 2008).

Обзиром да је посао професионалца у заштити деце и младих врло провокативан, понекад и на дневној бази, последице викаријске трауме могу настати у духовној сфери тог професионалца. Он може постати преокупиран питањима у вези смисла живота, о разлозима настанка толике несреће и патње у свету, о разлозима зашто су људи једни према другима толико окрутни, зашто се та јадна деца толико муче и сл. Промена која се дешава код професионалца неће бити пријатна нити за њега нити за његову околину, али је битно да он о себи не мисли као о жртви, већ да буде свестан да су промена и напредак могући. У овој фази стратегије превладавања нису довољне, већ је потребна трансформација викаријске трауме. То значи да је потребно идентификовати начине на који да негујемо наше осећање смисла живота и наде, губитак повезаности са другима, свесности себе и др. (Pearlman et al., 2008). Да бисмо трансформисали очај и деморализацију потребно је да свему дајемо смисао, да дајемо смисао и свакодневним активностима, да преиспитујемо наша негативна убеђења.

Соквитни и сарадници (1996) предлажу приступ викаријској трауматизацији путем тзв. *АБЦ интервенције*, где: А (*Awareness*) значи свесност, Б (*Balance*) означава равнотежу, а Ц (*Connection*) повезивање.

- ***Свесност***

Да би професионалац могао да оствари себе кроз један богат живот, требало би да буде свестан себе, властитих потреба, граница, емоција и личних ресурса. Свесност се постиже у периоду када професионалац има потребно време и мир за размишљање. То значи да свесност неће бити способан да оствари ако је непрестано у некој акцији или ако спава (Saakvitne, 1996, Hendricks, 2012). Ако је код професионалца постигнут ниво свесности, то значи да он може да препозна да викаријска трауматизација постоји, и на тај начин самим њеним именованем утицај викаријске трауме на професионалца слаби.

- ***Равнотежа***

Потребно је обезбедити стабилност, како би професионалац могао да стоји на својим ногама и да би се успешно држао властитих приоритета. Да би стабилност била могућа потребна је равнотежа, и то равнотежа између животних активности и унутрашњег живота, као и између посла и приватног живота. За постизање унутрашње равнотеже код сваког професионалца, неопходна је свесност (Saakvitne, 1996, Hendricks, 2012). За одржавање добре равнотеже битно је да професионалци воде здрав и разноврстан живот, да негују себе и да буду свесни значаја коју физичку активност, друштвени и духовни живот имају за њих.

Равнотежи доприноси и разноврсност радних задатака које обављају професионалци, затим развијен систем вредновања и награђивања, као ставрање услова и мотивација за учествовање у активностима које доприносе развоју услуга или службе.

- ***Повезивање***

Повезивање је важно јер онемогућава изолацију која чини пут у викаријску трауму. Повезивање може да буде: повезивање са собом, са другима, и са нечим већим од нас самих. Када постоји унутрашња повезаност, повезаност са собом, тада поседујемо већу свесност о нашим потребама, искуству и перцепцији. Посао

у заштити трауматозоване деце и младих, професионалац тешко да може радити сам, па је повезивање са колегама са којима можемо размењивати мишљење, тешке емоције и хумор круцијално. Повезивање са нечим већим, у зависности од личних афинитета, нам обезбеђује сидро за искуства професионалца и поспешује добробит особе (Saakvitne, 1996, Hendricks, 2012, Nsonwu et al., 2013).

Да би нека од стратегија у борби против викаријске трауматизације била могућа и делотворна, неопходно је да буде испуњен један захтев, а то је да викаријска трауматизација буде прихваћена, а не само препозната и освештена. Током ових четврт века, колико се изучава викаријска трауматизација, спроведена су бројна истраживања и изведени су различити закључци. На основу тих истраживања аутори су предлагали и стратегије за превазилажење викаријске трауматизације на три нивоа, и то на професионалном, личном и организационом нивоу.

### **3.3.1. Професионални ниво превазилажења викаријске трауме**

„Када професионалац води рачуна о себи на прави начин то подразумева употребу свих расположивих вештина и стратегија од стране запослених да би задовољили своје личне, породичне, емотивне потребе, а да истовремено задовоље потребе и захтеве својих клијената“ (Figley, 2002b; Stamm, 1999; наведено у Newell,2010:62)

- Када разматрамо професионални ниво, неколицина аутора истиче важност равнотеже између посла и приватног живота (Figley, 1995; Hesse, 2002; Pearlman et al., 1995).
- Други међутим препоручују психотерапеутске третмане који могу да помогну код контратрансфера који је везан за неке неразјашњене догађаје у личној историји терапеута и секундарну трауму (Hesse, 2002; Pearlman et al., 1995, Burk et al., 2011).

- Затим се истичу и консултације са колегама, супервизија и професионална обука, јер могу да ублаже осећај изолованости и повећају ефикасност (Burke et al., 2011; Pearlman & Saakvitne, 1995).
- И коначно, на основу везе између изложености трауматском материјалу и појаве симптома, често се предлаже и смањивање броја клијената са истом врстом трауме (Hesse, 2002; Pearlman et al., 1995) . За ове стратегије које су предложене, аутори кажу да су настале као резултат квалитативних студија у којим су учествовали терапеути (наведено у Bober & Regehr, 2006).

Поред горе поменутих стратегија, предложићемо још неке (Best Start Resource Centre, 2012), а то су:

- Коришћење рефлексивне праксе која представља процес у којем професионалац чини отклон (искорак) од дневних радних задатака са циљем да се анализирају и истраже различита виђења искуства које смо имали да би пронашли нова решења и приступе.
- Развијање вештине планирања рада, како би успевали да правимо паузе и одморе од посла у току дана, и поред тога завршавали започете послове у предвиђено време.
- Способност дељења посла са колегама, ако смо свесни да понекад можемо поверити некоме од колега да уради део посла.
- Тражење помоћи од колега како би се понудило најбоље решење кориснику. Тражење помоћи не представља слабост, напротив, представља врлину јер добро процењујемо ситуацију и знамо да не можемо сами.
- Важно је и бити сигуран да постоји склад између властитих и организационих уверења и вредности, јер у таквој равнотежи не отварамо простор за викаријску трауматизацију.

### **3.3.2. Лични ниво превазилажења викаријске трауме**

Препоручене стратегије за превазилажење викаријске трауматизације на личном нивоу базирају се на негујућим активностима за сваког појединца, а не само за професионалца који ради са трауматизованом децом и младима. Бригу о себи, развој стратегија и вештина за превазилажење, препоручљиво је да професионалци у заштити деце и младих користе и у превенцији настанка викаријске трауматизације и у активностима везаним за њено превазилажење.

Стратегије које следе представљају опште стратегије везане за понашање као што су: очување физичког здравља, избалансирана исхрана, оптималан квалитет сна и дужина спавања, вежбање или рекреација (Burk et al, 2011; Pearlman et al, 1995). Хесе (2002) наводи да овим општим стратегијама можемо придружити и различите облике изражавања као што су: цртање, сликање, кување, свирање музичких инструмената, глума или неке активности које се обављају напољу (наведено у Newell, 2010).

Овим општим стратегијама прикључићемо још неке које су значајне за све професионалце који раде са трауматизованим корисницима. То су (Best Start Resource Centre, 2012:24):

- „Повезаност са породицом и пријатељима
- Духовни живот
- Постојање личних циљева
- Хобији, интересовања
- Избегавати да се посао носи кући
- Повезаност са позитивним/ подржавајућим колегама
- Волонтерски рад у потпуно другачијој области“

### **3.3.3. Организациони ниво превазилажења викаријске трауме**

Стратегије које се предузимају на нивоу организације треба да буду базиране на политици која препознаје, превенира и помаже у превазилажењу викаријске трауматизације (Best Start Resource Centre, 2012:24)

- „подршка запосленима треба да буде непрекидна и позитивна,
- ефективна и редовна супервизија,
- коришћење рефлективне праксе,
- балансирани радни задаци,
- дебрифинг после великих инцидента,
- ограничити рад запосленима који то нису у стању сами да ураде,
- хумор, забава, креативност,
- разнолики радни задаци када су случајеви тешки,
- изражавање захвалности запосленима,
- обезбедити професионалцима приступ помоћи која је подржавајућа,
- едуковати руководиоце о викаријској трауми и како реаговати уколико се јави.

Траума може имати негативни утицај и на целокупно функционисање организације или службе, не само на професионалце унутар ње. Негативни ефекти трауме на организацију су ригидност и немогућност да се ствари и догађаји сагледају из нове перспективе. Унутар трауматизованих служби планирање је минимално, мишљење запослених се не узима у обзир приликом доношења одлука. Креативност је један од најбољих начина у борби против система који стагнира и који је оријентисан на кажњавање. Унутар службе пожељно је подстицање професионалаца да износе своја мишљења и запажања, као и да дају предлоге како да се неки проблем реши, уместо да се чека да неко од руководећег кадра одређује како да се реши проблем или да окривљује некога због настанка проблема (Farragher & Yanosy, 2005; Bloom, 2005). Велике централизоване организације су треме, споро се мењају, споро уводе новине у раду и за све им је потребно више времена, а мање су подржавајуће за своје запослене, и као такве могу бити и недовољно ажурне и подржавајуће за своје кориснике.

Као што видимо, постоје многе стратегије у превенцији и превладавању викаријске трауматизације, а које препоручују теоретичари. Бобер и Регер (2006) питали су се да ли ове стратегије, у суштини, могу да помогну да се избегне викаријска траума или да ублаже симптоме трауме уколико се они јаве? Мало је

истраживачких пројеката који се баве евалуацијом ових стратегија (Bober & Regehr, 2006). Све ове стратегије више делују као стратегије које доприносе здравом животу, смањењу страса и оснаживању професионалца у свакодневном животу на личном и професионалном нивоу, и унутар службе и радног процеса. На основу тога можемо закључити да лично стабилан и јак професионалац лакше препознаје и превазилази проблеме, па тако и симптоме викаријске трауматизације.

### **3.4. Превенција појаве викаријске трауматизације**

Деца у систему социјалне заштите знају каквог социјалног радника желе, сматра Џоан Рибл (2012). Разговарајући са њима сазнала је да деца и млади цене и препознају значај социјалног радника који је стабилан и који се емоционално ангажује. „Истрајност до самог краја (Follow-through) је по њима један од најзначајнијих чинилаца који чине доброг социјалног радника” (Riebel, 2012:33). Деца такође желе да њихов социјални радник буде организован, брижан, да добро слуша, да разуме, да је подржавајући и да помаже саветима, да је човек од речи (шта каже то и уради) и да се на њега могу ослонити. Битно им је да могу више времена да проведу са њим, јер негде осећају да овисе о њему тј. о одлукама које треба заједно да доносе.

Џоан Рибл (2012) наводи изјаву тинејџера који каже да када не може да верује свом социјалном раднику, он постаје циничан и дефанзиван, а други каже да у таквој ситуацији има осећај да је и овај професионалац као и сви други људи у његовом животу – сви други који су га већ напустили. Циљ је да се између детета или младе особе и професионалца у социјалној заштити успостави добар сараднички однос. Битно је задобити поверење деце и младих, а уједно тај процес је веома изазован како за професионалца тако и за дете или младу особу. Многи, међу којима су њихови најближи, у њиховим животима изиграли су њихово поверење и учинили их неповерљивима према људима и систему. Велик број деце која се налазе у систему социјалне заштите трауматизована су и то не само једном траумом, већ целим спектром непожељних догађаја и околности за њих. Задатак



система и службе је да деци и младима који су корисници услуга унутар система социјалне заштите омогући да у професионалцу са којим сарађују нађу сарадника каквог желе. Са једне стране добар професионалац помаже деци у њиховом опоравку од трауме, а са друге стране њихов успех ојачава самог професионалца и делује позитивно на његову мотивацију да настави са радом у заштити деце и младих.

Социјалне раднике и друге професионалце који раде у заштити деце и младих, добрим кандидатима за викаријску труматизацију чине емпатија, нерешене личне трауме, рад са децом која су највулнерабилнија популација у друштву, недостатак финансијских ресурса. Ситуације на радном задатку које имају ови професионалци заиста су провокативне. Из дана у дан слушати о детаљима породичног насиља, о губицима које је имало дете, размишљати о психичким и телесним повредама које је дете доживело, услови и начин на који је дете живело доводе професионалца у ситуацију да га „боли душа“ због свега што је учињено детету од стране одраслих који су требали да брину о њему, да га воле, пазе и мазе. Поред тога професионалцу може да се јави и осећај немоћи јер финансијски ресурси су мали, услуге које су потребне том детету или младој особи нису доступне, и такво трауматизовано дете морате додатно трауматизовати измештањем у установу за резиденцијални смештај. У таквим ситуацијама дете и породица могу да се љуте на професионалца и да им он буде мета на коју ће „истрести“ ту љутњу и несрећу. Са друге стране, професионалци у установама за резиденцијални смештај деце и младих, присуствоваће одигравању трауматских догађаја, и они ће бити мете огорчене деце и породице, деца ће се љутити на њих што се према њима понашају боље него њихови најближи. За њих је могуће да наиђу на неразумевање школе и заједнице на понашање које манифестују деца и да професионалце окривљују за то и да не цене њихов рад. Мислимо да су ово довољни разлози за адекватну превенцију викаријске трауматизације код професионалаца у социјалној заштити и на организационом, професионалном и личном нивоу.

Добро нам је позната стара изрека *Боље спречити него лечити*. Закључујемо да је неопходно превентивно деловати тако што ћемо ојачати и

подржати добробит професионалцаца, него се носити са последицама викаријске трауматизације.

Према Соквитни и др. (1996), *превенција викаријске трауматизације* одвија се на три нивоа: *професионалном, организационом и личном*. За сваки од ових нивоа постоје разне стратегије и интервенције. Потребно је направити и развити оперативан систем мера који ће ефикасно помагати професионалцима док раде са трауматизованим клијентима.

**Табела 3. Три нивоа превенције викаријске трауматизације (Saakvitne, 1996:85)**

<b>Професионални ниво</b>	<b>Организациони ниво</b>	<b>Лични ниво</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Супервизија</li> <li>• Консултације</li> <li>• Планирање рада</li> <li>• Баланс и разноврсност задатака</li> <li>• Едукација –давање и примање</li> <li>• Радно окружење</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Колегијална подршка</li> <li>• Форуми о викаријској трауматизацији</li> <li>• Доступност супервизије</li> <li>• Уважавање професионалаца</li> <li>• Ресурси: бенефиције за ментално здравље, простор, време</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прављење личних приоритета</li> <li>• Лична психотерапија</li> <li>• Активности у којима уживамо</li> <li>• Духовна добробит</li> <li>• Неговање свих делова личности: емоционални, физички, духовни, интерперсонални, креативни, уметнички</li> <li>• Пажња усмерена на здравље</li> </ul>

### **3.4.1. Професионални ниво превенције викаријске трауматизације**

- ***Супервизија***

Супервизија је један, ако не и најважнији чинилац у заштити од викаријске трауматизације и у њеном превазилажењу. Милосављевић говори да је супервизија у социјалном раду дефинисана доста рано у односу на професионална искуства унутар делатности социјалног рада. Помиње да је Џон Досон 1926. препознао три функције супервизије - административну, едукативну и подржавајућу:

- „Путем административне супервизије остварује се промоција и подршка стандардима принципима организације, односно установе, и ефикасно и усклађено вођење службе.
- Едукативном супервизијом подстиче се развој сваког појединачног радника како би могао да у потпуности оствари своје потенцијале.
- Подржавајућа супервизија служи одржавању хармоничних радних односа и неговању духа другарске солидарности“ (Милосављевић, 2013:22)

Административна супервизија или евалуација рада, погодан је облик помоћи приправницима или младим професионалцима као облик стручног вођења у процесу вођења случаја и доношења одлука. У нашим условима, административна и едукативна супервизија су најприсутнији облик супервизије у Центрима за социјални рад. Полић (2016) је у свом истраживању дошла до резултата у којем 37,3% водитеља случаја и 54,5% супервизора сматра да је фокус супервизије, у Градском центру за социјални рад, на подршци у фазама стручног поступка. За разлику од овог модела супервизије, „савременим моделима супервизије психосоцијалног рада је заједничко то да се усредсређују на процес професионалног раста и развоја супервизанта и развој његове компетентности кроз рефлектовање о његовим професионалним искуствима, кроз шта се интегрише теорија и пракса у сигурном и подржавајућем окружењу у којем су потребе и могућности помагача у првом плану“ (Ајдуковић и др., 2004:7). Видимо да према савременим моделима супервизија треба да буде подељена на супервизију унутрашњих процеса код професионалаца и супервизију или евалуацију рада. Одвојеност ове две функције доприноси квалитету супервизије, јер како Бел и други кажу „забринутост због резултата евалуације може да доведе до тога да професионалац сакрије проблеме у свом раду који могу да указују на викаријску трауматизацију“ (Bell et al., 2003:468). Бел сматра да одговоран супервизор у процесу подржавајуће супервизије омогућава професионалцу да се осећа сигурним у изказивању страха, забринутости и неадекватности (Bell et al., 2003). Битно је да професионалац зна да његово поверење неће бити злоупотребљено, да неће бити осуђиван и да ће наићи на разумевање. Супервизор

треба да представља узор како треба да се комуницира, да даје подршку и повратну информацију професионалцима. Било би добро када би супервизори подржавали професионалце на емотивном нивоу, али их и учили о викаријској трауматизацији. Знање о викаријској трауматизацији, условима за њен настанак, њеним манифестацијама, начинима превзилажења и превенцији, представљају први корак у борби против викаријске трауматизације. Подразумева се да учење о викаријској трауми треба да се одвија у сензибилној, подржавајућој атмосфери у којој је присутно и међусобно поштовање и где супервизор има чврсту теоријску основу која укључује разумевање како траума утиче на појединца, перспективу за успостављање међусобних односа, док је потребно обратити пажњу на пројективну идентификацију и контратрансферни однос (Pearlman et al, 1995; Pearlman et al., 1995a). Самер и Кокс (2005) извештавају да супервизија која је сензибилизирана на трауму, треба да буде сачињена од: разговора о томе како посао утиче на професионалца и на његова осећања; да се директно бави викаријском траумом; и да користи приступ базиран на снагама (Sommer, 2008).

Цео процес супервизије треба да служи да супервизант учи, развија се и усавршава своје компетенције које произилазе из његове професије и то на начин што ће са супервизором да рефлектује своја искуства, развија лични модел рад у циљу сталног раста и развоја. „У неким ће случајевима супервизија психосоцијалног рада довести до тога да супервизант постане свестан својих личних проблема. У правилу то ће бити у подручју психодинамике рада са клијентима и приликом појаве контратрансфера и пројекције. У тим случајевима задатак супервизије је да помогне супервизанту да схвати које проблеме има и како се може са њима носити да не би повредио клијента“ (Ајдуковић, 2004:14). Можемо да закључимо да супервизија треба да постоји како би се кроз тај процес могао развити професионалац, који поседује високо развијено разумевање односа међу људима, који препознаје узроке настанка одређених проблема као и чиниоце који стимулишу или отежавају даљи развој, како клијента тако и самог професионалца.

- ***Баланс и разноврсност задатака***

Бел и други (2003) наводе да су истраживања показала да разноликост радних задатака на послу доприноси отпорности тј. заштити од викаријске трауматизације. То је битно јер такве разноликости могу помоћи професионалцу у заштити деце и младих да задржи трауматски материјал у перспективи, а врше и превенцију настанка трауматског погледа на свет. (Pearlman et al.,1995)

Ако не постоји могућност да професионалац ради са клијентима који имају различите проблеме, пожељно је да се раде различити послови унутар организације. Професионалци треба да се укључују у истраживања, израду пројеката, писање чланака и слично, што би допринело унапређењу услуга и праксе, али и дало баланс директном раду са клијентима и пратећој документацији. Смањењу оптерећености трауматским материјалом на послу доприноси и укључивање у некакве послове у заједници; волонтирање, друштвени активизам и сл. Ми сами можемо да допринесемо превенцији настанка викаријске трауме или да њен настанак сведемо на минималну меру тако што ћемо контролисати ниво изложености трауми. Иако број случајева на којима радимо често није под нашом контролом, ми сами можемо да бирамо начин на који ћемо се ангажовати, шта ћемо замишљати и говорити себи док радимо са корисницима.

- ***Едукација –давање и примање***

Едукација као самостална област или као део супервизије, важна је за професионалце који раде са трауматизованом децом и младима у систему социјалне заштите. Овим професионалцима неопходна су знања о трауми, начинима на који утиче на појединца и како трауматизовани корисник утиче на самог професионалца. Добра информисаност и стална едукација о викаријској трауматизацији доприносе и смањењу могућности настанка викаријске трауматизације. Знање нам омогућава да препознамо и именујемо искуство које смо имали, а дају нам и оквир за разумевање и реаговање. Бел и други (2003) наводе да едукација о викаријској трауми може да започне на разговору за посао. На тај начин онај који је конкурисао за посао добија информацију о могућим

ризицима посла са трауматизованим клијентима, а послодавац има могућност да процени резилијентност и снаге кандидата (Bell et al., 2003). Када кажемо едукација – давање и примање, мислимо да поред похађања разних едукација, обука и тренинга везаних за знања о викаријској трауматизацији, професионалци треба и сами да читају савремену стручну литературу, резултате спроведених истраживања и припремају предавања или едукације у којој ће бити у улози презентера или едукатора. Таква предавања могу се припремати за најближе колеге, али и сараднике из других установа и служби. Финансије одвојене за обуку професионалаца унутар система социјалне заштите никада нису довољно велике. Да ли ће се обуке организовати за све запослене унутар неке организације, или ће један члан ићи на обуку уз обавезу да остале колеге детаљно упозна са темом, зависи од финансијских могућности организације, али и од организационе културе. Такође, могуће је да две организације које су обучаване у различитим областима, а опет у вези викаријске трауматизације, размене стечена знања или експерте за превенцију викаријске трауматизације (Bell et al., 2003).

- ***Радно окружење***

Простор у којем се ради основно треба да буде чист, пријатан и прикладан. Професионалци запослени у заштити деце и младих, могу бити на удару клијената, тако што ће ови своје незадовољство, љутњу и бес искаљивљети на њима; вређати, псовати, пљувати. Корисници понекад и прете, али и физички нападају професионалце. Оваква понашања корисника услуга социјалне заштите и чланова њихових породица најчешће доводе до замора саосећања код професионалаца у заштити деце и младих. Прлман (1995) сматра да базичној сигурности могу да допринесу лични предмети које ће стручњак држати у канцеларији, а која за њега имају значење (Pearlman, 1995). Да ли ће то бити фотографије чланова породице или места која је посетио, уметнички предмети, слике природе, цитати неких мислилаца и сл., овиси о самом професионалцу и његовим афинитетима. Такви предмети имају за циљ да помогну професионалцу да се сети ко је он и зашто ради овај посао. Такође, су потребне собе за одмор, у

које професионалци могу да се повуку и одвоје од клијената, јер пауза у току рада уз присуство клијената, не представља одмор.

### **3.4.2. Организациони ниво превенције викаријске трауматизације**

- ***Колегијална подршка***

У раду са клијентима промењивог расположења, који могу понекада бити и опасни у ситуацијама са великим емотивним набојем, социјална подршка је вероватно једини ублажујући фактор који може да помогне особљу у савлађивању овако тешких ситуација на конструктиван начин (Bloom, 2005:11). Због тога је постојаност особља и сталност тима који ради заједно веома значајна. Свака промена радног места, без обзира на разлог због којег се напушта посао утиче тако што угрожава витални део мреже социјалне подршке. Међусобна колегијална подршка је један од битних чинилаца који не захтева много ресурса. Руководилац организационе јединице требао би да се труди да потакне професионалце који раде за њега да раде тимски и да постану прави тим који има међусобно поверење и подршку. Ово је процес, а не посао који се завршава након неког времена. Често руководиоци не примећују шта се дешава у тиму, а када приметите знакове тада је већ касно – неко да отказ, неко оде на боловање, или се деси неки инцидент.

Да би спречили настанак викаријске трауматизације поред тога што професионалци треба да буду свесни себе, потребно је и да неко пази на њих, јер свако у одређеном моменту може на ставри гледати из „мртвог угла“ или услед добре намере у комбинацији са постављеним захтевима просто отићи предалеко (прекорачити овлашћења). У добром тиму све се примећује јер колеге обраћају пажњу једни на друге, и могу и хоће отворено да разговарају. Дobar тим представља одличну базу за квалитетан вид групне подршке, у различитим облицима. Група може да се организује ради групне супервизије, консултација, планирања третмана, разговора о појединачном случају, семинара који могу бити вођени или од стране колега или неког стручњака (Trippany, 2004, Burk et al., 2011, Pross, 2006). Појединац треба да се осећа сигурно да група неће злоупотребити



његово поверење ако изнесе пред њу оно што га мучи, да неће бити омаловажаван, критикован и да ће добијени коментари бити добронамерни. Када су људи изоловани тада постоји већа вероватноћа да нешто крене по злу. Група треба да омогући професионалцу јасан увид, да слуша и исправља искривљености у мишљењу, да понуди перспективу и повеже се са емоционалним стањем колеге. Она омогућава професионалцу да се поново повеже са другима и да подели сазнања о могућим стратегијама за превазилажење (Trippany, 2004). Група треба да покаже професионалцу да није сам и да није постао лошији у свом раду, као и да доприноси самопоуздању професионалца. Бел и др. (2003) кажу да је за тим битно и време за хумор, за дружење, као што је прослава рођендана или других догађаја, као и организовање *team-building*-а и излета који могу да подстакну код радника осећање да је група сложна и да се међусобно подржава“ (Bell и др., 2003).

Оно чему треба да се посвети пажња јесте да постоје и могуће замке у колегијалној групној подршци. Једна је тенденција ка групном мишљењу и конформизму, а друга је да када колеге чују проблеме једног од њих могу да се дистанцирају од корисника и да почну да их окривљују за оно шта су изазвали код њиховог колеге (Trippany, 2004).

- **Уважавање професионалаца**

Код нас, а у литератури видимо и у свету, социјални радници и други професионалци који раде у систему социјалне заштите деце и младих нису цењени ни поштовани, нити адекватно плаћени за свој рад (Lonne, 2003; Osofsky, 2012). Они раде тежак посао, неки и веома обиман, док су ресурси са којима располажу да би оставарили професионалне задатке мали. Рад на промоцији ових професија и њиховом уважавању у друштву, побољшању радних услова и материјалног статуса запослених доприноси и њиховој отпорности на викаријску трауматизацију. Поред тога, давање перспективе професионалцима, развијање служби, могућности за усавршавање и напредовање представљају још неке од могућих корака у превенцији од викаријске трауматизације, али и изгарања на послу.

- ***Ресурси***

У превенцији настанка викаријске трауме, битно је да организација предузме што више могућих корака како би дала све од себе да заштити своје запослене и тако им послала поруку да брине о њима. У установама социјалне заштите недостатак финансијских средстава је веома чест. Но, не захтевају све активности пуно финансијских средстава, а са друге стране руководиоци служби и директори установа треба да покажу своју способност, довитљивост и снажљивост у прибављању додатних средстава за ове намене. Пожељно би било да се превентивне и заштитне активности планирају као и ниво услуга који се пружа. Веид (1996) и група аутора препоручују организацијама да за своје запослене обезбеде терапију, физичку активност и услове за контролу стреса (наведено у Bell et al., 2003). „Организовање шетње или медитације за време паузе или после радног времена може да буде благородно за запослене“ (Bell et al., 2003:468). Много тога може да се постигне ако постоји жеља да се нешто уради и ако се препозна потреба за заштитом од викаријске трауматизације.

- ***Организациона култура***

„Организациона култура постоји на когнитивном и емоционалном нивоу, представља сет базичних претпоставки, вредности, ставова и норми понашања заједничке за организацију и манифестују се кроз перцепцију чланова организације, начин размишљања, осећања и понашања, као и артефакте материјалне и нематеријалне природе“ (Deal, Kennedy, 1982; Wallack, 1983; Schein, 1985; Kotter, 1992; House i dr., 1997, наведено у Вукоњски, 2013:16). Можемо рећи да организациона култура представља филозофску основу и структуру једне организације или службе, тј. њену суштину. Због тога она често надживи професионалце који долазе и одлазе, и тешко се мења.

Бел и сарадници (Bell, 2003) наводе да је организациона култура један од чинилаца превенције викаријске трауматизације код професионалаца у заштити деце и младих, на организационом нивоу. Бел и сарадници сматрају да „организације преко својих вредности и културе постављају своја очекивања. А

када посао подразумева сусретање са траумом, организација треба да дефинише и очекивања о томе како помоћи раднику који је искусио трауматизацију да се носи са њом и професионално и приватно“ (Bell et al., 2003:466). Овим се истиче и указује да је потребно да унутар организације или службе постоји развијен протокол о процедурама и поступцима, као и о редоследу којим се те процедуре и поступци примењују да би се превенирале, али и санирале последице викаријске трауматизације на професионалце у тој организацији или служби. Као услов за то, постоји очекивање да руководиоци установа, институција и служби располажу са адекватним знањима о викаријској трауматизацији, њеној превенцији и санирању последица. Горе поменути аутори сматрају да је „подржавајућа организација она која омогућује годишње одморе, ствара нове могућности за социјалне раднике да раде различите врсте посла, иду на боловање када су болесни, да се професионално усавршавају и имају довољно времена за себе“ (Bell et al., 2003:466).

### **3.4.3. Лични ниво превенције викаријске трауматизације**

Проучавање литературе о ризицима и резилијентности, навело нас је да закључимо да сваки професионалац понаособ мора да развије позитивне процесе и стратегије да би задржао своју ефективност и изашао на крај са трауматским материјалом који корисници износе пред њега (Canfield, 2005; Collins & Long, 2003; наведено у Раск, 2013:5). У даљем тексту говорићемо о неким од стратегија које је пожељно предузимати на личном нивоу.

- ***Брига о себи***

„Брига о себи (*Self-care*) представља став везан за вештине које је потребно практиковати током дана,, (Mahoney 2003:25, наведено у Maichenbaum стр.7). Добра брига о себи подразумева неговање свих делова личности: емоционални, физички, духовни, интерперсонални, креативни и уметнички.

Пажња усмерена на здравље подразумева да се држимо принципа који доприносе добробити нашег здравља. Оне нам се некада подразумевају као нормалне и склони смо да их занемаримо. Неке од њих су:

- редовна исхрана
- здрава исхрана
- довољно квалитетног сна
- годишњи одмор
- боловање у случају болести
- рекреација
- умирујуће активности – медитација, масажа, релаксација, јога

Један од услова да би професионалац могао пажљиво да разговара са корисником јесте да му се не спава и да није гладан, јер гладном човеку концентрација често опада или буде нервозан. И одатле полази професионални однос према кориснику и услуга какву заслужује у својој невољи и недаћи.

- ***Прављење личних приоритета***

Прављење личних приоритета подразумева одвајање пословног и приватног живота. Мејкенбаум предлаже следеће:

- имати приватни живот,
- бити свестан да ниси сам у послу,
- да имаш реалистична очекивања од себе и од клијента,
- свести на минимум самоокривљавање и окривљавање других,
- обратити пажњу на осећања стида, кривице, нестручности, фрустрације,
- развити ритуале који ће помоћи да посао не носимо кући, и
- оставити посао на послу.

До недавно се у литератури и стручној јавности доста говорило о томе како је за једног професионалца битно да на посао не доноси приватан живот.

Примећујемо да се сада прича мало изокренула и наглашава се да је потребно посао оставити на послу. Приватан живот и посао за професионалца чине свакодневицу, и постоји међусобан утицај једног на други. Ако успемо да посао оставимо на послу, тада ћемо и приватни живот оставити код куће. У противном почиње циклус утицаја једне сфере живота на другу, а незадовољство и приватним животом и послом расте.

- ***Лична психотерапија***

Лична психотерапија је добродошла ако можемо да је обезбедимо за себе. Није неопходна, али може бити од користи јер професионалцу у заштити деце и младих омогућује да се боље припреми за посао са трауматизованим клијентима, помаже да што боље упознамо себе и да научимо да препознамо како посао утиче на нас, и може нам помоћи у препознавању промена код нас самих, а које представљају пут ка викаријској трауматизацији (Pearlman et al., 1995). Лакше штитимо себе од викаријске трауматизације ако знамо и препознајемо своје слабости.

- ***Активности у којима уживамо***

За одржавање доброг баланса у нашем животу неопходно је учествовати у активности у којима уживамо. Комуникација и дружење са другим људима је битна јер викаријска трауматизација нарушава наше поверење у друге. Потребно нам је да акумулирамо позитивну енергију, а изворе негативне енергије треба знати избећи. Препоручене активности су следеће:

- креативно изражавање
- хоби
- дружење са породицом и пријатељима који су позитивни
- хумор
- ангажман у заједници
- друштвене игре
- путовања

Професионалци у заштити деце и младих, могу осећати да поред посла и породичних обавеза имају мало времена за себе. Добром организацијом све се може постићи. Ако професионалац доведе себе у ситуацију да буде мрзовољан, лењ и за виђање са пријатељима, да комуникацију са њима сведе на минимум, доћи ће у ситуацију да увиди како се пријатељи међусобно друже и забављају и да је он изопштен из друштва. Такав увид може да тргне професионалца из апатије у коју је запео или да га одведе у потпуну изолацију.

- ***Духовна добробит***

Брига за духовну добробит такође је важна. Битно је бити нежан, пажљив и негујући према себи. Можемо се усредсредити на филозофски или религијски пут, који нам више одговара, давати животу смисао и значење. Maichenbaum предлаже препознавање и раздвајање аспеката живота које не можемо променити од оних који су променљиви. Предлаже да будемо поносни на себе јер радимо посао који доприноси и служи развоју и напретку људи и да будемо почаствовани што имамо привилегију да помажемо људима.

„У медицини су одређени јасни кораци који се предузимају да би се зауставила или спречила зараза, као и којим се редоследом предузимају. Потребно је познавати очекиване последице рада са трауматизованим клијентима, и као код заразе знати када и које мере предузети у оквиру саме организације, како би се те последице санирале“ (Bloom, 2003:12).

Како смо видели, да бисмо превенирали настанак викаријске трауматизације код професионалаца у помагачким професијама потребно је ангажовати и организацију и струку и појединца. Да би превенција викаријске трауматизације била адекватна, она у суштини треба бити индивидуализована за појединца у институцији, јер је сваки човек јединка за себе. Свако од нас има различито животно искуство, различите бриге и слабости. Предузимање неких општих корака у превенцији, унутар институције је добродошло. Опште мере предострожности и стварање адекватних радних услова, потребних за квалитетан рад са трауматизованим клијентима, су превентивне мере на организационом

нивоу. Неопходно је пронаћи баланс између посла, породичног живота и уживања, како би професионални помагач сачувао смисао личног идентитета и нашао начине за регенерацију својих снага и опуштање.

#### **4. СИНДРОМ ИЗГАРАЊА**

Синдром изгарања или професионално изгарање представља још један од облика професионалног ризика за професионалце у социјалној заштити који раде са трауматизованом децом и младима. Овај концепт је проучаван код нас и присутан је у литератури и на нашем језику. Повермено се спроводе истраживања која укључују запослене у социјалној заштити, али нисмо стекли утисак да су резултати спроведених истраживања допринели унапређењу праксе и заштити запослених уопште или заштити запослених на прикладан начин.

У стручној литератури поред Маслач, највише радова произвели су Летре и Шафели, у којима су промишљали о резултатима истраживања, правили преглед литературе, расправљали о појединачним проблемима и др. Од краја деведесетих година двадесетог века, присутно је више чланака ван америчког континента, захваљујући Широу и Кристенсену и њиховим сарадницима.

##### **4.1. Теоријско одређење синдрома изгарања**

Синдром изгарања представља метафору која се односи на губитак енергије. Изгарање може да представља смиривање пожара или гашење свеће. Познато је да ватра након разбуктавања не може дуго да гори истим интензитетом ако нема довољно горива или кисеоника који су потребни за њено одржавање (Schaufeli, 2009). Шафели сматра да „успех ове метафоре изгарања лежи у томе што је настала у дискурсу. Људи су употребљавали овај термин да опишу дато стање пре него што га је психологија открила као феномен вредан проучавања“ (Schaufeli, 2009:205). Маслач и др. (1993) износе један занимљив податак, да су ликови из књижевности имали симптоме синдрома изгарања, и да су тако Томас Ман двадесетих година двадесетог века и Грејм Грин шездесетих година двадесетог века, дали опис синдрома изгарања пре званичног успостављања самог конструкта седамдесетих година двадесетог века.



Амерички психијатар Фројденбергер је позајмио овај термин из једног другог, како га Шафели (2009) назива „зобрањеног миљеа“, где се овај термин колоквијално употребљавао да се опишу разарајући ефекти које има стална употреба дрога. Фројденбергер је искористио овај термин да опише *постепено емоционално трошење, губитак мотивације и недостатак посвећености у раду* међу добровољцима које је испитао, у Слободној клиници Светог Марка (St Mark's Free Clinic) у Њујорку где је радио као психијатар консултант (Schaufeli, 2009:205).

#### **4.1.1. Синдром изгарања из перспективе Маслач, Летреа и Шафелија**

Убрзо након Фројденбергера, а како аутори наводе, независно од њега Маслач са својим колегама сусрела је овај термин у Калифорнији у току опсежних разговора са социјалним радницима. У том периоду она је била истраживач у области социјалне психологије и интересовала се како су социјални радници излазили на крај са емоционалним узбуђењима употребљавајући разне когнитивне стратегије као што је нпр. „равнодушна забринутост“ (*detached concern*). Сазнања добијена путем ових разговора показала су да се ови радници често осећају емотивно исцрпљени и да су развијали негативне перцепције и осећања према својим клијентима и пацијентима, као и да су прошли кроз професионалну кризу као резултат ове емоционалне узнемирености. Ови социјални радници су такво стање називали „синдром изгарања“ (Schaufeli, 2009), и омогућили да у својим почетцима развоја концепта синдрома изгарања, симптоми буду везани за професионалце у помагачким професијама. Код ових професионалаца је синдром изгарања прво постао видљив, вероватно зато што се негативни стереотипи о клијентима налазе у супротности са оним што се сматра професионалним ставом социјалних радника (Maslach et al., 1993). Половина седамдесетих година двадесетог века, из аспекта проучавања синдрома изгарања, представља фазу у којој се концепт представља стручној јавности, где се пишу први теоријски чланци и расправља се о дистинкцији са другим појмовима.

Следећа фаза у развоју сазнања о синдрому изгарања и његовом разумевању, почиње осамдесетих година двадесетог века, и представља почетак емпиријског истраживања концепта синдрома изгарања. У том периоду је развијен и стандардизован инструмент за мерење синдрома изгарања МБИ (Maslach Burnout Inventory) који је конструисан у складу са тадашњом дефиницијом синдрома изгарања. Маслач је дефинисала синдром изгарања тако што је рекла да он представља „*синдром емоционалне исцрпљености, деперсонализације и смањеног личног постигнућа*“ до којег може доћи код појединаца који се баве неком врстом рада са људима“ (Maslach, 2015:2).

Када говоримо о *емоционалној исцрпљености*, Маслач (2015) сматра да она представља саму срж синдрома изгарања. Када се професионалац превише емоционално ангажује, са већим бројем клијената у дужем временском периоду може да почне да се осећа преплављено. Тада професионалац више није способан да одговори емоционалним захтевима других и да се осећа крајње исцрпљено, што резултира повлачењем у себе и покушајима да се посао ради без емоционалне ангажованости. Дружић Љуботина и сарадници сматрају да се „емоционална исцрпљеност односи на осећај емоционалне „растегнутости“ и исцрпљености због контакта с другим људима. Када се емоционалне резерве исцрпе, човек више није у стању да се даје другима“ (Дружић Љуботина и др., 2014:13). Постоји мишљење да социјални радници који професионално изгарају, не налазе задовољство у послу, чешће пружају „лоше“ услуге, склони су апсентизму и учесталије дају отказ на послу (Дружић Љуботина и др., 2014). Ова емоционална исцрпљеност изгледа као замор саосећања, као да професионалци још увек имају жељу да помогну корисницима али не могу, немају снаге ни воље за ангажовањем.

*Деперсонализација*, „се односи на безосећајан и равнодушан однос према корисницима. Овај негативан став може прерасти у грубо, неосетљиво или чак неприлагођено понашање према њима или повлачење од њих (Wills, 1986; наведено у Дружић Љуботина и др., 2014:13). Бранковић (2014) наглашава како не би требало изједначавати термин деперсонализација како га Маслач и сарадници (1996) користе, са појмом деперсонализације као психијатријског поремећаја како је одређен у ДСМ-IV категоризацији (American Psychiatric Association, 1994)“.

„ДСМ-IV дефинише деперсонализацију као трајну или понављану алтерацију перцепције селфа до ступња где је представа особе о његовом или њеном осећају реалности привремено изгубљена. Пацијенти с овим поремећајем могу се осећати као да су у сну или да су одвојени од својих тела“ (Бранковић, 2014:8). На основу овде реченог можемо да закључимо да се код професионалца дешава промена у начину на који се гледа на корисника и у речнику којим се они описују, а која иде из позитивног ка негативном одређењу. До деперсонализације се лакше долази ако су професионалци у раду окренути ка проблемима са којима се корисници сусрећу и свакодневно живе, а не обраћају пажњу на њихове снаге и потенцијале.

**Умањено лично постигнуће** “односи се на опадање осећаја компетенције и успешног постигнућа у раду с људима, што може довести до екстремног осећаја неадекватности, неуспеха, губитка самопоштовања, па чак и депресије“ (Дружић Љуботина и др., 2014:13). Овај аспект професионалног изгарања професионалци могу помешати са личним проблемима, и на тај начин оставити оваква осећања ван одговарајућег контекста.

Емпиријска истраживања која су се спроводила већу пажњу су показивала факторима везаним за посао, у односу на друге типове варијабли. Према оцени Маслач и Шафелија најзначајнија истраживања спроведена у том периоду изнедрила су три веома значајна закључка (Maslach et al 1993:8):

1. “ниво синдрома изгарања изгледа сасвим стабилно кроз време, што наводи да је реч о хроничном а не акутном стању,
2. синдром изгарања води физичким симптомима, одсуствовањима са посла и промени посла, и
3. конфликт улога и недостатак социјалне подршке од колега и супервизора претходи синдрому изгарања“.

Оно што је још значајно за истраживања из периода касних осамдесетих и почетка деведесетих година двадесетог века јесу истраживања и сазнања добијена у пракси која су показала да синдром изгарања не треба везати само за послове који укључују рад са људима. Присуство симптома синдрома изгарања примећено

је и код менаџера, интелектуалаца, предузетника, радника и др. Како каже Шафели „у овом општијем облику синдром изгарања је дефинисан као стање опште исцрпљености у којој се појединац са цинизмом односи према својој професији и сумња у своје способности” (Maslach et al., 1996, p. 20; наведено у Schaufeli, 2009:206).

#### **4.1.2. Синдром изгарања из перспективе Широма и Кристенсена**

Синдром изгарања представља један од најнеповољнијих исхода изложености професионалном стресу који дугорочно гледано за последицу може произвести здравствене проблеме код професионалца како у заштити деце и младих, тако и шире. Аутори који се не слажу са начином на који су Маслачи и сарадници одредили синдром изгарања, као што су Пајнс, Широма и Кристенсен, у одређењу синдрома изгарања, наглашавају замор и исцрпљеност као кључне тачке за његово одређење. Следе дефиниције синдрома изгарања које су дали ови аутори:

- „Синдром изгарања представља афективно стање сачињено од осећања емоционалне исцрпљености, физичког замора и когнитивне изнурености које представљају пражњење енергетских извора/ресурса као последица кумулативне изложености хроничном радном и животном стресу“ (Shirom, 2003; наведено у Armon et al., 2008:5).
- Пајнс и Аронсон су дефинисали синдром изгарања као „стање физичке, емоционалне и менталне исцрпљености узроковано дуготрајном укљученошћу у ситуације које су емоционално захтевне“ (Pines & Aronson, 1988, p. 9; наведено у Kristensen, 2005:196)
- Кристенсен наглашава да по његовом мишљењу синдрома изгарања није само замор и исцрпљеност, већ да је важан фактор димензија личности. То је разлог због којег Кристенсен не даје само једну дефиницију, већ дешинише синдром изгарања у односу на: личност, посао и друге људе. Каже да (Kristensen , 2005:197):

- „Лични синдром изгарања јесте ниво физичког и психичког замора и исцрпљености коју је особа искусила.“
- „Синдром изгарања јесте ниво физичког и психичког замора и исцрпљености коју је особа искусила на радном месту“ – ово им омогућује да праве дистинкцију између умора који је последица проблема са здрављем и унутар породице, и умора везаног за пословно окружење.
- „Синдром изгарања у односу на клијенте јесте ниво физичког и психичког замора и исцрпљености коју је особа искусила у раду са клијентима.“ – Кристенсен наглашава да одређење замора у односу на друге људе покрива широко подручје и може да се односи на клијента, пацијента, корисника, приправника, колегу, студенте и сл.

Широм је у својем виђењу синдрома изгарања пошао од Фројденберговог одређења да синдром изгарања представља *„постепени губитак идеализма, енергије, смисла и циљева* које често доживљавају људи који се професионално баве помажућим професијама, а што представља непосредну последицу услова у којим раде“ (наведено у Петричковић, 2010:397), а концептуализацију синдрома изгарања базирао је на Хобфоловој „Теорији конзервације ресурса“ (Conservation of Resources [COR] theory, Hobfoll, 1989, 1998) у чијој основи је уверење да људи имају базичну мотивацију да добију, задрже и заштите оно што вреднују. У овој теорији, оно што људи вреднују, аутори називају ресурсима који могу бити материјални, социјални и енергетски. Код професионалног изгарања доводе се у везу само енергетски ресурси, који покривају физичку, емоционалну и когнитивну енергију. Осећања *емоционалне исцрпљености, физичког замора и менталне изнурености* виде као факторе синдрома изгарања који су у блиском међусобном односу (Hobfoll & Shirom, 2000) и који могу бити представљени *једном оценом синдрома изгарања* (наведено у Shirom, 2003).

Синдром изгарања има већу вероватноћу да настане када су ресурси у опасности од стране спољашњих услова, када су ресурси изгубљени јер су представљали одговор на спољашњу претњу али повратно није добијен очекивани резултат, и када се ресурси инвестирају да би се добили додатни ресурси. Када

појединац изгуби ресурсе он тада покушава инвестирањем додатних ресурса да ублажи негативне последице, али тако у опасност доводи властите залихе ресурса и прави простор за професионално изгарање. Поред тога услови погодни за професионално изгарање настају и када појединац инвестира али не успе да добије додатне ресурсе (Xanthopoulou et al., 2014).

Поред тога што су Ширум и Кристенсен дали своје виђење и одређење синдрома изгарања, они су за истраживање синдрома изгарања развили засебене мерне инструменте: Ширум - Меламед Мерило синдрома изгарања (*Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)*) и Копенхаген Брнаут Инвентар *Copenhagen Burnout Inventory*, Kristensen et al., 2005). Ови аутори су се бавили детаљном анализом инструмената за мерење, како њихових властитих тако и инструмента који је осмислила Маслач са сарадницима.

Кристенсен и сарадници истичу да сазнање да је МБИ упитник коришћен у 90% свих емпијских истраживања у свету на тему синдрома изгарања (Schaufeli et al., 2001) има за последицу да упитник и дефиниција синдрома изгарања коју је дала Маслач представљају две стране једног новчића. „Синдром изгарања је оно што се мери МБИ и добијени резултати представљају синдром изгарања“ (Kristensen et al., 2005:193). Поред овога, ови аутори сматрају да није јасан однос између МБИ и концепта синдрома изгарања, и да се само на први поглед савршено поклапају. Сматрају да ако је синдром изгарања одређен са три димензије, није у реду да се свака димензија мери понаособ без јединственог резултата (Kristensen et al., 2005). Кристенсен и сарадници након тестирања МБИ упитника, закључили су да примена овог упитника код професионалаца који нису из САД-а, може да буде отежана јер је потребно културно и социо-економско прилагођавање овог упитника. Изјава Кристине Маслач (1979) да су истраживања показала да професионалне групе превазилазе стрес тако што се дистанцирају и тим путем повређују и себе и своје клијенте, навела је Кристенсена и сараднике на закључак да је деперсонализација једна од стратегија за превазилажење стреса, а да се смањено радно постигниће може сматрати последицом дугорочног стреса. Сматрају да је свака од ових димензија значајна и да не треба да се крију иза синдрома (Kristensen et al., 2005). Потврду горе поменутом закључку аутори су

добили у радовима које је од 2000-тих писао Шафели, који је истакао да новија истраживања показују да „радно постигнуће“ не мора да буде део концепта синдрома изгарања и да је “све јасније да на основу истраживања, која су рађена са оригиналним МБИ димензијама, „радно постигнуће“ је у великој мери независна од друге две димензије“ (Schutte et al., 2000:55). У овом делу значајно је и то да су Шафели и Гринглас (2001) дефинисали синдром изгарања као “стање, физичке, емотивне и менталне исцрпљености која је резултат дугорочне изложености емоционално захтевним ситуацијама на радном месту“ (Schaufeli et al., 2001:1). Ова дефиниција је скоро идентична дефиницији коју су дале Пајнс и Аронсон (1988), а коју смо навели раније у тексту.

Ни Кристенсен ни Ширум нису били задовољни променом који су Маслач и сарадници направили 1990. године у упитнику МБИ. Сматрали су да је упитник МБИ-ГС веома сличан оригиналном упитнику МБИ и да су измене минималне и недоследне. У настанку новог упитника најзначајнија промена требала је да се односи на чињеницу да је синдром изгарања присутан у свим професијама и да треба да буде формулисан тако да може да се примењује на широку популацију. Поред тога, направљене су и промене и у називима димензија које се изучавају, па тако *емоционална исцрпљеност* постаје *исцрпљеност*, *умањено лично постигнуће* постаје *професионална ефикасност* и *деперсонализација* постаје *цинизам* (Schutte et al., 2000).

Ширум указује да без обзира што се десила промена имена није дошло до суштинске промене и да су симптоми на које се односи ова димензија – цинизам, остали исти и да се више односе на колеге него на кориснике. Напомињу да нови концепт у психологији и организационом понашању, користи израз цинизам као негативан став који укључује фрустрацију, разочарење и неповерење у организације, личности, групе или објекте (Andersson & Bateman, 1997; Dean, Brandes, & Dharwadkar, 1998; наведено у Shirom, 2003).

Ширум сматра да димензија синдрома изгарања, која је преименована из редукованог професионалног постигнућа у професионалну ефикасност, сачињена тако да приказује властиту процену ниске самоефикасности, недостатка постигнућа, ниску продуктивност и некомпетентност, и да нема позитивно

одређење у складу са новим називом. „Свака од ових концепата понаособ представљају засебну област за истраживање у науци о понашању и аутори МБИ морају да разјасне на којој теоријској основи ће се груписати да би представљали јединствен концептуални ентитет“ (Shirom, 2003:4). Овим ставом Широ поново истиче да сматра да не постоји довољно добра теоријска заснованост концепта синдрома изгарања, и истиче своје незадовољство начином да се синдром изгарања одреди као тродимензионални синдроми. Наглашава да је свака од димензија синдрома изгарања према Маслач – исцрпљеност, професионална ефикасност и цинизам - значајна за проучавање добробити запослених људи али да не мора бити саставни део синдрома изгарања. То значи да је потребно и даље преиспитивање формулације синдрома изгарања и његове теоријске заснованости, како би дошло до унапређења истих и како би се усавршио инструмента којим се мери синдром изгарања.

Прве реакције на коментаре изнете од стране Кристенсена и Широма имао је Шауфели (2008) који закључује да аутори који се не слажу са одређењем синдрома изгарања према Маслач и сарадницима, виде синдром изгарања као једнодимензионални конструкт, којем је исцрпљеност једина димензија синдрома изгарања, али да постоје различити аспекти те исцрпљености. Тако се и дели код Пајнс и Аронсон (1981) на физичку, емоционалну и менталну, а код Кристенсена физичку и психолошку, а код Широма и Меламеда (2005) – физички замор, емоционална исцрпљеност и когнитивни умор (Schaufeli, 2008). Маслач истиче и наглашава да је МБИ направила на основу дубинских интервјуа на великом узорку испитаника и да је то његова највећа вредност и да то доприноси његовој валидности. Она сматра да је хронична исцрпљеност назив за стање у којем се налази много људи који имају проблеме на послу, али и ван радног окружења, и сматра да нема научног разлога да се само исцрпљеност користи у одређењу синдрома изгарања.

Ово су била само нека од промишљања о синдрому изгарања посматрана из различитих углова гледања на проблем. Оно што је битно јесте да су размишљања која су изнели различити аутори и резултати истраживања које су представили, додатно подстакли Маслач и сараднике, али и друге ауторе да промишљају о



синдрому изгарања из различитих перспектива. Нису им допустили да се уљуљкају у знањима која поседују, а Хобфоловом теоријом добијен је квалитетан оквир за разумевање синдрома изгарања.

Мање дискусије и размимоилажења постоји када се разматрају знаци који се манифестују код професионалаца који су подлегли синдрому изгарања.

*Знаци препознавања изгарања* на послу код професионалаца у заштити деце и младих (Срна, 2011:202)

- „На физичком плану: учестали болови у глави, костима и мишићима, вртоглавица, мучнина, поремећај сна, исхране и сексуалне жеље, слабљење имуног система (честе прехладе или инфекције које дуго трају).
- На менталном плану: тешкоће концентрације и памћења, ментална конфузија и дезоријентација, ментална ригидност, бег у маштање.
- На емоционалном плану: емоционална преосетљивост или пак отупелост, изражен страх, анксиозност, бес, туга, кривица, беспомоћност, промене расположења.
- На плану понашања: сталне жалбе на посао, одсуствовање са посла, напуштање посла или струке, повлачење из социјалних односа до изолације, повећана употреба алкохола, дувана, лекова, склоност повредама, лако губљење ствари.
- На релационом плану: неповерење у односима, нетолерантност, окривљавање других, конфликти са колегама, брачни проблеми.
- На духовном плану: губитак дирекције, циљева и сврхе живота, довођење у питање смисла живота, преиспитивање религиозних уверења (љутња на Бога), скептицизам.“

Могли бисмо рећи да су симптоми изгарања на послу прикривени и подмукли. Они јачају постепено ако се настанак синдрома изгарања не препознати од стране колега нити од самог професионалца. У случају да не добије преко

потребну помоћ, професионалац пролази кроз фазе развоја/јачања синдрома изгарања. Јачање симптома синдрома изгарања карактерише постепено слабљење енергије код професионалца и опадање мотивације да се ради посао (Leiter, 2009). Синдром изгарања се испољава кроз четири фазе (Дедић, 2005, наведено у Попов и др, 2013, Пенезић и др, 2008; Срна 2011):

**Прву фазу** чини ентузијазам, велика посвећеност послу, велика енергија, нада, воља и нереална очекивања. Јавља се увид колике су потребе корисника и колика су ограничења у помоћи коју можемо да пружимо. Срна каже да је овај увид оно што води у другу фазу.

**Друга фаза** је фаза стагнације, јавља се психичка и физичка исцрпљеност, следе тешкоће у комуникацији са колегама и пријатељима, разочараност због неадекватног одговора на претходно уложен напор и труд, особе постају емоционално рањиве и неповерљиве. Срна каже да је ово време када се јављају први психосоматски симптоми стреса.

**Трећа фаза** је фаза фрустрације, услед које следи емоционално повлачење и изолација која се чини као „спас“ из претходне фазе, а настаје простор за преиспитивање о властитој ефикасности на послу и смислу због којег се тај посао обавља. Срна сматра да долази до пораста спољашње и унутрашње тензије, чије резултате видимо у појави све већег броја психичких и физичких тегоба које се тешко подносе.

**Четврта фаза** или фаза апатије, њу карактерише губитак самопоуздања, потпуна незаинтересованост за посао, као и губитак воље и жеље да ради тај посао. Однос према корисницима и колегама постаје омаловажавајући и циничан. У овој фази се особа одлучује за промену посла или струке или се проблем још више продубљује услед потпуне демотивисаности за обављање посла.

Маслач и Летре (1997) су редефинисали претходно одређење синдрома изгарања као ерозију позитивног стања свести коју су назвали **ангажованост**. Према овим ауторима синдром изгарања настаје када се ангажованост исцрпи и „енергија се претвара у исцрпљеност, укљученост се претвара у цинизам, а ефикасност у неефикасност“ (Schaufeli, 2008:214, Maslach et al., 2009). Ако

разумемо да ангажованост одређују енергија, укљученост и ефикасност коју представљају три чиниоца директно супротна одређењу синдрома изгарања, онда сагледана из те перспективе, будућност синдрома изгарања лежи у схватању да он чини негативни пол континуума добробити запослених (Schaufeli, 2008, Maslach, 2011).

#### 4.2. Предиспозиције за синдром изгарања (личне и организационе)

На настанак синдрома изгарања утицај имају различити фактори. Можемо да их поделимо на универзалне и специфичне. Универзалне факторе значајне за настанак синдрома изгарања представљају: лоши економски и материјално-технички услови, нестабилна друштвено-политичка клима, лоша организација рада и квалитет односа у радном окружењу (Бацковић и др., 2012). **Специфични фактори деле се на спољашње и унутрашње.** Бацковић под **спољашњим факторима** подразумева различите притиске или захтеве спољашњег окружења који долазе у виду позива неке особе и сл. **Унутрашњи фактори** су везани за:

- психолошке карактеристике као што су: амбициозност, материјализам, компетитивност и агресивност;
- психосоцијалне узрочнике као што су: двоструке поруке у комуникацији, дискриминација, сукоби између радника и надређеног, као и претешки радни задаци;
- фактори личности као што су: ниско или нарушено самопоштовање, спољашњи *локус контроле*, слаба социјална компетенција коју карактеришу вештине комуникације, успостављање и одржавање добрих односа на послу. (Бацковић и др., 2012).

Маслач је представила варијабле које су биле најзаступљеније у истраживањима синдрома изгарања, а то су (Maslach et al., 1993:7): задовољство послом, стрес као последица посла (оптерећење, конфликт улога, двострука

порука у комуникацији), одустајање од посла (превирање/промена посла, апсентизам), очекивања од посла, односи са колегама и супервизорима (социјална подршка на послу), односи са корисницима/клијентима, број предмета, типови позиције и време проведено на послу, политика службе и сл. Лични фактори најчешће су се односили на: основне демографске податке (пол, године, брачни статус и сл.). Додатно је пажња посвећена варијаблама личности (локус контроле, срчаност/жилавост, црте личности), лично здравље, односи са породицом и пријатељима (социјална подршка код куће), личне вредности и оданост/приврженост.

„Синдром изгарања често настаје услед периода трошења сувише енергије на послу, без адекватног одмора и са мало опоравка, међутим, постоји и схватање да овом синдрому посебно подлежу радници са посебним цртама личности“ (Бургунд, 2010:1). Срна наводи да се као извори синдрома изгарања могу наћи и следеће карактеристике професионалаца у заштити деце и младих:

- „Висока очекивања од себе (потреба за комплетном и сталном личном контролом ситуације за коју се доживљава искључива лична одговорност).
- Губљење граница између себе и клијента које се манифестује кроз екстремну комуникациону спремност (емпатијска брижност) и емотивну контагиозност (патолошка идентификација са клијентима), те доживљај посла као главног, често и јединог животног смисла уз остављање минималног простора социјалном приватном животу“ (Срна, 2011:202).

Са друге стране, Маслач сматра да фактори везани за посао показују јачу повезаност са изгарањем на послу него биографски или лични фактори . Али оно што је најважније код истраживања, важно је спознати ограничења и бити опрезан у интерпретацији добијених резултата.

#### 4.2.1. Организациони фактори везани за синдром изгарања

Према спроведеним истраживањима, највише су се проучавали утицаји средине у односу на синдром изгарања, јер захтевно и неподржавајуће радно окружење увелико доприноси настанку синдрома изгарања код професионалаца у систему социјалне заштите деце и младих. Оно што чини главну карактеристику организационих фактора јесте, да професионалац на њих нема скоро никакав утицај и на тај начин они подстичу осећање беспомоћности и базнадежности.

Између осталог, истраживања су указала на значај како професионалац види однос између уложеног ангажовања и исхода тога рада. Ако тај однос није у равнотежи, тј. не постоји реципроцитет, долази до повећања стреса и синдрома изгарања (Thomas, 2010).

Организациони фактори који доприносе настанку синдрома изгарања приказује Табела 4.

**Табела 4. Чиниоци радног окружења (Best Start Resource Centre, 2012:18)**

<b>Чиниоци радног окружења</b>	
<b>Чиниоци високог ризика</b>	<b>Чиниоци ниског ризика</b>
Непостојећа или неконзистентно вођена политика и процедуре	Јасна и конзистентно вођена политика и процедуре
Примена истих правила на различите начине за различите врсте запослених	Праведна и конзистентна примена правила на све запослене
Недостатак ресурса да би се испунила очекивања	Адекватни ресурси да би се испунила очекивања
Руководство има проблема са доношењем одлука	Руководство је способно да ефикасно доноси одлуке

<b>Чиниоци радног окружења</b>	
<b>Чиниоци високог ризика</b>	<b>Чиниоци ниског ризика</b>
Руководство није способно/ није вољно да исправи сопствене грешке	Руководство може и радо је да уведе корективне мере када направи грешке
Нема толеранције за учињене грешке	Грешке се виде као могућност да се из њих научи нешто ново (извуче поука)
Нема признања за добро одрађене послове	Запосленима се одаје признање за добро одрађен посао и они се осећају вреднима
Радници се не осећају сигурно	Запослени се осећају сигурно, или ако услови нису безбедни предузимају се мере да се такво стање уклони
Комуникација је ограничена	Комуникација је отворена и проблеми се решавају
Постоји атмосфера тајновитости	О проблемима се расправља када се појаве
Никада се не зна када се може запасти у невољу	Нема изненађења
Нема услова за рад у радном окружењу	Услови за рад су добри
Нема прилика (или их има јако мало) да се резмене искуства и добије подршка од колега	Подршка колега је утелотворена у организацијску структуру и доступна је
Рефлексивна пракса није укореењена нити подржана од организације	Рефлексивна пракса је стандард организације

За све запослене професионалце у заштити трауматизоване деце и младих битно је да сви учесници у радном процесу на исти начин разумеју процедуре и да их се на исти начин придржавају. Поред тога, битно је и да се примена процедура не разликује од ситуације до ситуације, и не варира. Политика службе и конзистентност у начину руковођења обезбеђују сигурност на раду, док промене које настају услед увођења новог облика праксе или услуге, не ометају функционисање организације и на тај начин показује како се служба и њени запосленици носе са променама. Праведна и конзистентна примена правила на све запослене треба да се примењује не само унутар једне установе или службе, већ на нивоу целокупног система. Није прихватљиво нити стимулушуће за професионалце у заштити деце и младих да постоје „различита правила игре“, поготово не унутар једне службе.

Неопходно је постојање адекватних ресурса да би се испунила очекивања. Основу чини довољан број запослених у складу са захтевима, тј. бројем случајева. Поред тога, обзиром да је у нашој земљи област социјалне заштите у надлежности државе која није у могућности да обезбеди довољне финансијске ресурсе за пружање адекватних услуга, од руководства организација се очекује да покажу своје менаџерске способности у активностима прибављања додатних средстава.

Руководство је способно да ефикасно доноси одлуке и да нема непотребног губљења времена у предугачким процедурама или у неодлучности руководиоца неспремних да предузимају одговорност. Овоме увелико доприноси децентрализација установа социјалне заштите деце и младих. Руководство може и радо је да уведе корективне мере када направи грешке. Не опада поштовање и поверење према руководиоцима ако се види да су направили грешку и признали то, и потом предузели адекватне кораке. Поштовање и поверење опада ако се очигледне грешке не признају и не покушају да се поправе настале последице. Руководство својим примерима показује запосленицима какво понашање је у служби прихватљиво.

Начињене грешке се виде као могућност да се из њих научи нешто ново, да се извуче поука. Обзиром да ко ради тај и греша, некада неке одлуке које су првобитно деловале адекватне, могу се показати као погрешним. Потребно је

констатовати да је дошло до грешке и покушати наћи ново решење и анализирати ситуацију и извући закључке због којих разлога се првобитно ређење није показало као адекватно. Запосленима се одаје признање за добро одрађен посао и они се осећају вреднима. Унутар службе потребно је поштовање и вредновање запослених и квалитета њиховог рада, уз одговарајући систем награђивања који делује мотивишуће и стимулишуће на професионалце. Велике државне установе често немају систем награђивања и понекад делује да је порука коју шаљу својим запосленима следећа: да је најбоље радне активности свести на минимум, јер и онај који ради минимално и онај који се пуно ангажује за свој рад буду исто плаћени, јер нема могућности да се остваре никакве додатне бенефиције. Тада руководиоци могу упасти у замку и професионалце који су и до сада били више ангажовани у свом послу, додатно оптерећивати са различитим захтевима, не водећи рачуна да тако професионалце гурају са професионалном изгарању.

Запослени осећају сигурност, или ако услови постану небезбедни, брзо се предузимају мере да се такво стање уклони и превазиђе, без обзира да ли су у питању физички услови простора у којем се ради, епидемија неке болести или физички напади од стране корисника или чланова њихових породица. Комуникација је отворена и проблеми се решавају. За подржавајући и мотивишући однос између руководиоца и запослених битни су отворени разговори о идејима и могућим решењима, значи потребна је отвореност за иновације и креативност, и веровање у знања других. У служби која је подржавајућа према својим запосленима, о проблемима се расправља када се појаве и потребно је да постоји висок степен толеранције према различитим мишљењима. Ако је потребно треба тражити и додатну помоћ како би се настали проблеми решили.

Нема изненађења јер су правила која важе у служби јасна свима (постоји усаглашено разумевање), припадност политичкој партији или рођачки односи не стављају никога у привилеговани положај, и поједине одлуке не зависе од хира руководиоца. Услови за рад су добри и здрави, професионалцима су обезбеђени потребан материјал и средстав за рад, амбијент је подржавајући и мотивишући.



Подршка колега је утелотворена у организацијску структуру и доступна. Ако у установи или служби постоји међусобно поверење и поштовање, тада професионалци унутар те службе могу отворено да разговарају и да обезбеђују колегијалну подршку једни другима. Руководиоци својим поступцима доприносе оваквој психосоцијалној клими унутар службе. Јасна правила у односу на могућност напредовања, награда и коришћења додатних едукација, анулирају компетитивне и конфликтне односе међу запосленим професионалцима.

Рефлективна пракса треба да буде стандард организације, што значи да су постављени циљеви разматрају из различитих аспеката, да постоје вредности на којима је тај циљ заснован, и да је препознат правац коме он води. Битно је да се остварени циљеви анализирају као и сами поступци који су довели до остварења тих циљева.

Овде бисмо још могли да додамо и бригу о појединцу, као што је: разумевање за тензију која може настати између захтева на приватном и пословном плану; потребно је водити рачуна да појединца не преоптеретимо послом, тј да подела посла на запослене буде равномерна; и, напослетку, пожељна је осетљивост за социјална питања запослених (Bloom, 2006).

Маслач и Летре навели су шест организационих фактора који по њима у највећој мери доприносе настанку синдрома изгарања, а то су: обиман посао, контрола, награда, заједница, праведност и вредности (Leiter et al., 1999:472). Могли бисмо закључити да постоји усаглашеност чиниоцима радног окружења који су представљени у Табели бр 4. на страни 97 са ових шест организационих фактора које предлажу Маслач и Летре. Ово нам указује да различити аутори на исти или сличан начин виде организационе факторе који доприносе настанку синдрома изгарања.

Организационе факторе које смо анализирали претходно, Срна је систематизовала и дала концизан преглед тих чиницаца. Према њој организационе факторе који доприносе настанку синдрома изгарања можемо да групишемо у четири групе које заједно чине једну радну средину. То су: услови рада,

организација рада, међуљудски односи и корисници услуга система социјалне заштите, а ближе их је одредила на следећи начин (Срна, 2011):

- **„услови рада:** неадекватан радни простор (претрпан колегама, стална изложеност клијентима), недостатак опреме за рад, лоши микроклиматски услови – слабо осветљење, бука, неодговарајућа температура (зими хладно – лети топло);
- **организација рада:** преоптерећеност послом (много радних сати, тешких случајева – мало паузе и одмора), временска стиска, немање личне контроле над радом и резултатима рада, одговорност без одговарајућег утицаја и моћи, нејасне улоге, задаци и очекивања, правила, недостатак едукације и супервизије;
- **међуљудски односи:** лоша психосоцијална клима, конкуренција, ривалитет, конфликти у односу са колегама, слабост управљачке структуре (ригидна, централистичка, недовољно признања и стимулације);
- **корисници услуга:** често не много сарадљиве, еномних потреба, а неизмерно малих ресурса, сложених проблема за које је тешко пронаћи и реализовати одговарајућа решења“ (Срна, 2011:203).

О условима рада, организацији рада и међусобним односима унутар службе смо говорили, иако нам је преостало да нагласимо значај супервизијске подршке, али и менторско вођење приправника. Што се тиће посебности које одређују кориснике услуга система социјалне заштите деце и младих, њих карактеришу велике потребе, трауматизовани корисници и трансгенерацијска трауматизованост клијената.

Ако организацију схватамо као машину, тада нас не изненађује да људи који директно обављају посао бивају занемарени и не добијају довољно пажње. У таквом моделу су радници део машинерије и као такви немају осећања, уверења и своје мишљење. Ако део система закаже, заменимо тај део новим, исто такав је поступак и са запосленима (Bloom, 2011). Ако размишљамо да стрес није фактор који се налази у појединцу или околини, већ да се налази унутар непрекидног

процеса који укључује однос појединца са његовом околином, тада можемо да закључимо да у зависности од начина на који ми процењујемо те односе, зависи како ћемо се носити са проблемима који могу да настану у тим односима. „Начин на који појединац излази на крај са трзавицама на послу је у великој мери одређено личним факторима везаним за особеност посла и организационим факторима. Битно је нагласити да стрес има јако мало везе са обављањем самог посла. Испоставља се да су главни извори стреса на радном месту начин на који организација функционише, и природа односа међу запосленима у том радном окружењу“ (Bloom, 2006:10).

„Организација може или да подупире и поспешује наш радни елан или да подупре и поспеши изгарање на послу. Организација или служба са неподржавајућом администацијом, мањком професионалних изазова, ниским платама, проблемима у пружању услуга и превеликим бројем случајева има све предуслове да код њених запослених дође до појаве изгарања на послу“ (Osofsky, 2012). Специфичност запослења у државној управи јесте да пружа могућност запослења на неодређено време, да су плате ниске, да не постоји систем награђивања и да мањка професионалних изазова. У ЦСР је присутан велик број случајева за које је задужен професионалац, у Прихватилиште за заштиту злостављане и занемарене деце примају се и деца чије потребе превазилазе услуге које та установа пружа док ова служба и након тринаест година и даље дели физички простор са другом службом. Прихватилиште за децу са прихватном станицом након више од петнаест година и даље нема решен проблем довољног простора, и у Прихватилиштима не постоји супервизијска подршка запосленима. Према побројаним факторима рекли бисмо да су установе и службе у Систему социјалне заштите од оних које доприносе настанку синдрома изгарања. Као позитиван фактор делује да запослење на неодређено време професионалцима пружа осећај сигурности у материјалном обезбеђењу властите породице, док са друге стране дозвољава професионалцу да остане пасиван из аспекта могуће промене посла и да се одржава у кругу преживљавања.

### 4.3. Последице и начини превазилажења синдрома изгарања

Последице које изазива професионално изгарање, бројне су и утичу на личност, на посао и на породицу. „Особа која професионално изгара није једина која пати од последица; многи други су обележени синдромом изгарања. Корисници услуга, колеге и сарадници, породица и пријатељи – сви ти људи могу сведочити цени коју нечије професионално изгарање има за њих такође (Maslach, 2015:130).

*Личне последице:* Емоционална исцрпљеност која се јавља као компонента професионалног изгарања повезана је са физичком исцрпљеношћу. Ту физичку исцрпљеност одржава несаница као последица емоционалних тензија, ноћне море, немогућност одмора у току ноћи, главобоље, проблеми у исхрани, психосоматски проблеми: болови у врату и леђима, чир. У санирању или ублажавању оваквог стања професионалци су склони да посежу за самосталном употребом лекови, и учесталој или прекомерној употреби алкохола, што може да ублажи манифестације, али доприноси продубљавању проблема професионалног изгарања.

Поред емоционалне исцрпљености јавља се и осећај да је радно постигнуће редуковано и долази до губитка самопоуздања. Професионалци тада нису задовољни ни собом ни послом који обављају, ни начином на који обављају посао. Ово за последицу може имати честе изостанке са посла, кашњење, продужавање паузе, огдлагање извршавања обавеза, лоше обављање радних задатака и немогућност финализације радних задатака. Губитак самопоуздања може водити ка депресији, а честе промене расположења често су реакција на осећај губитка или неуспеха неке врсте (Бранковић, 2014).

Професионалац који је емоционално исцрпљен и у коме расте цинизам, лако постаје иритабилан. Код њега и најмања фрустрација може изазвати тренутни бес, поред тога постаје сумљичав према свима и свакоме. Могуће је и да се јави осећај свемоћи који представља задњи напор да се одбије осећање слабост, рањивости и неуспеха. Осећање свемоћи са друге стране може наводити

професионалца да себе доводи у опасност како на послу тако и ван њега (Maslach, 2015).

**Последице везане за посао:** Највидљивије последице професионалног изгарања показују се на послу кроз слабије резултате које професионалац постиже. Мотивација, толеранција на фрустрацију и капацитет за емпатију су се смањили, развијају се цинични и негативни ствови према послу и корисницима услуга. Корисници бивају третирани као објекти, етикетирају се, а професионалац престаје бити заинтересован за исходе свога рада, рутински пружају услуге уз свој минимални ангажман. Осећај недовољног личног постигнућа подстиче сумњу у ваљаност донетих одлука, несигурност у процесу доношења одлука и избегавање одлучивања. Неки професионалци уместо да посао обављају лоше, свој посао и контакт са корисницима свде на минимум, или их избегавају тако што време проводе у разговору и дружењу са колегама. Поменули смо да се негативне последице професионалног изгарања огледају и у односу са колегама унутар службе, на начин што се створи негативна радна клима и наруше међусобни односи што отежава сарадњу и тимски рад. Значај овога је велик јер посао у заштити трауматизоване деце и младих захтева сарадњу професионалаца и тимски рад. Маслач наводи како се промена посла код социјалних радника најчешће дешава у другој години рада, када професионалац или промени занимање и оде да ради неке административне послове због мање контакта са корисницима, или се враћају на универзитет како би постигли виши академски ниво и нашли посао који опет обезбеђује мање контакта са корисницима (Бранковић, 2014; Maslach, 2015, Lloyd et al., 2002).

**Последице везане за породицу и пријатеље.** Циничан однос и емоционална исцрпљеност код професионалаца у заштити трауматизоване деце, потичу од посла али велики утицај могу имати и на пријатеље и на чланове породице. Професионалци који су емоционално исцрпљени долазе кући под тензијом, узнемирени, нестрпљиви, иритабилни, физички уморни и често нису способни да оставе посао на послу. Комуникацију о послу или са колегама наставља се и после радног времена. Када дођу кући, много времена проводе у „кукању“ на посао. Стрес са посла преносе на партнерске односе, па проблеми у

партнерским односима често постају последица професионалног изгарања. Емоционално исцрпљен професионалац, након радног времена, не жели да чује ни један људски проблем, жели мир и тишину и удаљава се од најближих, због чега се ови осећају занемарено и осећају љубомору према корисницима који добијају сву пажњу. Неки професионалци о свом послу не говоре ништа у нади и жељи да партнера и породицу заштите од лошег утицаја, али и овај приступ има лош утицај на партнерске односе као и превише приче о послу. Цинизам који се код професионалца првобитно јавља према корисницима може се пренети на све људе, и довести га у ситуацију, како каже Маслач, да му се сви људи гаде и да окамењеност срца може бити трајна заоставштина професионалног изгарања (Maslach, 2015, Newell et al, 2010).

Ефективност стратегија превладавања, односно успешност адаптације на новонасталу ситуацију је један од кључних фактора од којих зависи да ли ће утицај стреса оставити негативне последице на функционисање индивидуе или не (Влајковић, 2005; наведено у Пенезић, 2008).

Према Ј. Влајковић (2005) стратегије превладавања се могу сврстати у три групе:

- „превладавање усмерено на процену обухвата: логичку анализу и менталну припрему која се састоји у разлагању проблема и решавању по етапама, когнитивно редефинисање, когнитивно избегавање или порицање - негира се догађај или му се придаје мањи значај него што је у реалности;
- превладавање усмерено на проблем обухвата: тражење информација о догађају који је изазвао стрес, предузимање акција које су усмерене ка решавању проблема, препознавање алтернативних решења – подразумева промену активности и налажења задовољства у нечем другом, и
- превладавање усмерено на емоције обухвата: афективну регулацију, емоционалне изливе – коришћење плача, вриштања, ту спадају и прекомерно пушење, пијење, узимање лекова, резигнирано прихватање – мирење са ситуацијом“ (наведено у Пенезић, 2008:179)

Маслач (2015) наводи стратегије превладавања у зависности од нивоа на којем се спроводе. Она сматра да су стратегије које се спроводе на личном нивоу услед појаве професионалног изгарања добре јер професионалац самостално може да их спроводи, али да је њихов утицај кратког века. Направићемо приказ стратегија које су препоручене у борби против професионалног изгарања (Maslach, 2015, Newell et al., 2010):

На *личном нивоу*, професионалцима се препоручује да раде паметније уместо да раде више. Ово се може постићи повременим редефиницијама циљева, увођењем промена у дневну рутину, прављењем пауза у раду током радног дана, као и објективизирањем ситуације и остављањем посла на радном месту. За професионалца у заштити трауматизоване деце и младих важна је брига за себе као и за друге. Превладавање се остварује када се усмеравамо на позитивне ствари и снаге корисника, када правимо стабилну границу између приватног и професионалног живота, ако редовно практикујемо технике релаксације и одржавамо сазнање да посао није наш цео свет. Ако ове стратегије закажу увек остаје могућност промене посла.

Поред ових стратегија за превазилажење професионалног изгарања, Маслач (2015) истиче да је за успешно превазилажење професионалног изгарања најважнија способност за интроспекцију и разумевање себе.

*Професионални ниво* у стратегије превладавања укључује и друге људе. У овом случају то су колеге и сарадници који могу обезбедити нешто што професионалац не може обезбедити сам себи, а то су: нове информације, нови увид, обуку у новим вештинама, признање и повратну информацију, емоционалну подршку, савет, супервизију, као и помоћ различитих врста и облика (Maslach, 2015, Lonne, 2003).

*Промене унутар организације* или службе представљају промене на дуже стазе. Кад апсентизам, велик број оних који напуштају посао и слаб učinак узму маха, већина организација постане заинтересована за нове идеје. Промене у организацији потврђују значај проблема професионалног изгарања. Када се

професионално изгарање препозна као стваран и озбиљан проблем, тада се његовом решавању приступа озбиљним напорима (Maslach, 2015, Lloyd et al, 2002).

Да би се превазишао проблем професионалног изгарања на организационом нивоу, потребно је ВИШЕ свега – професионалаца, финансијских ресурса, времена, служби, опреме и знања. У нашем, али и многим другим системима социјалне заштите деце и младих, нереално је очекивати да ће се из државног буџета остварити све ово, можда, али заиста можда само нешто од поменутог. Због тога је потребно запитати се шта се може урадити на другачији начин са постојећим ресурсима, да ли су то: подела посла, преуређење радних задатака, промена у стандардима радних процедура или нешто друго. Широм (2003) подсећа да су последице професионалног изгарања дугорочне у виду негативног утицаја на квалитет живота и менталног здравља, али и као узрок неких хроничних болести као што су: кардиоваскуларне болести, дијабетес, поремећај локомоторног система и смањену плодност. Због тога се треба потрудити и урадити све како би се професионално изгарање svelo на минимум.

#### **4.4. Превенција појаве синдрома изгарања**

У овом делу рада посматраћемо које су то превентивне мере предложене да би се професионалац у раду са трауматизованом децом и младима покушао заштитити од синдрома изгарања. Превентивне мере које је предложила Маслач (2015) у заштити од професионалног изгарања, и упоредићемо их са превентивним мерама у заштити од викаријске трауматизације које су предложили Соквитни и други (1996).



**Табела 5. Упоредно виђење превенције викаријске трауматизације и синдрома изгарања**

	<b>Викаријска трауматизација</b>	<b>Синдром изгарања</b>
Лични ниво	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прављење личних приоритета</li> <li>• Лична психотерапија</li> <li>• Активности у којима уживамо</li> <li>• Духовна добробит</li> <li>• Неговање свих делова личности: емоционални, физички, духовни, интерперсонални, креативни, уметнички</li> <li>• Пажња усмерена на здравље</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Редифинисање циљева</li> <li>• Увођење промена</li> <li>• Коришћење слободног времена</li> <li>• Узимати ствари мање лично</li> <li>• Усмереност на позитивно</li> <li>• Растерећење од посла</li> <li>• Разграничење приватног и професионалног</li> <li>• Технике релаксације</li> <li>• Шта радиш кад ниси на послу</li> <li>• Промена посла</li> </ul>
Професионални ниво или социјална подршка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Супервизија</li> <li>• Консултације</li> <li>• Планирање рада</li> <li>• Баланс и разноврсност задатака</li> <li>• Едукација – давање и примање</li> <li>• Радно окружење</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Колегијална подршка</li> <li>• Супервизија</li> </ul>

	<b>Викаријска трауматизација</b>	<b>Синдром изгарања</b>
Организациони ниво	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Колегијална подршка</li> <li>• Форуми о викаријској трауматизацији</li> <li>• Доступност супервизије</li> <li>• Уважавање професионалаца</li> <li>• Ресурси: бенефиције за ментално здравље, простор, време</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ресурси: више – људу, пара, времена, служби, опреме</li> <li>• подела посла</li> <li>• преуређење радних задатака</li> <li>• промена у стандардима радних процедура.</li> </ul>

Како видимо ови аутори залажу се да се превенција одвија на три нивоа, а то су лични, професионални и организациони ниво. Код оба феномена и превенција и превазилажење проблема решавају се скоро на исти начин. Негде постоје разлике у нивоу на који је смештена мера као што су код синдрома изгарања „подела посла,, и „преуређење радних задатака“ на организационом нивоу, а „планирање рада“ и „разновсност задатака“ код викаријске трауматизације на професионалном нивоу. Када по нивоима погледамо предложене мере, називи мера се не поклапају у потпуности, али међу предложеним мерама превенције, код „поделе посла“ и „активности у којима уживамо“ видимо суштинско поклапање.

То нас наводи на закључак да опште мере предострожности служе заштити од стреса и ојачавању психичког здравља професионалца. Како смо кроз литературу и спроведена истраживања сазнали, да настанку синдрома изгарања највише доприносе услови везани за радно окружење, треба се залагати да услови за рад буду што хуманији и истински подржавајући за професионалце, а потребно је и посао од самог почетка учинити мање емоционално стресним и без нереалних захтева. Професионалац који је довољно издржљив и има добру подршку од стране руководства, колега али и властите породице, ако користи здраве

стратегије за превазилажење, има велике шансе да се добро носи са стресом и не подлеже симптомима синдрома изгарања.

Ове предложене технике у превенцији професионалног изгарања и викаријске трауме код професионалаца у заштити трауматизоване деце и младих треба да постану део појединачног стила превазилажења и каснијих проблема. Рано откривање је битно јер су тада професионалци вољнији за промену и имају више снаге и енергије.

Успех система раног узбуњивања овиси не само о спремности професионалаца да препознају ране знакове изгарања, већ и да буду вољни да их јавно изнесу и потврде на подржавајући и конструктиван начин (Maslach, 2015). Супервизори су у одличној позицији да виде да ли у некој служби постоје професионалци у процесу професионалног изгарања. Они би коришћењем упитника у одређеним временским интервалима могли да проверавају стање у којем се налазе професионалци, а постојање стандардизованог система у борби са професионалним изгарањем увелико би допринео његовом раном откривању и превазилажењу. Са друге стране праћење чинилаца који доприносе настанку синдрома изгарања такође би допринели процесу превенције.

Имати знање о професионалном изгарању, практиковати превентивне активности, учити вештине потребне за посао, имати добру супервизију, држати приватни живот у балансу са пословним и своја очекивања усклађивати са реалношћу, увелико ће допринети превенцији настанка професионалног изгарања.

## **5. МОДЕЛ ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ ЗАСНОВАН НА ЗНАЊИМА О ТРАУМИ**

У овом поглављу говорићемо о важности и потреби да пракса у систему социјалне заштите деце и младих буде заснована на знањима о трауми, и разлог због којег такав облик теоријске основе уз прилагођавање конкретном контексту представља јако добар модел за пружање услуга. Циљ у пружању помоћи и услуга деци и младима који су измештени из својих породица базира се на премиси повратка детета у породицу, тј. реунификацији и сталности, која подразумева доживотну повезаност са биолошким родитељима и члановима породице и другим рођацима или заменским родитељима и сродницима у мери која је оптимална и сигурна за дете. (Freu, 2009). Деци која остају у својој породици или са једним од родитеља, као и члановима њихове породице треба обезбедити подршку и пружити услуге које би омогућиле стабилно и безбедно функционисање детета и целе породице. Помоћ детету и породици треба да буде усмерена најбољим интересом детета. Постојања модела заштите засноване на знањима о трауми помаже професионалцима у квалитетној и добро спроведеној процени, планирању, избору интервенција и активности које су најприкладније за задовољење потреба и права деце и младих, праћењу и координацији услуга потребних за одређено дете и младу особу, као и стварању услова да се чује мишљење детета и младе особе, да се његово виђење ситуације уважи и узме у обзир приликом доношења одлука (Жегарац, 2014). Поред тога што овај модел заштите наглашава могуће ризике у раду са трауматизованом популацијом, он предвиђа и бригу о професионалцима који раде у социјалној заштити деце и младих.

### **5.1. Заштита заснована на знањима о трауми**

Представићемо како су различити аутори одредили шта заштита заснована на знањима о трауми јесте:

- „Заштита заснована на знањима о трауми ( у даљем тексту ЗЗЗТ) (*Trauma-Informed Care*) представља смер праксе или перспективу, пре него листу специфичних техника или емпиријски поткрепљених интервенција“ (Kennedy, 2015:1).
- „ЗЗЗТ представља приступ базиран на снагама унутар служби које пружају услуге што је основно за разумевање и реакцију на утицај трауме, који истиче физичку, психолошку и емоционалну сигурност и за пружаоца и за корисника услуга, а то ствара могућност за корисника да поново изгради осећај контроле и моћи“ (Hopper et al, 2010:82; наведено у Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2014:xix.).
- „Важно је имати на уму, да ЗЗЗТ није третман сам по себи, већ представља промену у оријентацији поводом теоријске основе третмана и услуга које пружа служба“ (Butler & Wolf, 2009:10).

Из претходних одређења шта је то ЗЗЗТ, видимо да су аутори сагласни око тога да она представља холистички приступу раду са трауматизованим корисницима, а не неку посебну технику. Са друге стране, ЗЗЗТ не представља никакав нови модел у раду који би требало имплементирати, већ скреће пажњу да се у постојећи модел рада у установама система социјалне заштите укључе знања о трауми. Она указује да је знање и разумевање трауме оквир за планирање и спровођење услуга деци и младима који су трауматизовани. У свом основном облику, ЗЗЗТ јесте начин мишљења о корисниковим проблемима и емоцијама и начинима на које професионалци реагују на њих. Обзиром да се професионалцима дешава да не препознају и не направе везу између ефеката трауматизације и утицаја који она има на живот и садашње проблеме са којима се сусрећу деца и млади, и њихове породице. Због тога ЗЗЗТ може послужити као призма која омогућава да се гледањем кроз њу што боље разумеју проблеми са којима се сусрећу деца и млади, као и честа провокативна понашања која деца и млади у систему социјалне заштите умеју да испољавају (Kennedy, 2015; Brown, 2013).

Примери из праксе у нашој земљи указују да неки професионалци и службе у социјалној заштити деце и младих раде инстинктивно у маниру ЗЗЗТ. То значи да професионалци делају са циљем да смање вероватноћу за ретрауматизацијом, и да смање могућност за поновном трауматизацијом због мера које се предузимају у заштити деце и младих. За разлику од приступа у раду са децом, брига о запосленима у систему социјалне заштите деце и младих, не препознаје се као битан чинилац који доприноси успешној промени и задовољењу потреба код трауматизоване деце и младих и њихових породица. Потврду овој тези можемо наћи у резултатима истраживања присуства професионалног изгарања у Центрима за социјални рад које је спровела Бранковић (2014), обзиром да је она утврдила да супервизијска подршка како је виде водитељи случаја мало доприноси „развоју компетенција и психолошком растерећењу“, док и „супервизори у најмањој мери виде ефекте супервизије у области психолошког растерећења иако сматрају супервизију значајним фактором за умањивање стреса и професионалног изгарања“ (Бранковић, 2015:62).

Вилсон и други (2013) наводе да је највећи утицај у САД-у на настанак ЗЗЗТ стигао из области које су се бавиле заштитом жена. Седамдесетих година прошлог века јавио се феминистички покрет и порастао је јавни утицај удружења жена које су биле трауматизоване, најчешће силовањем и породичним насиљем, док је у току осамдесетих година прошлог века дошло до развоја центара за заступање деце и формирања мултидисциплинарних тимова у заштити деце од злостављања и занемаривања (Wilson et al., 2013, Wilson, 2013a). Овоме је било битно придодати сазнања везана за посттрауматски стресни поремећај код ветерана рата у Вијетнаму, као и сазнања о психолошким последица које имају чланови породица ратних ветерана. Деведесетих година почињу да се препознају и проблеми који се јављају код професионалаца који помажу трауматизованим клијентима (Pearlman,1995b; Figley,1995). Задњих десетак година расте фонд знања о трауми, последицама трауматизације и начинима за превазилажење тих последица, као и број спроведених емпириских истраживања у овим областима, развијају се третмански приступи за превладавање последица трауматизације и стварају се услови за настанак основних принципа које је потребно применити у

раду са трауматизованим корисницима а посебно у раду са трауматизованом децом и младима и њиховим породицама.

Принципи и смернице за услуге засноване на знањима о трауми развијени су и тестирани у САД-у од стране Министарства здравља и Завода за сузбијање и лечење болести зависности и завода за ментално здравље (SAMHSA, 2014). Према Морисон (2015), термин „заштита заснована на знањима о трауми“ (*Trauma-Informed Care*) први пут у литератури помињу Максин Херис и Роџер Фелот (2001), у књизи „Коришћење теорије о трауми у креирању система услуга“.

Без обзира што постоји велика потреба за препознавањем и разумевањем трауме и стављањем акцента на то да су деца са којом се сусрећу професионалци у систему социјалне заштите трауматизована, ово представља велики изазов за систем социјалне заштите. Запослени у систему социјалне заштите који раде на заштити деце и младих треба да поседују додатна знања, вештине и алате како би подржали ту нову праксу која се заснива на знањима о трауми. Ако за неко дете кажемо да је злостављано, акценат стављамо на оно што му се дешавало тј. на начин на који је трауматизовано, а ако кажемо да је трауматизовано злостављањем, акценат стављамо на трауматизацију и њене последице на дете или младу особу које су настале због искуства злостављања коју је доживело. Због тога је за професионалце значајно да буду свесни постојања окидача за трауматска сећања, да благовремено идентификују да је дете или млада особа било трауматизовано, да ту идентификацију обаве веома пажљиво, да знају да ће уследити разна провокативна понашања и сл. Након такве идентификације пожељно је дете или младу особу упутити на третман који би помогао у превладавању трауматизације (Ко, 2007; Ко et al., 2008; наведено у Fraser et al., 2014).

## **5.2. Принципи праксе засноване на знањима о трауми**

Оквир за ЗЗЗТ одређен је са неколико принципа. О тим принципима писали су многи аутори, износећи различит број принципа (Kezelman et al., 2012; TIC

Guide, 2013; Elliott, 2005; Kawam, 2014). Ми смо одлучили да прикажемо по нама основне принципе. То су:

- **Сигурност и поверење** – у установи у којој се пружа услуга клијент треба да се осећа сигурно и угодно, а професионалци који пружају услугу морају да буду људи од поверења. Сигурност у установи треба да буде загарантована, док се поверење стиче, развија у највећој могућој мери и константно негује.
- **Разумевање трауме** - оно што је битно јесте да је код трауматизоване младе особе траума у центру живота и да се све врти око ње. Код планирања услуга потребно је проценити трауматично искуство и историјат трауматизације и како је она утицала на развој, понашање и интерперсоналне односе. Веома је битно знати и на које начине рад са трауматизованима утиче на професионалце.
- **Индивидуализација** – у приступу трауматизованом појединцу. Веома је битно разумети појединца у целости, а не сагледавати га само кроз његово понашање, нерешене проблеме и бриге. За адекватан приступ појединцу потребно је разумевање његовог животног искуства и културног миљеа из којег долази, те како он функционише у породици, у социјалном окружењу и у контексту заједнице.
- **Омоћавање** први задатак у раду са трауматизованим клијентима је да помогнемо клијенту да „узме конце у своје руке“. Важно је у овом процесу да клијент почне да доноси одлуке, прави изборе, повезује се и сарађује са околином и има контролу над властитим поступцима. „Модел омоћавања сачињавају они елементи помагачког односа који могу да повећају клијентову моћ у личним, интерперсоналним и политичким сферама“ (Gutierrez, Parsons, & Cox, 1998 у Elliott, 2005).
- **Снаге клијента и повећање вештина** – сви клијенти имају снаге које могу бити прикривене, а које могу да се искористе у третману. „Пракса заснована на снагама препознаје јединствен склоп снага и изазова те ангажује дете и породицу као партнере у развоју и примени плана услуга“



(Жегарац и Бургунд, 2014а:268). У раду са децом и младима акценат није само на трауматским реакцијама, већ и на ангажовању њихових снага, унапређењу самоконтроле, развоју вештина и разумевању себе. „Важан аспект је раст и развој клијента који омогућава другачији поглед на ситуацију и прилагођавање на њу или спознавање својих ресурса и ресурса окружења који му омогућавају промену те ситуације“ (Ајдуковић, 2004:11).

### **5.3. Модел и приступ пракси заснованој на знањима о трауми**

Коришћење знања о трауми у заштити трауматизоване деце и младих, треба да се примењује на свим нивоима, од целокупног система социјалне заштите, преко установа и професионалаца, па до корисника услуга . Установе у оквиру система социјалне заштите деце и младих свој рад, услуге и програме треба да базирају на знањима о трауми и опоравку од трауме, као и чињеници да је траума увелико присутна у друштву, али да је често препозната. ЗЗЗТ има задатак да сензитизује све системе који служе трауматизованој деци и младима, док програми и услуге треба да буде прилагођена контексту сваке појединачне установе, а брига о професионалцима мора бити наглашена.

Професионалци унутар система социјалне заштите које се баве заштитом деце и младих, за клијенте имају ону децу и младе који су трауматизовани злостављањем, занемаривањем, сведочењем породичном насиљу, насиљу у заједници, напуштањем и др. Ређе су та деца доживела један трауматски догађај, већином се трауматизација понављала од стране најближих и то кроз одређени временски период, па су деца и млади доживели такозвану комплексну трауму. Статистички подаци у САД-у, у установама менталног здравља показују да не третирана траума настала у детињству има велику вероватноћу да у одраслом добу резултира неким од облика болести зависности, менталним проблемима као што су депресија, анксиозност или физичким проблемима као што су проблеми са спавањем, проблеми са контролом импулса и сл. (SAMHSA, 2014). Траума која је доживљена у најранијој доби, може оставити последице на целокупан живот

појединца и то кроз цео животни век. Овај податак упозорава да се озбиљно треба бавити трауматизованом децом и младима, ако желимо да у будућности они буду субјекти у свом животу, а не објекти којима ће траума дириговати смер у којем се креће њихов живот.

У делу који следи, говорићемо о томе какав је то систем који је ЗЗТ и представићемо неколико одређења истог.

- Чланови Иницијативе за заједницу у којој је освешћено постојање трауме у друштву (траума информисану/освешћену заједницу), из Коалиције западни Њујорк (*Trauma-Informed Community Initiative of WNY Coalition*), су у јануару 2012 године усвојили следећу дефиницију: „Систем заштите који се заснива на знањима о трауми је проактиван, стратегијски приступ који се темељи на препознавању и решавању последица које траума има на појединце, организације које пружају услуге и заједницу у целини. Овај систем обухвата све секторе у оквиру заједнице и усмерен је на спречавање евентуалних пропуста у оквиру организација које врше пружање услуга“ (*Greater Buffalo Trauma-Informed System of Care Community Plan, 2002-2012:10*).
- „Систем социјалне заштите заснован на знањима о трауми је систем у којем све укључене стране препознају и узвраћају на различите утицаје трауматског стреса на децу, на оне који о деци брину и на оне који имају контакт са системом. Програми и организације кроз систем уливају то знање, свесност и вештине у њихове организационе културе, политику и процедуре. Они делају у срадњи, користећи најновија научна сазнања, олакшавају и подржавају резилијентност и опоравак“ (*Chadwick Trauma-Informed Systems Project, 2011; наведено у Wilson, 2013:12*).
- „Циљ за све системе јесте да унапреде исходе пружених услуга и третмана за децу и да одражавају стандарде изврности заштите. Разматрање утицаја трауме на децу и породицу је круцијално – иако се на њу често не обраћа пажња/ превиди се, то треба да буде приоритет за све системе који пружају услуге деци. Стварање и одржавање система за заштиту деце заснованог на

знањима о трауми захтева образовану радну снагу, предане организације и веште професионалце. Стварање таквог система повећава знање и вештине међу социјалним радницима и другим професионалцима у социјалној заштити деце, и значајно је за откривање и спровођење раних интервенција за децу трауматизовану злостављањем“ (Ко, 2007:3).

Као што можемо видети, заправо аутори који говоре о систему 333Т, говоре о моделу заштите у којем треба да учествују систем социјалне заштите, здравствени систем, образовни систем и правосудни систем, а где се систем социјалне заштите издваја као координатор у том процесу опоравка од трауматизације и задовољењу потреба трауматизоване деце и младих и њихових породица. Постоји могућност да различити системи на различите начине перципирају трауму и имају различите приступе трауми и трауматизованим корисницима. Улога координатора система јесте да се залаже и обезбеди усаглашеност у свим системима који пружају услуге трауматизованој деци и младима, тј. да се уједначи перцепција трауме и приступ трауматизованој деци и младима, чиме се доприноси заштити од ретрауматизације. Тако нпр. са дететом трауматизованим сексуалним злостављањем, потребно је урадити један јединствени интервју који ће водити професионалац специјализован за тај поступак. Ако избегнемо да четири или више професионалаца спроводи интервју у зависности од система из којег долази, тада можемо рећи да радимо у складу са 333Т. Жегарац (2014:84) наводи да су „деца најделотворније заштићена када систем заштите даје приоритет осигурању да деца не буду изложена насиљу, злоупотреби, експлоатацији или другим облицима злостављања“, и на тај начин се превенира настанак трауматизације код деце и младих. Принципи 333Т сагласни су са вредностима у социјалном раду: поштовање и вредновање личности, људско достојанство, пракса заснована на снагама, партиципација, недискриминација и приврженост јасним професионалним границама и етици (Kawam, 2014; Жегарац, 2005).

Кезелман и други (2012) су у водичу Удружења одраслих који су преживели злостављање у детињатву (Adults Surviving Child Abuse – ASCA) предложили како да принципи 333Т буду примењени у систему заштите

менталног здравља. „Интернационална истраживања показују да већина људи који траже или су упућени на службе менталног здравља су преживели различите/вишеструке врсте недаћа, преплављујућих животних искустава и интерперсоналног насиља које сачињавају психолошку и емоционалну трауму (Kezelman et al., 2012:10). Обзиром да оно што је овде речено за кориснике услуга служби менталног здравља важи и за кориснике услуга у систему социјалне заштите сматрамо да је примена принципа 333Т примењива и на овај систем:

1. „Унапредити координацију између система заштите и уврстити перспективу животног века.
2. Прилагодити политику и процедуре на начин да буду у складу са принципима заштите засноване на знањима о трауми.
3. Укључити кориснике у све системе и јасно дефинисати, прецизно формулисати и подржати права заснована на знањима о трауми.
4. Постојеће едукације и обуке изменити и прилагодити на начин да буду у складу са принципима заштите засноване на знањима о трауми.
5. Урадити што прецизнију процену очекиваних и могућих финансијских захтева.
6. Промовисати едукацију о трауми.
7. Промовисати поштовање разлика“ (Kezelman et al., 2012:12).

Потребан је холистички приступ кориснику како би успео да дође до нивоа да трауму интегрише у своје искуство и да је сагледа. За постизање овог циља, неопходна је и међусекторска сарадња, јер деца и млади корисници услуга система социјалне заштите, истовремено су и корисници других система, како образовног, тако и здравственог и/или правосудног система. Уз међусекторску сарадњу неопходна је и сарадња са заједницом која ће са својим ресурсима припомоћи у опоравку од трауме. Осетљивост на трауму и ових система, институција и запослених је неопходна како би се избегао наставак трауматизације или ретрауматизација деце и младих. У склопу прилагођавања политике и процедура принципима 333Т потребно је обезбедити начине на које ће се ти принципи имплементирати, као што је потребно и направити процену потреба за новим кадровима, као и која знања и вештине је потребно да има нови

запослени и на који начин ће бити регрутовани. Укључивање корисника у целокупне активности представља основни принцип који омогућује побољшање у квалитету услуга и начину пружања истих и ставља нагласак на права која имају корисници а односе се на права да им се не деси ретрауматизација. Сви запослени без обзира на позицију на којој раде, треба да буду укључени у основну едукацију о: трауми и њеним последицама, чувању личних и професионалних граница, викаријској трауматизацији и начинима превенције и сл. Нпр. у установи за резиденцијални смештај, ту обуку морају да прођу и руководилац службе, социјални радник, психолог, васпитачи и помоћни радник/ци који има контакт и комуникацију са трауматизованом децеом и младима у специфичним условима (служење obroка или одржавање хигијене простора). Додатна обука о трауми и развоју неких специфичних вештина зависиће од потреба корисника и радног места професионалца. Циљ је формирање окружења осетљивог на трауму уз супервизијску подршку професионалцима и стално унапређење знања везаних за ЗЗЗТ. Обзиром да је препоручљиво да се спроводе истраживања и анализа исхода рад због могућих побољшања у ЗЗЗТ, потребно је идентификовати какви ће бити финансијски захтеви и изнаћи начине за њихову реализацију. Унутар организација планови рад треба да буду усаглашени са знањима о трауми.

Могли би рећи да постоји обавеза да се постојање трауме и њених последица освести на друштвеном нивоу кроз сарадњу са универзитетима, невладиним сектором и сарадњом међу различитим системима. Повезаност природе људских проблема и напора да се ти проблеми реше захтева добру координацију и сарадњу система унутар којих се трауматизована деца и млади и њихове породице појављују као корисници (Kezelman et al., 2012, Brown et al., 2013).

Организације, установе и институције које свој рад базирају на ЗЗЗТ, своје програме и услуге треба да прилагоде контексту сваке појединачне установе, што значи да нпр. школа, ЦСР и одељење за дечју и адолесцентску гинекологије у складу са својом области деловања прилагођавају своје програме и услуге. Да би нека организација свој рад засновала на знањима о трауми потребно је да унутар те организације постоји адекватна процена, спремност и воља за променом. Та

промена унутар неке установе, огледаће се у другачијем виђењу и односу према клијентима, понашањима и симптомима које клијенти показују, у организационој култури, начину на који реагује и комуницира особље, и сам начин пружања услуга у току свакодневног рада. Поред физичке и психичке сигурности коју је неопходно обезбедити, клијента треба посматрати као део друштвеног система и културног миљеа из кога потиче, са животним и породичним искуством које носи са собом.

У оквиру 333Т, постоје разлике између установа и услуга које се нуде. „Да би се на прави начин пружила помоћ и подршка жртвама трауме у оквиру државног система, потребан је приступ који обухвата и Службе за третман клијената са трауматским искуством које пружају услуге за дијагностику и третман трауматизованих клијената, тако и Службе које своје услуге базирају на знањима о трауми, чије окружење је способно да подржи такве услуге и поспешу позитивне исходе код клијената који користе те услуге“ (Jennings, 2007:11).

Битно је направити дистинкцију између ових појмова. Према томе Службе које своје услуге базирају на знањима о трауми и Службе за третман клијената са трауматским искуством можемо одредити на следећи начин (Jennings, 2007, Latham Hummer, et al., 2010):

- **Службе које своје услуге базирају на знањима о трауми** (*Trauma-informed services*) представљају оне установе унутар појединог система које своје услуге базирају на знањима о трауми, али нису установе терапијског типа. Обзиром да се услуге пружају и трауматизованим клијентима потребно је да код целокупног особља постоји адекватна информисаност о трауми, њеним симптомима и последицама које изазива, и о потребама које имају корисници након преживљеног трауматичног искуства. Систем који се базира на знањима о трауми користи принципе тог приступа и знања о трауми са циљем да пружи услуге који ће бити прилагођене осетљивим жртвама трауме, који ће те услуге пружати на начин да се избегне могућа ретраумизација и који ће дозволити трауматизованом клијенту да активно учествује у свом опоравку и у развијању властитих снага и вештина. Такве

службе сусрећемо унутар система социјалне заштите, здравственом систему, у правосудном систему и образовном систему.

- **Службе за третман клијената са трауматским искуством** (*Trauma-specific services*) су оне установе које своје услуге базирају на знањима о трауми, а пружају директне терапијске услуге и баве се санирањем последица трауматизације, најчешће у оквиру здравственог система. Један од примера је установа која пружа терапијске услуге физички, психички и сексуално злостављаним клијентима. Ове специфичне услуге укључују различите терапијске методе и технике које помажу клијентима у ублажавању неповољних последица трауме и у самом опоравку од трауме, а такве услуге пружају стручњаци са специјалним вештинама и знањима.

#### **5.4. Хронични стрес, траума и установе социјалне заштите**

Трауматизација има широк делокруг утицаја. Поред тога што утиче на појединца, његову породицу, пријатеље и колеге тог појединца, траума може утицати и на установе у целини.

Опредељеност једне организације или установе да пружа услуге трауматизованим корисницима, као и преданост у том раду, често доводи до тога да се установа, руководство и запослени суочавају са великим стресом. Извори стреса за организацију могу долазити од различитих неповољних утицаја политичке ситуације, затим од актуелне социјалне политике и њених прописа, као и од умањене финансијске подршке и недостатка алтернативних извора финансија. Под тако неподржавајућим условима често може да се изазове губитак визије, мисије, циљева, вредности и других елемената значајних за одржавање смера и развијања услуга. Смисао самог посла губи се за запослене и јача осећање немоћи. Ако поменута ситуација дуго траје целокупни систем који је изложен

стресу постаје отпоран на спољашње утицаје и промене, постаје хијерархијски оријентисан и базира се на принуди и казни (Bloom, 2008).

Оно што је значајно за установе, организације и институције које пружају услуге трауматизованим клијентима, јесте да трауматски догађаји и хронични стрес на сличан начин утичу на организације као што утичу на појединца. Без намере да се то учини, без препознавања шта се дешава, целокупна организација или цео систем могу постати трауматизовани тј. траума-организовани. То значи да без намере, омашком, организација или систем могу постати организовани око непрестаног понављања образаца који негативно утиче на клијенте којима служи и властито особље и на тај начин их држи даље од учења, раста, промене и напретка. Као и они који су преживели индивидуалну трауму, организацијама и системима је веома тешко да уоче своје обрасце понашања и функционисања. Када им се укаже на ситуацију у којој се налазе, они се опиру сазнању да је промена потребна, да су се замрзли на одређеном нивоу развоја и да предстоји болан пут који води у раст и развој (Bloom, 2005, Bloom 2011).

Прихватање и усклађивање рада организације или установе са принципима ЗЗЗТ постиже се квалитетна брига за децу и младе кориснике услуга, а успоставља се и одговоран однос према добробити професионалаца који раде у систему социјалне заштите.

Овакав приступ подразумева да су професионалци обавештени о:

- ризицима које тај посао носи са собом,
- последицама трауматизације
- викаријској трауматизацији,
- начинима како се викаријска трауматизација може предупредити,
- доступном начину подршке запосленима,
- могућностима специјализоване едукације о трауми и начинима адаптацијама на њу,
- доступности литературе на тему трауматизације,
- доступности супервизије и консултација, и
- начину бриге да се клијентима обезбеди квалитетна услуга.



ЗЗЗТ у оквиру бриге о професионалцима у систему заштите трауматизоване деце предлаже да кандидати на разговору за посао буду упознати са ризицима посла. Од кандидата се очекује да поседују знање о трауми у складу са позицијом за коју се јављају. Установа која своје услуге ЗЗЗТ је у обавези да све запослене упозна са проблемом викаријске трауматизације и начинима на који се иста може предупредити или превазићи. Поред тога битно је професионалцима обезбедити додатну едукацију о трауми, приступ литератури о трауми и викаријској трауми, организовати супервизију и консултације, као и информисати запосленог који све облици подршке му стоје на располагању. Рекли смо да брига о професионалцу значи и бригу о кориснику, јер ако се примети промена у квалитету услуга које се пружају, једна од могућих разлога за то може бити и појава викаријске трауматизације. То значи да марљива и пажљива брига о квалитету пружених услуга, значи и бригу о кориснику и бригу о професионалцу.

Корисник службе која свој рад и услуге заснива на знањима о трауми, треба да буде уверен да ће његове потребе бити размотрене из перспективе еколошког приступа појединцу, што значи да су проблеми са којима се сусрећу и доживљена трауматизација у интеракцији са појединцем и његовом околином. За трауматизовану децу и младе значајно је разјашњавање и објашњавање њихових осећања, поступака и потреба. И њих треба едуковати, да су њихова осећања нормална реакција на трауматично искуство које су преживели и објашњавати им какве последице трауматизације могу бити. Од непромењивог значаја за децу и младе јесте да разумеју шта им се догађа и помоћи им да развију своје снаге у превазилажењу трауматизације.

Кавам наводи да у једном делу стручне јавности постоји снажно уверење да системи који нису засновани на знањима о трауми, у великој мери могу да допринесу поновној трауматизацији (Folman, 2010). Такви системи корисника виде као слабог, захтевног, или манипулативног, а професионалци у директног раду могу изгледати као нефлексибилни и претерано строги. Будући да заштита заснована на знањима о трауми прихвата да су и траума и опоравак кумулативни, кориснику треба дати времена да расплете своју прошлост и да искорачи у правцу стабилности (наведено у Kawam, 2014).

## 5.5. Елементи система за заштиту деце заснованог на знањима о трауми

Систем социјалне заштите деце и младих заснован на знањима о трауми јесте онај у којем сви учесници препознају, разумеју и реагују на утицај трауматизације на децу и младе, на оне који брину о њима, на породице, на професионалце који пружају услуге деци, младима и породици и осталима који имају контакта са системом. „Програми и службе у склопу система социјалне заштите уносе то знање, свесност, и вештине у њихову организациону културу, политику установе и саму праксу. Они делају у сарадњи, користећи најбоље од науке, да олакшају и подрже отпорност и опоравак деце и младих“ (Conradi et al, 2012:11).

За рад сваке организације која се бави заштитом деце и младих од великог је значаја препознавање трауме и њених њених прожимајућих утицаја како на дете тако и на његову породицу. Постоје различите последице лошег управљања траумом. За неке, то је мала шанса за поновним окупљањем породице - реунификацијом, код других то је повећање нестабилности на алтернативном старању и могуће честе промене смештаја. Може се десити и да се повећа број деце и младих којима треба обезбедити смештај у васпитним установама. Код неке деце и младих присутна ће бити нарушена или умањена способност за доношење добрих одлука, тј. одлука у своју корист, а Конради и сарадници сматрају и да услед лошег управљања траумом расте вероватноћа за трансгенерацијским преношењем злостављања, тј. да то трауматизовано дете једнога дана када одрасте и постане родитељ има велику шансу да буде родитељ који злоставља или занемарује своју децу (Conradi, 2012).

Основни циљеви које треба постићи у заштити деце и младих, унутар система социјалне заштите засноване на знањима о трауми према Националној мрежи за подршку деци са трауматским стресом (*National Child Traumatic Stress Network*, 2007) су:

- “Повећати дететов осећај безбедности.
- Помоћи детету да смање преплављујућа осећања.

- Помоћи детету да начини/пронађе нова значења за његову историју трауме и за садашње искуство,
- Код помагања детету потребно је усредсредити се на утицај трауме и промена које она изазива у понашању, развоју и интерперсоналним односима,
- За пружање адекватних услуга трауматизованој деци и младима, неопходна је координација услуга са осталим службама и организацијама – умрежавање у социјалној заштити и укључивање формалних и неформалних ресурса.
- Ради што боље заштите деце, потребно је обавити свеобухватну процену трауматских искустава детета и њихов утицај на његов развој и понашање и на основу тога направити процену какве услуге треба пружити детету.
- Сваком трауматизованом детету и младој особи, потребна је подршка и промоција позитивних и стабилних односа у његовом животу.
- Како би се детету или младој особи пружила што боља брига, потребно је обезбедити континуирану подршку и вођство за дететову породицу и оне особе које се старају о детету.
- Професионалци морају да развију стратегије које им помажу да изађу на крај са стресом на професионалном и приватном пољу живота (Ко, 2007:3)

Истраживања присуства ПТСП код деце (Kolko et al., 2009), која су унутар система алтернативног старања у САД, показала су распрострањеност овог поремећаја код око 11% деце, али да је значајан онај податак који показује да деца без те дијагнозе имају одређене проблеме у односима са другима, у школи, у истој мери као и деца са постављеном дијагнозом (наведено у Conradi, et al., 2012:10).

Многи аутори (нпр. Bloom, 2005; Conradi, et al., 2012; Kezelman, et al, 2012) сматрају да сам контакт са системом социјалне заштите може служити као трауматични подсетник који враћа назад сећања, личног и породичног искуства са

овим системом. Одвајање деце од родитеља представља трауматично искуство и за дете, и за родитеље, али и за професионалце ангажоване у таквом поступку.

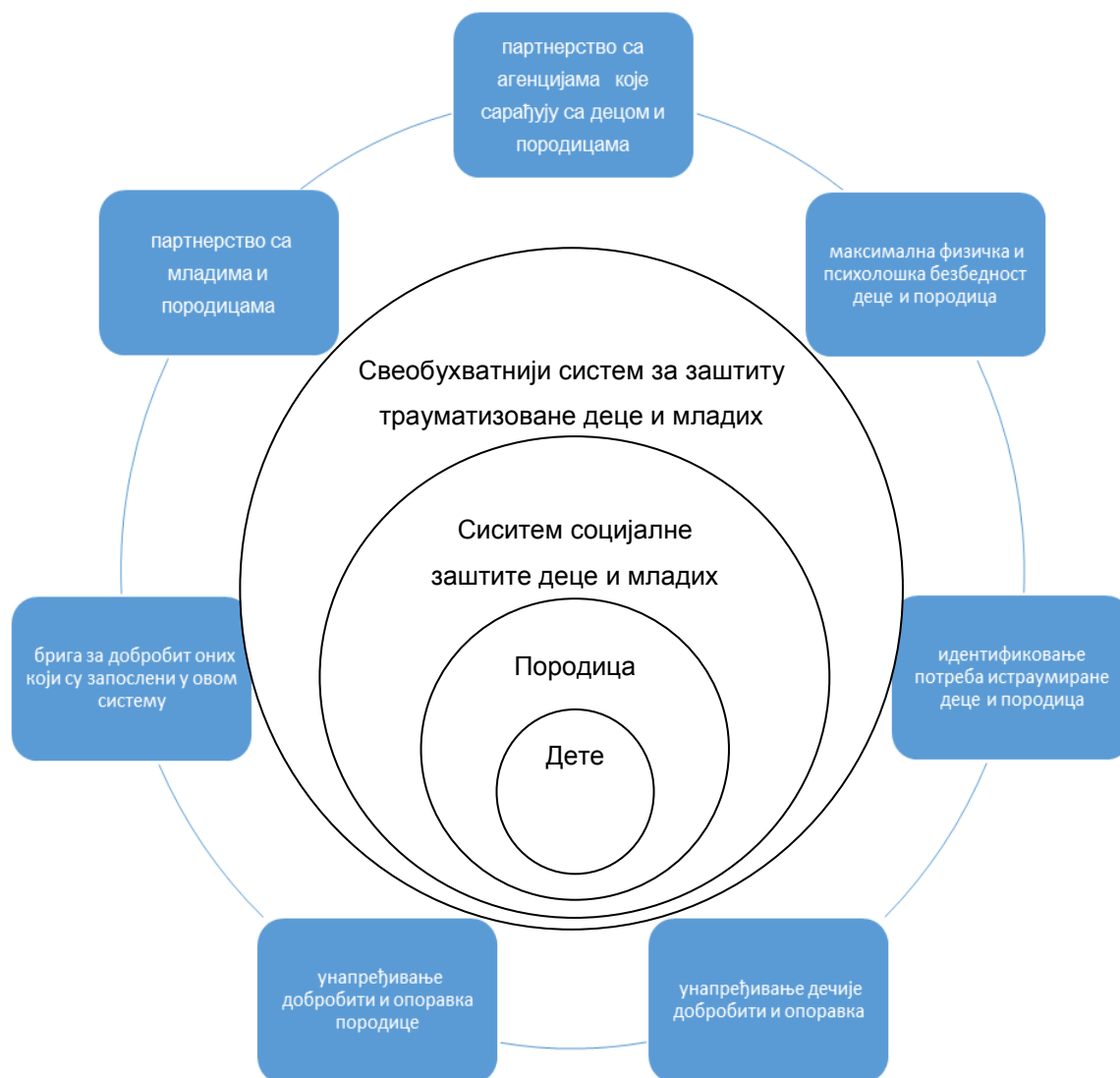
Да би предузете мере и пружене услуге биле успешне, неопходан је однос који карактерише поштовање, поверење и искреност у односу између професионалца, детета и родитеља. „Психолошки гледано, поверење нам је неопходно како бисмо били у стању да остваримо близак однос са другим људима, да се ослонимо на друге људе и у неким тренуцима зависимо од њих, њихова савета и њихове љубави“ (Корићанац, 2011:3). Обзиром да је изградња поверења један од циљева у раној фази развоја детета у којој се стиће доживљај себе и база за изградњу идентитета, због тога се сматра да је капацитет за поверење у друге људе основ личне добробити сваке особе (Корићанац, 2011). Код деце која су трауматизована злостављањем и занемаривањем, та трауматска искуства потичу од људи којима су ова деца и млади веровали, или им људи којима су веровали нису узвратили поверењем и подршком. Као последица овакве издаје поверења, код деце и младих се јавља недостатак поверења који може одвести ка отуђењу од људи и социјалној изолацији изолацији, може да допринесе отпору ка успостављању међуљудских односа, поверење у себе, своју прецепцију, просуђивање и сећање (SAMHSA, 2014).

Обзиром да деца и млади корисници услуга социјалне заштите потичу из различитог културног миљеа, мигрирају из различитих делова државе, неретко припадају групама које су доживеле историјску трауму, или припадају различитим вероисповестима, битно је упознати се са начином бриге о деци, начинима функционисања породице и породичним улогама, као и начинима решавања проблема у њиховим породицама и етничким групама.

Траума има велики и то негативан утицај на људске односе, начине успостављања и одржавања истих. Када у заштити деце и младих посматрамо односе између деце, родитеља, шире породице, потенцијалних хранитеља, социјалних радника и других професионалаца, ти односи делују веома компликовани, узнемирујући, пуни неразумевања, са различитим виђењем поседовања моћи и сл. Корисници могу видети професионалце у заштити деце и младих као моћне, јер између осталог могу применити меру издвајања деце из

породице и сместити их у установу за резиденцијални смештај, док професионалци могу себе доживљавати немоћнима јер им недостају ресурси за пружање адекватних услуга, као и време да се посвете свим корисницима. Такви незадовољавајући односи један су од фактора који отежавају детету или младој особи да прихвати алтернативни смештај, а тако ометају или онемогућавају успостављање сталности и предвидљивости као два основна елемента у опоравку од трауме, и основу за дететов даљи раст и развој.

Организације које се баве заштитом деце и младих, треба да у континуитету унапређују своја знања о трауми, доприносе јачање стручности и компетентности професионалаца који ће због тога моћи да делују брзо и ефикасно. Потребно је да се прате актуелна истраживања, као и исходи пружених услуга и на основу добијених резултата праве промене које ће допринети што квалитетнијој процени потреба и пружених услуга и унапређењу службе. Процес рада у организацији или служби треба да започне планирањем и прецизном идентификацијом трауматизоване деце и историје трауме коју су та деца и млади доживели. Ако се те активности спроведу у раној фази на веома емпатичан и осетљив начин, тада ће и интервенције које се предузимају бити примерене и увремењене (The National Child Traumatic Stress Network, 2007; Cooper et al., 2013). Поред тога, велику пажњу је потребно посветити планирању третмана и мотивацији клијената да што боље користе услуге које им стоје на располагању како у државном тако и у невладином сектору. Укључивање детета и породице у планирање третмана, избор између могућих опција, уочавање ризика који су присутни и унапређење стратегија, као аспекти праксе базиране на знањима о трауми, треба да буду део свакодневног рада. Слика која следи приказује основне елементе система социјалне заштите деце и младих ЗЗЗТ.



**Слика 2. Основни елементи система за заштиту деце заснованог на знањима о трауми (Conradi, et al, 2012:12)**

Као што видимо да Слика 2 показује, у центру система 333Т налази се дете. Око њега налази се породица коју треба да подржи систем социјалне заштите. Тај систем треба да буде део већег система који на свеобухватнији начин доприноси заштити деце, и одређен је са следећим основним елементима:

**Максимална физичка и психолошка безбедност деце и породице** – представља основу за опоравак од трауматизације и дугорочну социјалну и емоционалну стабилност. Професионалцима у систему социјалне заштите најчешће је физичка безбедност детета у фокусу бриге, али ако гледамо из аспекта праксе засноване на знањима о трауми фокус треба да буде на психо-физичкој

безбедности. То значи да дете може да настави да се осећа несигурним још дуго времена након што су физичке повреде отклоњене или након што је смештено у безбедно окружење као што је смештај код рођака или у хранитељску породицу (Conradi et al, 2012). Измештање детета из његове породице може појачати његове страхове и осећање несигурности, и тако га учинити беспомоћним и без контроле у властитом животу (Wilson, 2013). Познато је су осећање безбедности и могућност предвиђања будућности веома важни за напредак у опоравку деце и младих. Додатни стрес и стрепња могу допринети погоршању досадашњег стања код детета или младе особе, тј. могу постати траума на трауму. Када се дете не осећа безбедним, оно користи стратегије за преживљавање које обично укључују нека ризична и маладаптивна понашања. Окидачи или подсвесни подсетници на трауму могу да се јаве и када се успостави неки ниво осећања безбедности могу да буду у виду догађаја, звука, мириса, особе, догађаја, додира, и они изазивају физичку реакцију и тело реагује као да се траматични догађај поново дешава. Они који раде са трауматизованом децом и младима морају да буду свесни ове врсте притисака и да помажу при објашњавању понашања (Conradi, et al, 2012).

***Идентификовање потреба трауматизоване деце и породица*** – професионалци који раде у социјалној заштити трауматизоване деце и младих да би могли да помогну, потребно је да добро буду упознати са траумом, њеним карактеристикама и да разумеју на који начин она утиче на појединаца и породицу. Битно је да трауматизација буде препозната јер се на тај начин избегава погрешна процена потреба клијената. Потребно је да се унутар културних образаца трауматизоване деце и младих уради детаљна процена трауматизације, могућих окидача, потреба, услуга и снага.

***Унапређивање деље добробити и отпорности*** - опоравак од трауматизације разликује се од детета до детета. Свако је јединка за себе са својим генетским предиспозицијама, темпераментом, па тако и начином на који се носи са стресом. Од детета до детета разликује се и јачина и облик веза које има са родитељима, широм породицом, комшилуком, децом у школи. Трауматизована деца и млади имају мањак поверења у друге људе и тешкоће у успостављању и одржавању односа са њима. Због тога је веома значајно да се деци и младима

помаже да науче како да успостављају и одржавају квалитетне односе са другима, како са вршњацима тако и са одраслима и на тај начин изграде мрежу социјалне подршке. Потребна је добра „процена из перспективе снага јер она пружа стратегије за оснаживање и омоћавање деце и њихових породица надоградњом личних и срединских, често препознатих или занемарених снага и ресурса“ (Жегарац и Бургунд, 2014:267). Планирање услуга за трауматизовану децу и младе треба да води ка дуготрајним позитивним ефектима.

***Унапређивање добробити и отпорности породице*** – када се професионалци сусрећу са трауматизованим дететом, потребно је испитати и да ли су и каквом облику трауматизације били изложени чланови породице. Неки од чланови породица које су корисници услуга система социјалне заштите и сами су доживели неки облик трауме. Могли су да буду трауматизовани у свом детињству, да буду жртве насиља у заједници и сл, а могу и да буду секундарно трауматизовани путем бриге о трауматизованом детету (Wilson, 2013). Трауматизовани члан породице имаће проблеме у адекватној подршци трауматизованом детету или младој особи. У таквим ситуацијама потребно је детаљно испитати и потребе чланова породице и њима обезбедити потребне услуге. Родитељи треба да се упознају са знањима у вези трауме и последица које оставља јер се на тај начин јачају њихови родитељске вештине. Родитељи би требало да препознају ризик од трауматизације и треба да разумеју зашто се дете понаша на одређени начин.

***Брига за добробит професионалаца у систему социјалне заштите деце и младих*** – и систем и установа треба да брине о професионалцима који раде у социјалној заштити деце и младих. Стрес везан за посао јавља се услед недовољно развијених ресурса да се пружи адекватна услуга, кратких рокова, преобимног посла, слабе финансијске и професионалне сатисфакције и др. Рад са трауматизованом децом за професионалце може да буде веома емоционално исцрпљујући јер сазнања да је неко дете повређено је тешко само по себи, а постоји опасност од викаријске трауматизације када долази до поремећаја и у професионалном и у приватном животу ових професионалаца. Стратегије



превенције и начини превазилажења професионалног изгарања и викаријске трауматизације треба да се установе, а потом стално развијају и унапређују.

***Партнерство са децом и породицом*** – осећање беспомоћности које се продубљује код деце и породице када иду од врата до врата, траже помоћ, „сто“ пута причају шта им се дешавало и немају осећај да их се пита за мишљење о одлукама које се доносе. Активним учешћем породице у избору и доношењу одлука, породица враћа своју моћ. Породици треба прићи као партнеру, јер омоћавањем спешујемо опоравак од трауматизације и појачавамо њену отпорност на наповољне догађаје и утицаје. Повратне информације које професионалци добију од породице у вези пружених услуга, могу бити веома корисне за даљи развој услуга.

***Партнерство са другим службама и системима које раде у заштити деце и породице*** – нема службе која самостално може задовољити потребе трауматизоване деце и младих и њихових породица. Сарадња и координација услуга са другим системима и службама је неопходна. Центар за социјални рад се види као централна установа која своју партнерску сарадњу и координацију треба да оствари са установама за резиденцијални смештај, полицијом, тужилаштвом и судом, школом, и здравственим установама различитог типа. Израдом адекватних планова заштите за децу и младе и њихове породице у складу са знањима о трауми, могуће је избећи проблеме у процени надлежности, затим је могуће ангажовање неформалних пружалаца услуга да би се задовољиле потребе које постоје код детета и породице и избегла би се могућа ретрауматизација. У оквиру праксе засноване на знањима о трауми, пожељно је развијање заједничких протокола међу системима који би омогућавали приступ подацима и сазнањима о информацијама у вези трауматизације, плановаима и услугама које се пружају детету или младој особи. Међусистемском и међуорганизационом сарадњом се на овај начин могу избећи нежељене последице да се независним поступањем једних, поништи и обезвреди претходни рад и поступање других служби, установа и система. Непожељне последице поступања које није партнерски оријентисано, посебно су наглашене ако је поступањем једне службе или установе направљен неки напредак у заштити трауматизованог деча и његове породице, а друга служба

или установа својим поступањем изазове ретрауматизацију детета или младе особе (Conradi, et al, 2012; Kezelman, et al, 2012.). Овакав пожељан партнерски однос међу установама и системима, у складу је са Законом о социјалној заштити (чл. 58). На пример, често се истиче потреба да се са злостављаним дететом обави један интегративни интервју, и да професионалци установа из појединачних система не обављају појединачни интервју.

Услуге и програми који се нуде у оквиру социјалне заштите деце и младих треба да буду базирани на знањима о трауми. „Да би се пружила адекватна помоћ, сви запослени у установи од рецепционара, преко социјалних радника, до управног одбора морају да знају како насиље утиче на живот клијената, и да је свака интеракција буде базирана на процесу опоравка са циљем да се могућност ретрауматизације сведе на најмању могућу меру“ (Elliott, 2005:462).

За што квалитетнији рад са трауматизованом децом и младима у њиховом опоравку пожељан је мултидисциплинарни и мултисекторски приступ, као и стална едукација запослених. Када говоримо о трауматизованој деци и младима, морамо напоменути да је приступ 333Т потребан и у правосудном, здравственом и у школском систему. Најчешће су корисници услуга система социјалне заштите деце и младих корисници и свих ових поменутих система, па стога треба да постоји партнерски однос међу овим системима и унутар њих самих. Тешко је помоћи у опоравку од трауме ако сви системи нису засновали свој рад на знањима о трауми, јер је тада ретрауматизација неизбежна.

## **6. ЕМПИРИЈСКО ИСТРАЖИВАЊЕ**

### **6.1. Методолошки оквир истраживања**

#### **6.1.1. Предмет истраживања**

*Проблем истраживања* је утврђивање присуства показатеља изгарања на послу и викаријске трауме код запослених у установама система социјалне заштите деце и младих, како би боље разумели могућности спречавања настанка негативних последица које ове појаве могу имати на професионалце у помагачким професијама, а тиме и на квалитет пружених услуга и у крајњој линији на задовољство корисника.

Обзиром да су посредни изразито сложени феномени, настојаћемо да утврдимо неке карактеристике понашања запослених код којих постоје показатељи синдрома изгарања и викаријске трауме.

*Предмет истраживања* је синдром изгарања и викаријска траума код запослених у социјалној заштити деце и младих у контексту квалитета професионалног живота и квалитета услуга у заштити деце.

#### **6.1.2. Научни и друштвени циљеви**

*Општи циљ истраживања* је стицање ближих знања о заступљености и карактеристикама показатеља изгарања на послу и викаријске трауме код запослених у социјалној заштити деце и младих у Београду, како би се унапредила пракса и квалитет услуга у заштити деце.

### ***Посебни циљеви истраживања***

- Научна дескрипција и систематизација релевантних научних сазнања која се односе на присуство синдрома изгарања на послу и викаријске трауматизације.
- Утврдити заступљеност изгарања на послу и викаријске трауме код професионалаца у социјалној заштити деце и младих.
- Утврдити које карактеристике професионалаца и конкретног посла који обављају са децом и младима су у вези са присуством и интензитетом синдрома изгарања код ових професионалаца.

Друштвени циљ истраживања се огледа у усмеравању пажње стручне и шире јавности на значај послова професионалних помагача унутар система социјалне заштите деце и младих, упознавање ових јавности са професионалним ризицима ових професија.

### **6.1.3. Хипотетички оквир**

#### ***Општа хипотеза***

Запослени у социјалној заштити који раде са трауматизованом децом и младима, жртвама злостављања, занемаривања и жртвама породичног насиља, изложени су трауматском садржају које износе њихови клијенти. Запослени у социјалној заштити деце и младих су у великом ризику да подлегну симптомима викаријске трауматизације и изгарања на послу.

#### ***Посебне хипотезе***

- I. Код једног броја запослених у социјалној заштити деце и младих присутни су показатељи синдрома изгарања и викаријске трауме.
- II. Постоје разлике између присутности показатеља викаријске трауме и синдрома изгарања код запослених у различитим институцијама.

- III. Постоје разлике између присутности показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме код запослених унутар појединих институција, обзиром на радно место.
- IV. Постоје разлике у присутности показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме код запослених са различитим временом проведеним у непосредном раду са клијентима.
- V. Показатељи синдрома изгарања и викаријске трауме су присутнији код запослених са мањим радним стажом.
- VI. Показатељи синдрома изгарања и викаријске трауме су присутнији код стручњака који нису задовољни пруженом супервизијом.
- VII. Код запослених на радним местима која подразумевају сменски рад, присутнији су показатељи синдрома изгарања и викаријске трауме, него код запослених који не мењају смене.

#### **6.1.4. Научно истраживачке методе**

Истраживање је емпиријско, где смо коришћењем анкетних упитника и одабраних тестова прикупили и анализирали искуствену грађу, која се односи на изабрани проблем истраживања.

*Методe* научног истраживања које смо користити у овом истраживању одређене су карактеристикама утврђеног предмета, циљевима и хипотезама. Користили смо акету као методу прикупљања емпиријских података, у оквиру методологије карактеристичне за друштвене науке.

Као *опитенаучне методе* у овом истраживању користили смо статистичку методу. Статистичка метода нам је послужила да одредимо заступљеност и статистичку значајност разлика у испољавању симптома ових феномена код професионалаца. Као *основне посебне методе* користили смо аналитичко – синтетичке методе (анализа, апстракција, класификација, дедукција, као и синтеза, индукција и генерализација).

### 6.1.5. Инструменти

За прикупљање података били су: Упитник о општим подацима испитаника, ТАБС упитник (*Trauma and Attachment Belief Scale*; Pearlman, 2003), ЦБИ (*Copenhagen Burnout Inventory*; Borritz et al., 2004) и ProQOL тест (*Professional quality of life screening*; Stamm, 2010).

#### ***Упитник са општим подацима испитаника***

За потребе овог истраживања конструисан је упитник уз помоћу којег смо прикупили основне демографске податке о учесницима овог истраживања и питања везана за посао који обављају. Упитником су прикупљени подаци везани за: пол, узраст, организацију у којој су запослени и на којем радном месту, дужину радног стажа, подршку на послу и сл. Овај упитник се налази у Прилогу А.

#### ***ТАБС (TABS) упитник***

*Trauma and attachment Belief Scale* (у даљем тексту **TABS**) је ревидирана *Traumatic Stress Institute (TSI) Belief Scale*, намењена за рад са појединцима који су имали трауматско искуство (Pearlman, 2003). Такође се користи за испитивање ефеката викаријске трауме. Овим упитником мери се нарушавање слике коју особа има о себи и другима, која настаје као последица психолошке трауме или од секундарног излагања трауматском материјалу кроз саветодавни рад и друге видове помоћи који подразумевају успостављање односа са клијентом.

Упитник чине 84 ставке за самопроцењивање, на шестостепеној скали од у потпуности се слажем до у потпуности се не слажем (*1=Disagree Strongly to 6=Agree Strongly*). Мерење доноси тотал ТАБС скор на десет подскала:

- I. Сигурност за себе (*Self-Safety*)
- II. Сигурност других (*Other-Safety*)
- III. Поверење у себе (*Self Trust*)
- IV. Поверење у друге (*Other-Trust*)
- V. Самопоштовање (*Self-Esteem*)

- VI. Поштовање других (*Other-Esteem*)
- VII. Лична интима (*Self-Intimacy*)
- VIII. Интима других (*Other-Intimacy*)
- IX. Самоконтрола (*Self-Control*)
- X. Контрола других (*Other-Control*)

Због прожимајућих ефеката које траума има – што често укључује одбрану, вештине превладавања, слику о себи и другима, его потенцијал, психолошке потребе виђење света и идентитета – ТАБС има широку клиничку примену. Може се користити и када особа не показује симптоме ПТСД-а пошто може да укаже и на неку другу врсту проблема. Ставке се не односе само на симптоме у вези са траумом, већ и на историју индивидуалних односа код особе. Не врши стигматизацију или патологизацију, што указује да ТАБС може помоћи и у помагачкој пракси која се бави нарушеним односима. Концизан и јасан, безопасан и високо осетљив на одређене ефекте које има трауматично искуство на појединца. ТАБС је вредна алатка коју клиничари могу користити приликом процене степена трауме код преживелих, код клијената са ПТСД, код појединаца који имају викаријску трауму и код других психолошких проблема (Pearlman, 2003).

### ***ProQOL тест***

ProQOL тест мери саосећајно задовољство, синдром сагоревања и секундарни трауматски стрес (Stamm, 2010).

***Саосећајно задовољство*** представља задовољство које настаје зато што смо способни да добро урадимо посао и што можемо да допринесемо радном окружењу или чак читавом друштву.

Већи број поена на скали представља да код професионалца постоји веће задовољство у односу на посао који обавља, као и способност да себе види као продуктивног професионалца. Просечни резултат је 50. Ако је скор изнад 57 поена особа је вероватно задовољна послом и својом позицијом. Ако је резултат

нижи од 43, особа није задовољна послом и могуће да има проблема везаних за посао (Stamm, 2010).

Из перспективе истраживача, *синдром изгарања* је један од елемената замора сажаљења. Везује се за осећање безнадежности и проблеме на које наилазимо на послу.

Већи број поена на скали указује да појединац има већу могућност сагоревања на послу. Просечни резултат на скали сагоревања је 50. Ако је резултат нижи од 18, особа вероватно има развијена позитивна осећања да може бити продуктивна на послу. Ако је резултат виши од 57, особа вероватно мисли да је непродуктивна на послу (Stamm, 2010).

Друга компонента замора саосећања је *секундарни трауматски стрес*. Односи се на посао, на секундарну изложеност трауматским стресним догађајима. Јављање последица услед изложености туђем трауматском искуству је ретко, али се догађа многим људима који раде са дубоко трауматизованим људима, што се обично назива викаријска трауматизација. Просечни резултат на скали је 50 (Stamm, 2010).

### ***ЦБИ (СВИ) упитник***

ЦБИ (у даљем тексту *СВИ*) упитник садржи 19 ставки за самооцењивање (Milfont, et al., 2007). На три скале мери три врсте синдром изгарања на личном нивоу (*Personal Burnout*), синдром изгарања у вези са послом (*Work Burnout*) и синдром изгарања у вези са клијентима (*Client Burnout*). На питање се одговара по петостепеној Лекерт-овој скали и свака скала се оцењује појединачно. За овај упитник Боритц и сарадници бележе да има високу конзистентност за лично изгарање, изгарање на послу и изгарање у вези са клијентима (0.86, 0.87 and 0.85; наведено у Borritz et al, 2006).

Запослени који остварио резултат 50 или већи на подскали синдром изгарања на личном нивоу (вредност од 0 до 100), вероватно има синдром



изгарања који се дефинише као „ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености који је особа искусила“ (Borritz et al., 2004:2).

Запослени који је остварио резултат 50 или већи на подскали синдром изгарања у вези са послом, највероватније има синдром изгарања који се дефинише као „ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености које професионалац доживљава у вези са послом“ (Borritz et al., 2004:3).

Запослени који је остварио резултат 50 или већи на подскали синдром изгарања у вези са клијентима, највероватније има синдром изгарања који се дефинише као „ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености које професионалац доживљава у вези рада са клијентима“ (Borritz et al., 2004:4).

Упитници коришћени у овом истраживању приложени су на крају овог рада.

#### **6.1.6. Узорак**

**Узорак** на којем смо спровели истраживање чинило је 150 професионалаца из помагачких професија запослених у социјалној заштити деце и младих у Београду. Упитник су попунила 138 испитаника, и од тог броја 3 анкете (2%) биле су непотпуне, тј. није одговорено на сва питања. При конципирању анкете одлучено је да према испитаницима постоји захтев да се одговори на сва питања, па смо због тога непотпуне анкете искључили из обраде. На тај начин смо дошли до броја од 135 потпуно попуњених упитника, што указује на осипање мање од 10%, што сматрамо да је прихватљиво и да не угрожава валидност истраживања.

У овом пригодном узорку били су заступљени: социјални радници, психолози, специјални педагози, педагози, логопеди и медицинске сестре. Како се симптоми викаријске трауматизације јављају код стручњака који раде са трауматизованом популацијом, професионалци укључени у ово истраживање су запослени у заштити деце и младих који обављају различите послове (имају разноврсне описе посла), што значи, између осталог, различит број радних сати проводе у директном раду са децом и младима, остварују различит интензитет

контаката и сл. Једну групу чинили су професионалци из Домова за смештај деце без родитељског старања унутар Центра за заштиту одојчади, деце и омладине, другу групу професионалци из Градског центара за социјални рад, трећа група обухватити запослене у два Прихватилишта за децу и младе, а четврта запослене у Центру за породични смештај и усвојење. Из Градског центра за социјални рад у овом истраживању су учествовали професионалци из 8 од укупно 17 општинских одељења: Земун, Вождовац, Палилула, Раковица, Нови Београд, Чукарица, Звездара и Врачар. Што се тиче Прихватилишта, ту групу су чинили запослени у Прихватилишту за децу са прихватном станицом које је ОЈ Завода за васпитање деце и омладине и Прихватилиште за ургентну заштиту злостављане деце које је ОЈ ЦЗОДО.

Теренски део истраживања обављен је у периоду од 05.02.2015. до 17.04.2015. и трајао је месец дана дуже од планираног. У ГЦСР смо били замољени да мало сачекамо са истраживањем јер су у том периоду на сличну тему била већ заказана два истраживања.

- **Процес прикупљања података**

Спровођење истраживања одвијало се у неколико фаза:

- I. **Фаза 1:** Уводну фазу чинила је припрема **Нацрта истраживања** у којој су изабрани упитници које смо желели користити у истраживању.
- II. **Фаза 2:** Следећи корак представљао је контакт са ауторима упитника због добијања сагласности за коришћење истих у истраживању. Свима смо послали дописе електронском поштом да смо заинтересовани за кориштење упитника у истраживању у академске сврхе, са кратким освртом на тему дисертације. За *CBI* и *ProQOL* смо добили сагласност веома лако за истраживање у академске сврхе, јер су аутори заинтересовани да се упитници користе у што више истраживања, а посебно у различитим земљама уз поштовање ауторских права. Ови упитници доступни су у целости на интернету, као и упутства за коришћење истих. За *TABS* упитник, упућени смо на издавача који

поседује ауторска права. Након писма подршке које је издавачу упутила проф. др. Жегарац, потврдивши да је истраживање планирано у академске сврхе, добили смо понуду која се односила на цену и захтеве од стране издавача *TABS* упитника. Захтев усмерен на превод ондосио се на чињеницу да је упитник преведен са енглеског на српски, требало да се преведе поново на енглески од стране независног преводиоца. Обавестили смо их да ће превод са српског на енглески радити овлаштени преводилац. Истраживање се даље одвијало на следећи начин:

- III. **Фаза 3:** Упитници одабрани за истраживање преведени су на српски језик од стране аутора рад у сарадњи са професоркама енглеског и српског језика, Јеленом Јеленић Мариновић и Мирјаном Штрбац. У току превода водили смо се жељом да превод што више буде у складу са нашим језиком уз свест да треба поновно да буде преведен на енглески језик. Превод на енглески језик урадила је преводилац са ФПН, Гордана Ристић. Када смо контактирали издавача *TABS* упитника са молбом да нас обавесте о детаљима на који начин желе да им доставимо превод упитника са српског на енглески, обавестили су нас да за тим преводом нема потребе о чему смо обавестили и преводиоца.
- IV. **Фаза 4:** Контактрани су директори установа у којима је било планирано истраживање. Поднете су молбе да се омогући спровођење овог истраживања у академске сврхе, уз краће објашње теме дисертације. Са директором ГЦСР потписан је уговор о сарадњи, док су директори других установа дали усмену сагласност и упознали руководиоце организационих јединица о договореној сарадњи. Након добијања сагласности, уследило је планирање узорка и разговори са руководиоцима организационих јединица који су тада упознати са истраживањем и начином на који ће се то истраживање спровести. Руководиоци организационих јединица представили су истраживање и аутора руководиоцима службе са којима је договорен састанак на којем

би се окупили сви професионалци који су у непосредном раду са корисницима из сваке појединачне службе.

- V. **Фаза 5:** Обављени су разговори са колегама који директно раде са корисницима са циљем да се упознају са истраживањем и да семотивишу за учествовање у истом. Први разговори обављени су у организационим јединицама ЦЗОДО, потом у ЦПСУ и Прихватилишту за децу, а на крају смо обилазили општинска одељења ГЦСР. У току тих разговора колеге су упознати са основним појмовима, бројем и величином упитника и начином на који ће се истраживање спровести. Продочена им је идеја да се истраживање спроведе путем интернета и на који начин, уз нагласак да ће приватност бити загарантована. За такав вид спроведбе истраживања било је потребно да нам професионалци дају адресу електронске поште, и могли су да одлуче да ли ће то бити приватна, службена или групна адреса. Поред тога, обавестили смо колеге да постоји могућност попуњавања упитника у форми оловка-папир. Проверили смо техничке услове за изведбу истраживања унутар установа, тј. колико рачунара стоји на располагању професионалцима, приступ интернету и адресе електронске поште. Објаснили смо да ће сваки испитаник добити своју шифру за приступ анкети. Професионалци у неким организационим јединицама одабрали су да им потребан број шифара пошањемо на заједничку службену електронску адресу, а они су међу собом поделили шифре.
- VI. **Фаза 6:** На основу планираног и дефинисаног узорка договорен је број учесника у истраживању у свакој установи.
- VII. **Фаза 7:** У овом истраживању користили смо *LimeSurvey*, бесплатни софтверски алат за спровођење анкетних упитника. Овај софтвер постављен је на Академској мрежи Републике Србије (АМРЕС). У софтвер смо унели питања за све упитнике, унели смо адресе електронске поште и за сваког појединачног испитаника произвели *токен*, тј. индивидуалну приступну шифру. Након тога послати су

дописи електронском поштом са обавештењем да је истраживање отворено и да користећи своју шифру испитаници могу приступити анкети. Испитаници су обавештени да је потребно одговорити на сва питања у анкети. Коришћени софтвер је указивао испитаницима на питања која су прескочена и није се могло прећи на следећи упитник ако претходни није попуњен. У попуњавању анкете у електронском облику, могла се је направити пауза и наставити истраживање накнадно. Коришћењем овог софтвера били смо у могућности да шаљемо подсећања у виду електронске поште оним испитаницима који нису попунили упитник.

VIII. **Фаза 8:** У овој фази обављена је теренска посета професионалцима који су се одлучили да анкету поуне у форми папир – оловка, достављени су им упитници и договорено преузимање попуњених анкета. Након што професионалци из два општинска одељења ГЦСР и поред молби и посећања нису попунили упитнике одлучено је да се спроведе још једна посета тим одељењима. Тада само сазнали да имају проблема са интернетом и да је то разлог што нису учествовали. Пристали су да им доставимо анкете у форми папир – оловка. Након тога су брзо попунили анкете. Након што смо сакупили све анкете у папирној форми, око 20 анкета, морали смо да их ручно унесемо у софтверску базу. Након тога смо прикупљене податке из електронске базе података овог софтверског алата извели у *Excel* и касније их обрађивали користећи софтверски пакет за статистичку анализу у друштвеним наукама *SPSS*.

- **План обраде података**

Будући да су се у овом истраживању користили инструменти који раније нису коришћени на домаћој популацији, урађена је и психометријска провера инструмената. То значи да су проверене факторске структуре скала преко факторске анализе, као и да су израчунати коефицијенти поузданости. Добијени резултати су предочени у делу рада у којем су анализирани коришћени упитници.

За обраду података коришћен је програм *SPSS for Windows 19* који ради под *Microsoft Windows* окружењем. Резултати су приказани табеларно и графички. Поред дескриптивне статистике, у циљу испитивања хипотеза, проверена је претпоставка о нормалности расподеле резултата на скалама и подскалама и, у зависности од тога, примењене су параметарске или непараметарске технике. Утврђено је да за све три подскеале *CBI* упитника, као и подскалу синдром изгарања *PROQoL* упитника не важи претпоставка о нормалности расподеле резултата. За подскеале саосећајно задовољство и секундарни трауматски стрес *PROQoL* упитника, као и за скалу *TABS* упитника је испуњена претпоставка о нормалности расподеле резултата. У зависности од броја група независне променљиве, за скеале за које не важи претпоставка о нормалности расподеле резултата примењени су Mann-Whitney U тест, као и Kruskal-Wallis H тест (непараметарске технике), док су за скеале за које важи претпоставка о нормалности расподеле резултата примењени t-тест за независне узорке и једнофакторска анализа варијансе (параметарске технике).

У анализи метријских карактеристика инструмената проверена је поузданост појединачних подскеала, као и скеале у целини.

**Дескриптивна статистика** одговара на дескриптивна истраживачка питања. Она служи описивању, сажимању и валидацији добијених података и може се графички приказати. На основу ње се оцењују параметри популације. Не служи генерализацијама и провери хипотеза. Често се назива униваријантном статистиком. На основу дескриптивне статистике закључујемо да ли су подаци погодни за примену неке статичке методе. Ту спадају мере централне тенденције и мере варијабилности. Од мера централне тенденције, рачуната је аритметичка средина, а од мера варијабилности стандардна девијација (Pallant, 2009).

**T-тест за независне узорке** је параметријски тест који служи тестирању постојања разлика између аритметичких средина две субпопулације на зависној варијабли која је по својој природи непрекидна (Pallant, 2009).

**Једнофакторска анализа варијансе** је метода која омогућава дељење варијансе у резултатима истраживања на делове, при чему је те делове могуће

довести у везу са неким познатим узроком, извором или фактором. Овом методом је могуће проценити величину варијансе коју објашњава неки фактор и проценити да ли је тај део варијансе већи од очекивања на основу нулте хипотезе. Најједноставнији облик анализе варијансе је једнофакторијална, униваријантна анализа варијансе. Она је намењена тестирању постојања разлика између аритметичких средина више од две субпопулације на некој непрекидној варијабли (Pallant, 2009).

***Mann-Whitney U тест*** се употребљава за испитивање разлика између две независне групе на непрекидној скали. Овај тест представља непараметарску алтернативу т-тесту независних узорака. Уместо да пореди средње вредности двеју група (као што то ради т-тест), овај тест пореди њихове медијане (Pallant, 2009).

***Kruskal-Wallis H тест*** представља непараметарску алтернативу једнофакторској анализи варијансе различитих група. Служи за поређење резултата неке непрекидне променљиве за три или више група (Pallant, 2009).

### **6.1.7. Научна и друштвена оправданост истраживања**

Поред систематизације досадашњих научних сазнања из области синдрома изгарања и викаријске трауматизације, научна оправданост истраживања огледа се и у откривању присутности синдрома изгарања и викаријске трауме код професионалаца у социјалној заштити деце и младих. Објашњење везе и односа између демографских података и показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме основ су за даља научна истраживања и обезбеђивање релевантних чињеница у овој области науке о социјалном раду.

Друштвена оправданост истраживања произилази из постојећих развојних трендова система социјалне заштите Републике Србије. Услуге које се пружају корисницима у систему социјалне заштите доживеле су и доживљавају свој развој. Развој броја и квалитета услуга намењених клијентима потребно је

пратити развојем подршке запосленима у систему социјалне заштите. Запослени који има квалитете потребне за рад са трауматизованима, потребна знања, који је задовољан послом, условима рада и подршком који му пружају колеге и организација може да пружа адекватну и квалитетну услугу клијенту.

Суочавање система социјалне заштите са синдромом изгарања и викаријском трауматизацијом јесте етички императив и предусов за обезбеђење квалитетних услуга. Неопходно је познавање последица које се могу јавити код запослених у раду са трауматизованим клијентима. Интегрисање теоријских знања о синдрому изгарања и викаријској трауматизацији, са резултатима истраживања може да омогући планирање системских мера, као и мера унутар поједине установе за превенцију настанка ових феномена, али и израду корака које ће се предузимати у случају настанка истих.

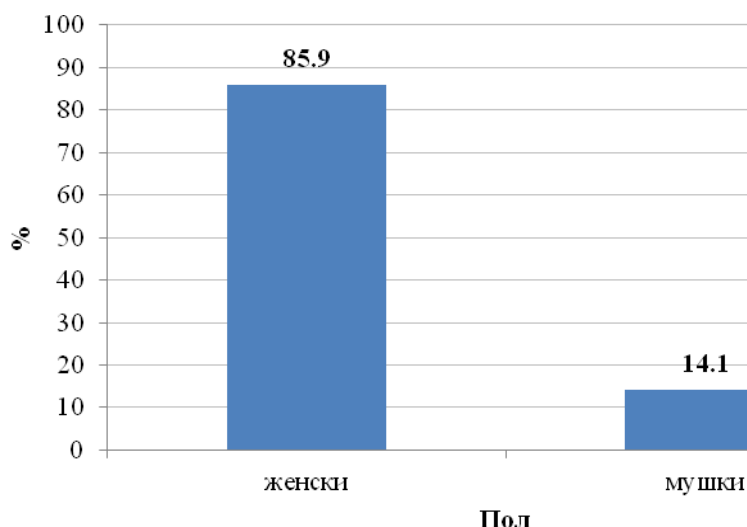
## **6.2. Резултати истраживања**

### **6.2.1. Упитник о демографским подацима**

Упитник који је конструисан за ову прилику за питања је користио карактеристике посла које би могле да буду чиниоци који доприносе настанку синдрома изгарања и викаријске трауматизације код професионалаца у социјалној заштити деце и младих. Следи приказ узорка у односу на релевантне социо-демографске карактеристике и податке од значаја за саму тему која се испитује.

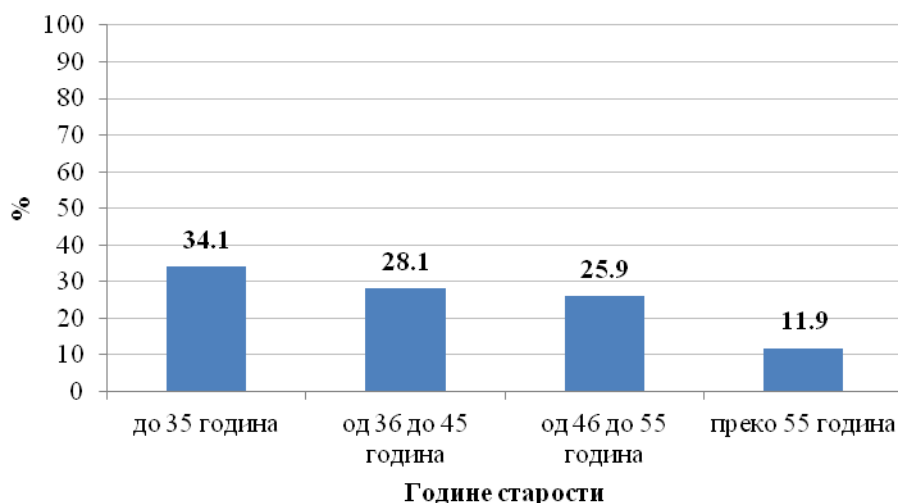


**Графикон 1. Структура узорка у односу на пол**



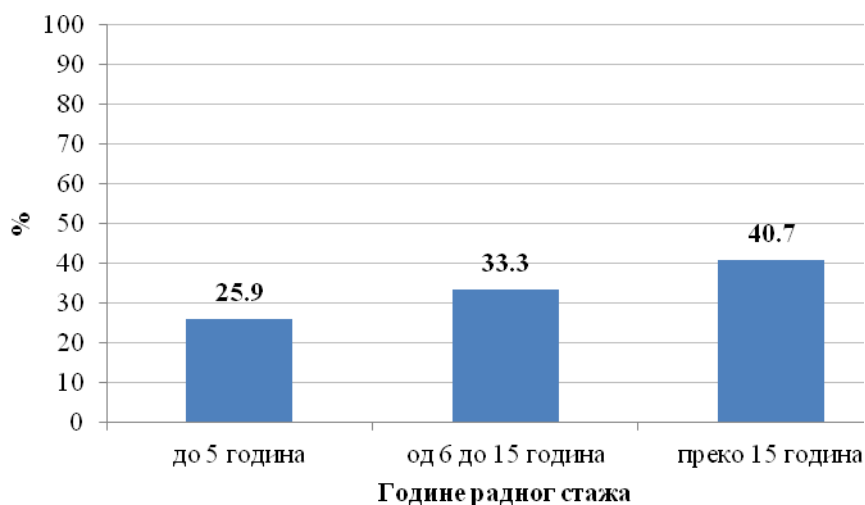
*Полна структура* узорка на коме је спроведено истраживање је таква да доминирају испитанице женског пола (85,9%), док је доста мањи број испитаника мушког пола (14,1%). Оваква структура узорка је очекивана и доста верно одражава стање присутно у популацији, будући да су у помагачким професијама заступљеније жене, па ни у социјалној заштити ситуација није другачија. Према статистичким подацима представљеним у Синтетизованом извештају о раду установа за смештај деце и младих у Србији за 2014. годину (Републички завод за социјалну заштиту, 2015ц), према полној структури у укупном броју запослених, у овим установама доминирају жене са 79.4%. Ови подаци нас наводе на закључак да је заступљеност жена у популацији професионалаца у социјалној заштити деце и младих изузетно висока и износи око 80% од укупне популације професионалаца у тој области.

**Графикон 2. Структура узорка у односу на године старости**



Са друге стране, прилично је уједначена структура узорка када је реч о *годинама старости* тј. старосној доби *испитаника*. Наиме, око трећина испитаника се налази у првој старосној категорији (до 35 година), а нешто мањи број испитаника (28,1%) је средњег доба - има од 36 до 45 година. Четвртина испитаника припада старосној групи од 46 до 55 година, а најмањи је број оних који имају преко 55 година (11,9%). Према статистичким подацима представљеним у Синтетизованом извештају о раду центара за социјални рад у Србији за 2014. годину (Републички завод за социјалну заштиту, 2015), највећи број запослених на нивоу републике припада старосној групи преко 50 година, а остварен је мањи раст броја запослених од 30 – 39 година. Обзиром да у нашем узорку 47,4% чине професионалци из ГЦСР, даћемо себи слободу да закључимо да се у ГЦСР у Београду десило подмлађивање кадра.

**Графикон 3. Структура узорка у односу на године радног стажа**



Према *годинама радног стажа* (Графикон 3) уочава се да око 40% испитаника има преко 15 година радног стажа, трећина има од 6 до 15 година стажа, док је једна четвртина испитаника у радном односу до 5 година. На основу старосне доби и година радног стажа, можемо закључити да је у установама социјалне заштите деце и младих у Београду у току подмлађивање кадрова.

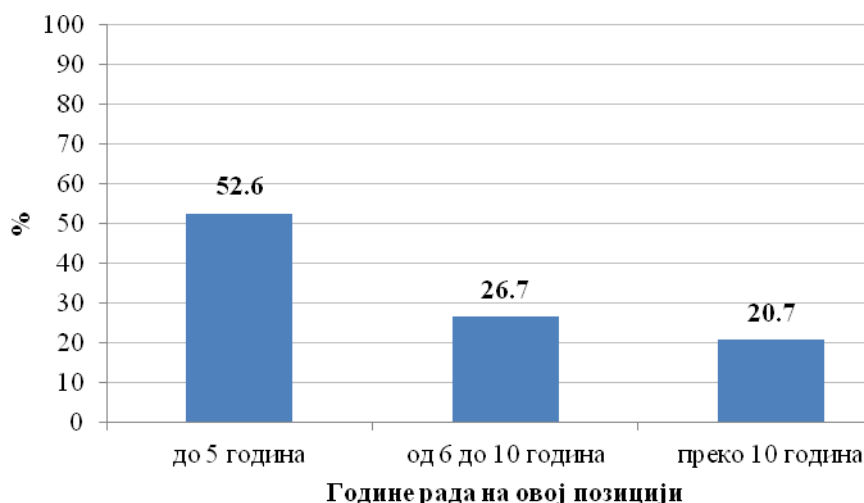
**Графикон 4. Структура узорка у односу на установу из које долазе запослени**



Када је реч о **установи** у којој су запослени, готово половину испитаника чине запослени у општинским одељењима ГЦСР у Београду (47,4%), следи око 25% испитаника запослених у ЦЗОДО, а уједначен је број испитаника који раде у Прихватилиштима (15,6%) и ЦПСУ (13,3%).

Што се **радног места** тиче, највише је испитаника у својству водитеља случаја (50), што и не изненађује, будући да највише испитаника ради у ГЦСР. Поред водитеља случаја, по заступљености се истичу васпитачи (34), следи 12 саветника за хранитељство, 9 супервизора, по 7 руководилица службе и психолога, 6 социјалних радника, четири реализатора едукативних програма за хранитеље, три медицинске сестре, два логопеда и један педагог.

**Графикон 5. Структура узорка у односу на године рада на тренутној позицији**



Када говоримо о структури узорка у односу на *године рада на тренутној позицији*, преко половине узорка чине испитаници који раде до 5 година на одговарајућој позицији, четвртина испитаника ради од 6 до 10 година, док петина испитаника ради преко 10 година на истој позицији.

*Непосредни рад са клијентима* представља део редовних активности запослених у установама социјалне заштите. У зависности од установе и радног места, испитаници проводе различито време у непосредном раду са клијентима. Како год, око 60% испитаника наводи да више од половине радног времена проводе у директном раду са трауматизованом популацијом, и очекивано, међу њима су сви васпитачи у узорку. За разлику од васпитача, одговори водитеља случаја нису тако уједначени у погледу времена које проводе са клијентима. Око трећине испитаника из ове групе половину радног времена посвети раду са клијентима, а 8,9% тих стручњака сарађује са клијентима мање од половине радног времена.

*Сменски рад* (било да представља уобичајену активност или се одвија понекад) упражњава нешто више од половине испитаника (52,6%), и то су махом они који су запослени у ЦЗОДО и Прихватилиштима.

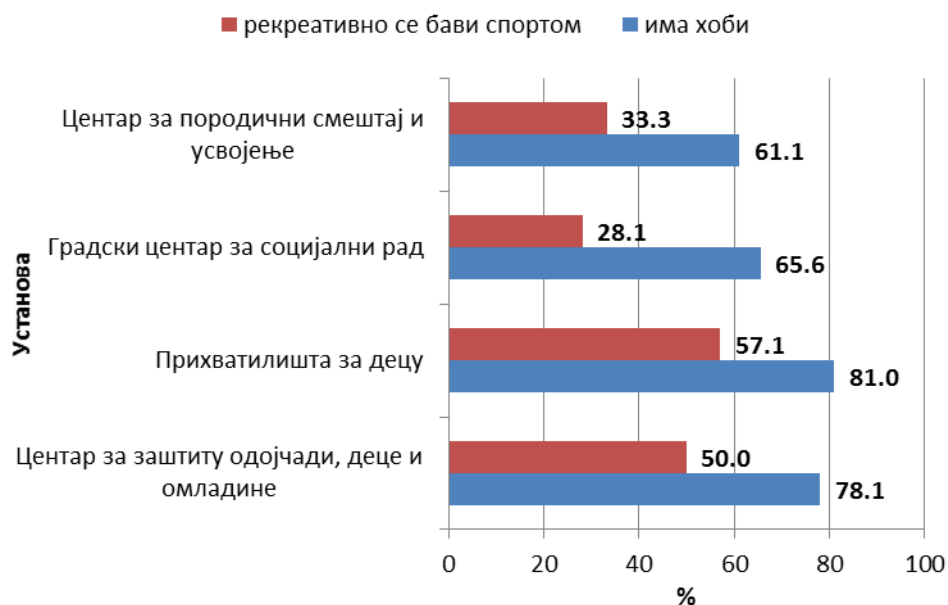
*Рад викендом* (барем једном месечно) упражњава око 40% испитаника, и углавном се ради о запосленима у ЦЗОДО и Прихватилиштима.

„Закон о социјалној заштити прописује услуге неодложних интервенција као услуге Центра за социјални рад, које подразумевају 24 часовно дежурство ЦСР и које упућују ЦСР на мултисекторску, односно међуресорну сарадњу. Истовремено, подаци говоре о паду броја неодложних интервенција у Београду, што није очекиван податак, јер Београд покрива,отприлике, једну трећину у становништва Србије.“ (2015а:34). *Дежурство* у виду 24-часовне доступности на позив је нешто што је карактеристично за више од половине испитаног узорка (55,6%).

На питање: „*Да ли имате хоби?*“, 70,4% испитаника је одговорило потврдно, док нешто мањи број испитаника – 61,5% практикује и *рекреативно бављење спортом*.

Посматрано по установама (**Графикон 6**), може се уочити да у свакој установи већи број испитаника има хоби, него што се рекреативно бави неким спортом. Већина испитаника у Прихватилиштима и ЦЗОДО има одређени хоби. Око половине запослених у две наведене установе практикује рекреативно бављење спортом, док је то случај са мањим бројем запослених у ЦСР и ЦПСУ.

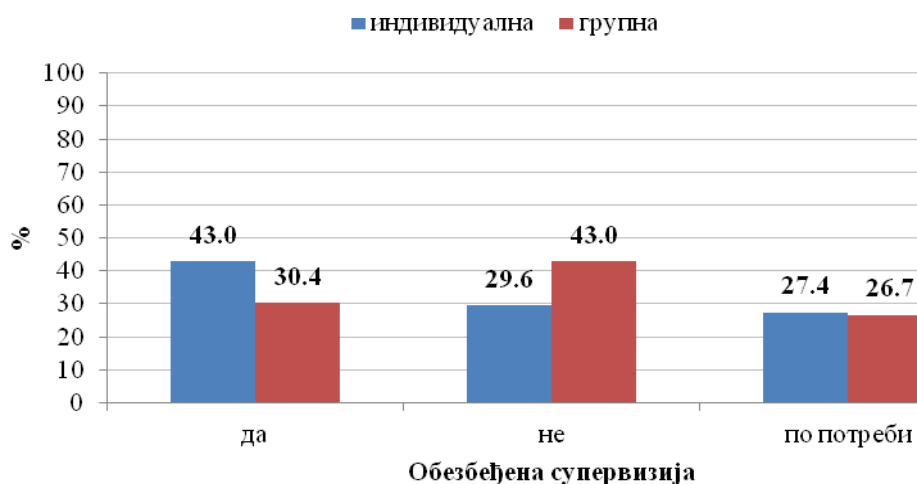
**Графикон 6. Распореда запослених у различитим установама према томе да ли имају хоби и рекреативно се баве спортом**



Велики број одсуствовања са посла и дугачка одсуствовања са посла могу бити један од показатеља присуства чинилаца синдрома изгарања на послу. Резултати показују да је половина испитаника у последња три месеца **одсуствовала са посла**, било да је разлог годишњи одмор, боловање или нешто друго. Половина тих одсуства се односила на период од 1 до 5 дана (48,5%), а по четвртина на период од 6 до 10 дана, односно преко 10 дана.

Једно од питања у упитнику се односило на **обезбеђеност индивидуалне и групне супервизије**. Увидом у **Графикон 7** можемо да закључимо да је нешто „боља ситуација“ када је реч о индивидуалној супервизији (43% испитаника наводи да је има), за разлику од групне супервизије (30,4%). Без обзира на врсту супервизије, она се, уколико постоји потреба, једнако организује у око 27% случајева.

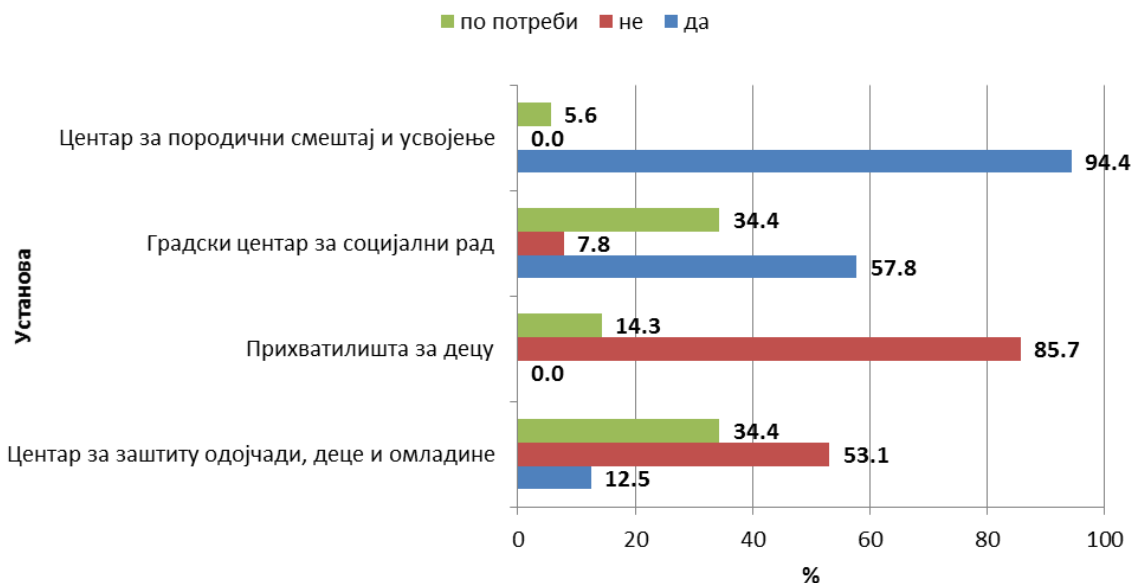
**Графикон 7. Обезбеђена индивидуална/групна супервизија на целокупном узорку**



Увидом у **Графикон 8** уочава се да је индивидуална супервизија у различитој мери обезбеђена запосленима, зависно од установе у којој раде. Наиме, готово сви запослени у ЦПСУ имају обезбеђену индивидуалну супервизију, док то уопште није случај са запосленима у Прихватилиштима. У ГЦСР према виђењу запосленик, преовлађују одговори да је запосленима углавном обезбеђена индивидуална супервизија, док у ЦЗОДО то није случај. Ипак, у обе наведене установе, трећина запослених сматра да ако се укаже потреба за индивидуалном супервизијом, да она ће им бити обезбеђена.

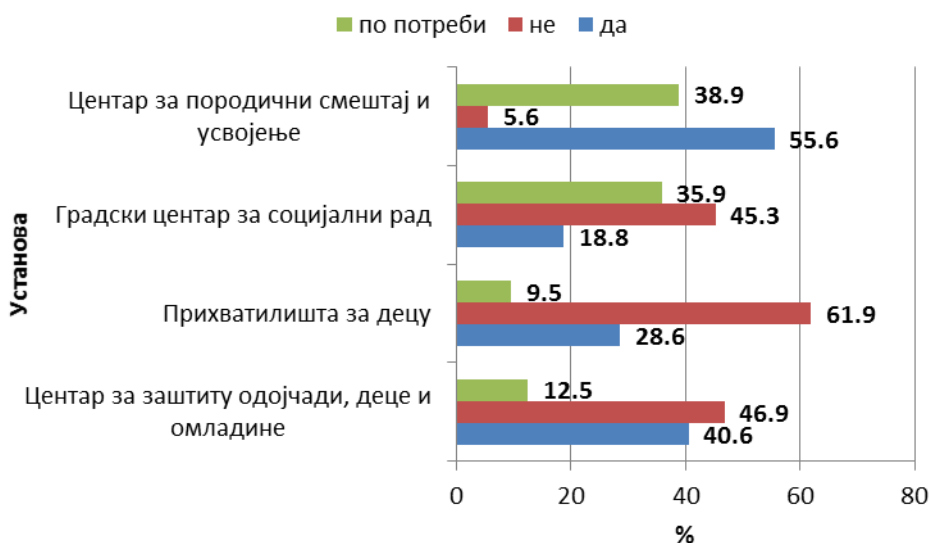


**Графикон 8. Обезбеђена индивидуална супервизија по установама**



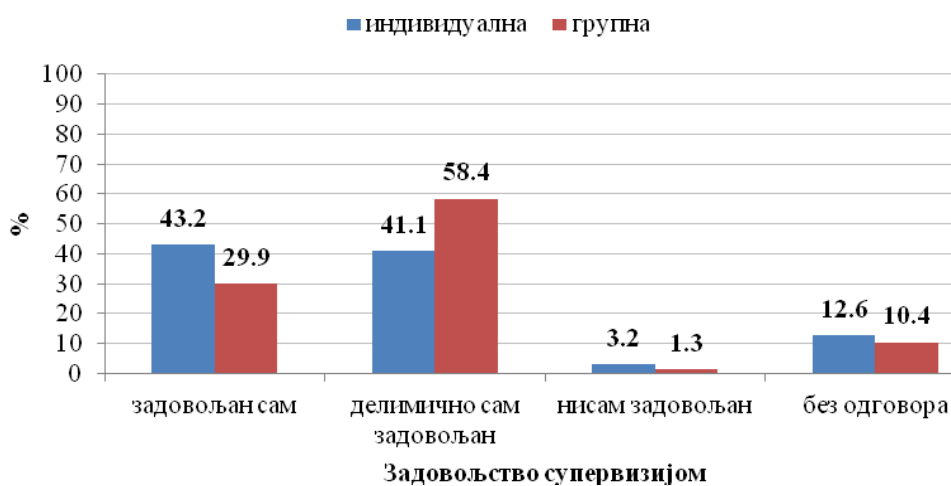
Када је реч о групној супервизији, увидом у Графикон 9 се уочава да су и по овом питању у најповољнијем положају запослени у ЦПСУ, где половина њих има обезбеђену групну супервизију, а остали је имају по потреби. У осталим установама највећи број запослених наводи да нема обезбеђену ову врсту супервизије. Ипак, групну супервизију има 40,6% запослених у ЦЗОДО, 28,6% запослених у Прихватилиштима, док трећина запослених у ЦСР има групну супервизију ако за њом постоји потреба.

**Графикон 9. Обезбеђена групна супервизија по установама**



Испитаници који су на претходно питање одговорили са „да“ и „по потреби“ су имали прилику да изразе *степен задовољства добијеном супервизијом*. Графикон 10 приказује њихове одговоре.

**Графикон 10. Степен задовољства индивидуалном/групном супервизијом на целокупном узорку**



Иако је, процентуално гледано, веома сличан број оних испитаника који су задовољни и делимично задовољни обезбеђеном супервизијом било да се ради о индивидуалној или групној (око 85%), ипак нешто већи број испитаника наводи

да је задовољнији индивидуалном (43,2%) у односу на групну супервизију (29,9%).

**Табела 6** даје увид да су запослени углавном задовољни индивидуалном супервизијом, посебно када се ради о запосленима у ЦПСУ. У прихватилиштима за децу процентуално исти број одговорио је да су и задовољни и делимично задовољни супервизијом и оних који нису одговорили на ово питање. У ЦЗОДО исти је провент задовољних супервизијом и оних који нису дали одговор. У ГЦСР доминирају они који су само делимично задовољни индивидуалном супервизијом. Око 12% је оних који нису задовољни супервизијом и који се нису изјаснили на ово питање.

**Табела 6. Степен задовољства индивидуалном супервизијом запослених у различитим установама**

Установа	%			
	задовоља н сам	делимично сам задовољан	нисам задовоља н	без одговора
ЦЗОДО	<b>40,0</b>	20,0	0,0	<b>40,0</b>
Прихватилишта за децу	33,3	33,3	0,0	<b>33,3</b>
ГЦСР	39,0	<b>49,2</b>	5,1	6,7
ЦПСУ	<b>61,1</b>	33,3	0,0	5,6

Када је реч о групној супервизији, највећи број запослених из свих установа је делимично задовољан, како показује **Табела 7**.

**Табела 7. Степен задовољства групном супервизијом запослених у различитим установама**

Установа	%			
	задовоља н сам	делимично сам задовољан	нисам задовоља н	без одговора
ЦЗОДО	35,3	<b>47,1</b>	0,0	17,6
Прихватилишта за децу	25,0	<b>62,5</b>	0,0	12,5
ГЦСР	34,3	<b>57,1</b>	2,9	5,7
ЦПСУ	17,6	<b>70,6</b>	0,0	11,8

Испитаници су имали могућност да наведу *о чему би желели да разговарају са супервизором*. Од укупног броја испитаника, половина је одговорила на питање. Одговори се могу сврстати у неколико категорија:

- о унапређењу услова рада,
- о методама, процедурама и стандардима стручног рада,
- о нечему што би ме психички растеретило,
- о мом доживљају посла и мојим осећањима у вези са клијентима и случајевима и
- нешто друго.

Судећи према одговорима испитаника, највећи број њих (60%) има потребу да са супервизором разговара о методама, процедурама и стандардима стручног рада. Око једне петине испитаника жели да разговара о доживљају посла и осећањима у вези са клијентима и случајевима. Нешто мање од 10% испитаника сматра релевантном темом унапређење услова рада. Изузетно низак проценат испитаника (тек 1,5%) има потребу да комуницира са супервизором у циљу психичког растерећења, а 7,4% испитаника наводи одговоре који се не могу уврстити у набројане категорије. Одговори једанаест испитаника су били обухватнији, те су се морали сврстати у две, односно три категорије одговора, а

међу њима је било: седам одговора који су се тicali доживљаја посла и личних осећања, четири одговора која су се односила на методе, процедуре и стандарде стручног рада и један одговор који се односио на психичко растерећење.

Посматрано по установама, највећи број запослених у ЦЗОДО и у Прихватилиштима има потребу да са супервизором разговара о доживљају посла и осећањима у вези са клијентима и случајевима, а затим и о методама, процедурама и стандардима стручног рада. Нешто мањи број запослених у ове две установе би са супервизором желео да разговара о унапређењу услова рада. За запослене у ГЦСР и ЦПСУ убедљиво најважније теме о којима имају потребу да разговарају са супервизором су оне које се односе на методе, процедуре и стандарде стручног рада. Поред тога, мањи део запослених у ГЦСР рад наводи да би са супервизором разговарао о доживљају посла и осећањима у вези са клијентима и случајевима, као и о садржајима који би довели до психичког растерећења. Са друге стране, део запослених у као важну тему за разговор са супервизором наводи унапређење услова рада.

### **6.2.2. СВИ упитник**

Синдром изгарања је мерен *СВИ* упитником који садржи 19 ставки. Овај упитник садржи три подскеле које мере: Синдром изгарања на личном нивоу (6 ставки), Синдром изгарања у вези са послом (7 ставки) и Синдром изгарања у вези са клијентима (6 ставки). Испитаници одговарају на петостепеној Ликертовој скали, која је конвертована на скалу од 0 до 100 бодова. Укупан скор испитаника на скали представља аритметичку средину скорова на појединачним ставкама.

У циљу провере поузданости подскела, израчунат је Кронбахов алфа коефицијент. Он омогућава испитивање унутрашње конзистентности скале, тј. степен сродности ставки од којих се скала састоји. Величина овог коефицијента нам говори да ли све ставке једног инструмента мере исти конструкт. Без обзира на мали број ставки по подскалама (вредности овог коефицијента су веома осетљиве на мали број ставки – испод 10), установљено је да све подскеле имају задовољавајућу конзистентност (подскала Синдром изгарања на личном нивоу –

0,88, подскала Синдром изгарања у вези са послом – 0,89 и подскала Синдром изгарања у вези са клијентима – 0,89), што показује **Табела 8**.

**Табела 8. Кронбах алфа коефицијенти подскала СВИ упитника**

Подскала	Cronbach's Alpha	Број ставки
Синдром изгарања на личном нивоу	0,88	6
Синдром изгарања у вези са послом	0,89	7
Синдром изгарања у вези са клијентима	0,89	6

**Табела 9** приказује дескриптивне статистичке показатеље подскала *СВИ* упитника. Увидом у резултате, може се уочити да подскала Синдром изгарања на личном нивоу има највећу аритметичку средину ( $AS=52,13$ ), док подскала Синдром изгарања у вези са клијентима има најмању ( $AS=43,95$ ), али је важно истаћи да је вредност стандардне девијације на све три подскеале изузетно висока.

**Табела 9. Дескриптивни статистички показатељи подскала СВИ упитника**

Подскала	N	Min	Max	AS	SD
Синдром изгарања на личном нивоу	135	16,67	79,17	52,13	15,33
Синдром изгарања у вези са послом	135	0,00	89,29	48,62	17,79
Синдром изгарања у вези са клијентима	135	0,00	91,67	43,95	18,85

N – број испитаника, Min – минимум, Max – максимум, AS – аритметичка средина, SD – стандардна девијација

У овом делу анализе резултата процењени су параметри релативне учесталости на појединим ставкама подскала (Синдром изгарања на личном

нивоу, Синдром изгарања у вези са послом, Синдром изгарања у вези са клијентима) СВИ упитника.

**Табела 10. Степен слагања испитаника са ставкама подскеале Синдром изгарања на личном нивоу (изражен у процентима, %)**

Синдром изгарања на личном нивоу	%				
	увек	често	понекад	ретко	никад
Колико често осећате умор?	0,0	<b>57,0</b>	37,8	5,2	0,0
Колико сте често физички исцрпљени?	0,0	<b>46,7</b>	43,0	10,4	0,0
Колико сте често емотивно исцрпљени?	1,5	<b>45,2</b>	37,8	13,3	2,2
Колико често помислите „Ја овако више не могу“?	0,0	29,6	<b>37,8</b>	26,7	5,9
Колико често осећате потпуни умор?	0,0	23,7	35,6	<b>36,3</b>	4,4
Колико често осећате слабост и имате осећај да ћете се разболети?	0,0	12,6	<b>42,2</b>	40,7	4,4

Индикативан је податак да, када је реч о Синдрому изгарања на личном нивоу, чак половина испитаника изјављује да често осећа умор, као и физичку и емотивну исцрпљеност, како приказује **Табела 10**.



**Табела 11. Степен слагања испитаника са ставкама подскеале Синдром изгарања у вези са послом (изражен у процентима, %)**

Синдром изгарања у вези са послом	%				
	увек	често	понекад	ретко	никад
Да ли се осећате исцрпљено на крају радног дана?	8,1	<b>43,7</b>	40,0	7,4	0,7
Да ли сама помисао на још један радни дан код Вас ствара осећај умора?	3,0	25,2	<b>43,7</b>	20,0	8,1
Да ли на послу сваког минута осећате умор?	0,0	8,9	31,1	<b>38,5</b>	21,5
Да ли у слободно време имате довољно енергије за пријатеље и породицу?	0,0	5,9	32,6	<b>41,5</b>	20,0
	<b>у веома великој мери</b>	<b>у великој мери</b>	<b>донекле</b>	<b>у малој мери</b>	<b>у веома малој мери</b>
Да ли Вас посао емотивно исцрпљује?	8,9	37,0	<b>40,7</b>	11,9	1,5
Да ли осећате да је Ваш посао узрок Вашег изгарања?	14,8	<b>34,8</b>	30,4	15,6	4,4
Да ли Вас посао фрустрира?	5,2	15,6	<b>48,9</b>	18,5	11,9

Када је реч о Синдрому изгарања у вези са послом, доминантан налаз је онај о осећању умора и емотивне исцрпљености код испитаника као последице рада - око 90% испитаника је на ово питање одговорило са: увек (у веома великој мери), често (у великој мери) или понекад (донекле). О степену изгарања сведочи и следеће: сама помисао на још радни дан за четвртину испитаника често изазива осећај умора. Око 60% испитаника наводи да у слободно време нема довољно енергије за пријатеље и породицу. Трећина испитаника сматра да је посао у великој мери узрок њиховог изгарања, а чак половина наводи да их посао донекле фрустрира.

О изузетно израженом осећању умора сведоче и резултати на подскали Синдром изгарања у вези са клијентима, што је у складу са налазима на осталим субскалама упитника. Наиме, уочава се да око 75% испитаника осећа умор од рада са клијентима и изражава своју сумњу у погледу способности за даље обављање овог посла. Није занемарљив ни налаз да је за нешто више од 40% испитаника у великој мери или донекле тешко да раде са клијентима или их то фрустрира. Један од могућих разлога оваквог става се може објаснити добијеним налазом да 16% испитаног узорка процењује да рад са клијентима у великој мери црпе сву енергију уз њих. Посебно пажњу треба обратити на чињеницу да око 30% испитаника сматра да више дају него што добију у раду са клијентима (одговори у категорији „увек“, „у великој мери“).

**Табела 12. Степен слагања испитаника са ставкама подскеале Синдром изгарања у вези са клијентима (изражен у процентима, %)**

Синдром изгарања у вези са клијентима	%				
	увек	често	понекад	ретко	никад
Да ли сте уморни од рада са клијентима?	0,0	31,9	<b>49,6</b>	13,3	5,2
Да ли се понекад запитате колико дуго ћете још моћи да радите овај посао?	5,2	33,3	<b>40,7</b>	14,1	6,7
	<b>у веома великој мери</b>	<b>у великој мери</b>	<b>донекле</b>	<b>у малој мери</b>	<b>у веома малој мери</b>
Да ли Вам је тешко да радите са клијентима?	0,0	8,9	<b>38,5</b>	34,8	17,8
Да ли Вас фрустрира рад са клијентима?	0,7	7,4	<b>36,3</b>	34,1	21,5
Да ли рад са клијентима црпе сву енергију из Вас?	1,5	16,3	<b>42,2</b>	26,7	13,3
Да ли Вам се чини да више дајете него што добијате када радите са клијентима?	5,9	25,2	<b>37,8</b>	19,3	11,9

### 6.2.3. ProQOL упитник

*ProQOL* упитник мери професионални квалитет живота и садржи 30 ставки. Овај упитник садржи три подскеале које мере: Саосећајно задовољство (10

ставки), Синдром изгарања (10 ставки) и Секундарни трауматски стрес (10 ставки). Испитаници одговарају на петостепеној Ликертовој скали која је за потребе анализе конвертована у стандардизоване скорове, тако да просечан скор на скали износи 50, а стандардна девијација 10. Ставке које припадају подскали Синдром изгарања, а које су позитивно конотирани (1,4,15,17 и 29) су за потребе статистичке анализе рекодирани (обрнуте).

У циљу провере поузданости подскала, израчунат је Кронбахов алфа коефицијент. Без обзира на мали број ставки по подскалама, установљено је да све подскеле имају задовољавајућу конзистентност (подскала Саосећајно задовољство – 0,87, подскала Синдром изгарања – 0,78 и подскала Секундарни трауматски стрес – 0,77), што показује **Табела 13**.

**Табела 13. Кронбах алфа коефицијенти подскала *ProQOL* упитника**

Подскала <i>ProQOL</i> упитника	Cronbach's Alpha	Број ставки
Саосећајно задовољство	0,87	10
Синдром изгарања	0,78	10
Секундарни трауматски стрес	0,77	10

**Табела 14** приказује дескриптивне статистичке показатеље подскала *ProQOL* упитника. Скјунис показује асиметрију расподеле, позитивне вредности показују да је већина добијених резултата лево од средњих вредности, међу мањим вредностима, док негативне вредности асиметрије показују да је већина резултата десно од средње вредности, међу већим вредностима. Куртозис указује на то колико је расподела лептокуртична „шиљатија“ или платикуртична „спљоштенија“ од нормалне. Позитивне вредности куртозиса показује да је расподела лептокуртична (‘шиљатија’ од нормалне, што указује да има више резултата нагомиланих око центра расподеле).

**Табела 14. Дескриптивни статистички показатељи подскала ProQOL  
упитника**

	Стандардизовани скор		
	Саосећајно задовољство	Синдром изгарања	Секундарни трауматски стрес
N	135	135	135
AS	50	50	50
SEoM	0,86	0,86	0,86
SD	10	10	10
SKE	-0,19	-0,20	0,25
KURT	0,28	0,43	0,34

N – број испитаника, AS – аритметичка средина, SEoM - стандардна грешка аритметичке средине, SD – стандардна девијација, SKE – скујунис, KURT - куртозис

У овом делу анализе резултата, процењени су параметри релативне учесталости на појединим ставкама подскала (Саосећајно задовољство, Синдром изгарања, Секундарни трауматски стрес) *ProQOL* упитника.

**Табела 15. Степен слагања испитаника са ставкама подскеале Саосећајно  
задовољство (изражен у %)**

Подскала Саосећајно задовољство	%				
	никад	ретко	понекад	често	врло често
Задовољство ми је што могу да помогнем људима.	1,48	0,74	11,85	<b>48,89</b>	37,04
Осећам се испуњено након рада са људима којима помажем.	1,48	6,67	29,63	<b>48,15</b>	14,07
Волим свој посао.	2,22	2,96	25,19	<b>45,19</b>	24,44
Задовољан/на сам начином на који примењујем технике у раду и како излазим на крај са администрацијом.	2,22	11,11	36,30	<b>45,93</b>	4,44
Посао ми пружа задовољство.	0,74	8,15	<b>45,93</b>	37,78	7,41
Ја имам позитивне ставове и осећања према онима којима помажем и начину на који им помажем.	0,00	1,48	16,30	<b>65,19</b>	17,04
Верујем да могу нешто да променим својим радом.	1,48	11,85	39,26	<b>40,74</b>	6,67
Поносим се оним што могу да урадим.	0,74	8,89	32,59	<b>43,70</b>	14,07
Мислим да сам успешан/а као помагач.	0,74	0,74	28,89	<b>59,26</b>	10,37
Срећан/на сам што сам изабрао/ла овај посао.	1,48	9,63	32,59	<b>40,74</b>	15,56

Када је у питању подскала Саосећајно задовољство, генерално гледано, највећи број одговора испитаника је груписан у категорије са десне стране скале („често“ и „врло често“) које изражавају позитивна осећања и ставове у вези са

послом који обављају. За преко 80% испитаника представља задовољство што могу да помогну људима и наводе да имају позитивне ставове и осећања према онима којима пружају помоћ. Са друге стране, преко 10% испитаника је ретко задовољно начином на који примењују технике у раду и излазе на крај са администрацијом и изражава сумњу у то да могу нешто да промене својим радом.

**Табела 16. Степен слагања испитаника са ставкама подскеале Синдром изгарања (изражен у процентима, %)**

Подскала Синдром изгарања	%				
	никад	ретко	понекад	често	врло често
Ја сам срећан/на.	0,00	2,22	24,44	<b>57,04</b>	16,30
Осећам да сам повезан-а са другим људима.	1,48	3,70	19,26	<b>59,26</b>	16,30
Моја продуктивност на послу трпи због недостатка сна, који је настао као последица рада са трауматизованим клијентом.	24,44	<b>41,48</b>	31,11	1,48	1,48
Осећам се заглављено у мом послу помагача.	11,11	24,44	<b>49,63</b>	11,85	2,96
Имам уверења која ме одржавају у послу.	1,48	1,48	17,78	<b>60,00</b>	19,26
Ја сам особа баш онаква каква сам одувек желео/ла да будем.	0,00	2,96	39,26	<b>51,11</b>	6,67
Осећам се истрошено због мог посла.	2,96	21,48	<b>46,67</b>	22,22	6,67
Осећам се преплављено, јер се мом послу не види крај.	3,70	20,74	<b>39,26</b>	24,44	11,85
Осећам да ме систем спутава.	2,22	8,15	<b>34,81</b>	31,85	22,96
Ја сам веома брижна особа.	0,00	0,00	14,81	<b>68,89</b>	16,30

Нешто више од трећине испитаника често или врло често описују себе као срећне и брижне особе, које су повезане са другим људима и имају уверења која их одржавају у послу. Са друге стране, симптоматично је да чак трећина испитаника наводи да је понекад мање продуктивна на послу због недостатка сна који је изазван радом са трауматизованим клијентима. Такође, посебну пажњу треба усмерити на налазе који говоре у прилог томе да се око две трећине



испитаника осећа заглављено у послу помагача (понекад, често или врло често). Око трећине испитаника се често или врло често осећа истрошено и преплављено због обима посла, а преко половине њих мисли да их систем спутава.

**Табела 17. Степен слагања испитаника са ставкама подскеале Секундарни трауматски стрес (изражен у процентима, %)**

Подскала Секундарни трауматски стрес	%				
	никад	ретко	понекад	често	врло често
Више клијената заокупља моју пажњу.	0,00	2,22	38,52	<b>43,70</b>	15,56
На неочекиване звукове, трзам се и скачем.	11,11	<b>50,37</b>	29,63	6,67	2,22
Тешко ми је да одвојим приватни живот од пословног.	14,07	31,11	<b>44,44</b>	9,63	0,74
Мислим да су можда некада на мене утицала трауматична искуства клијената.	9,63	33,33	<b>52,59</b>	4,44	0,00
Због мог помагачког посла, осећам се на рубу живаца по питању разних ствари.	19,26	30,37	<b>42,96</b>	6,67	0,74
Осећам се депресивно због трауматичних искустава клијената.	22,96	<b>38,52</b>	35,56	2,22	0,74

Подскала Секундарни трауматски стрес	%				
	никад	ретко	понекад	често	врло често
Осећам се као да проживљавам трауматична искуства мојих клијената.	17,04	<b>48,15</b>	31,85	2,22	0,74
Избегавам одређене активности или ситуације, јер ме подсећају на заstraшујућа искуства клијената.	34,81	<b>45,19</b>	15,56	2,96	1,48
За последицу рада са клијентима, имам изненадно појављивање заstraшујућих мисли.	<b>45,19</b>	37,78	14,07	2,22	0,74
Не сећам се битних делова мог рада са трауматизованим клијентима.	16,30	<b>53,33</b>	25,19	5,19	0,00

Што се тиче секундарног трауматског стреса, за највећи број испитаника рад са трауматизованим особама није оставио већег трага на њихово психичко функционисање. Међутим, не треба занематрити податак који говори о томе да трећина испитаника наводи да се понекад осећа депресивно због трауматичних искустава клијената са којима раде, а око половине њих има проблем да направе дистинкцију између приватног и пословног и да имају утисак да су се можда некада негативна искуства клијената одразила на њих.

#### 6.2.4. ТАБС упитник

*ТАБС* (у даљем тексту *TABS*) упитник мери трауматско искуство и ефекте Викаријске трауме и садржи 84 ставке. Овај упитник садржи 10 подскала које

мере: Сигурност у себе (13 ставки), Сигурност других (8 ставки), Поверење у себе (7 ставки), Поверење у друге (8 ставки), Самопоштовање (9 ставки), Поштовање других (8 ставки), Личну интиму (7 ставки), Интиму других (8 ставки), Самоконтролу (9 ставки) и Контролу других (7 ставки).

Испитаници одговарају на шестостепеној Ликертовој скали која је за потребе анализе конвертована у стандардизоване скорове. Укупан скор представља збир сирових скорова на појединачним подскала. Затим се тај укупан скор стандардизује, тако да просечан скор на скали износи 50, а стандардна девијација 10. За потребе статистичке анализе, 23 ставке које су биле позитивно формулисане су рекодирани (обрнуте).

У циљу провере поузданости подскала и скале у целини, израчунат је Кронбахов алфа коефицијент. Скала у целини има добру унутрашњу конзистеност (0,93), међутим, већина подскала има коефицијент испод 0,70 што се сматра доњим прагом прихватљивости. Може се закључити да димензије скале нису хомогене, а коефицијент варира од 0,57 (подскала Лична интима) до 0,72 (подскала Интима других). Један од разлога недозвољено ниског алфа коефицијента сигурно лежи у недовољном броју ставки по подскалама.

**Табела 18. Кронбах алфа коефицијенти подскала TABS упитника**

Подскала TABS упитника	Cronbach's Alpha	Број ставки
Укупан скор	0,93	84
Сигурност за себе	0,65	13
Сигурност других	0,66	8
Поверење у себе	0,61	7
Поверење у друге	0,71	8
Самопоштовање	0,69	9

Подскала TABS упитника	Cronbach's Alpha	Број ставки
Поштовање других	0,63	8
Лична интима	0,57	7
Интима других	0,72	8
Самоконтрола	0,67	9
Контрола других	0,67	7

Табела 19 приказује дескриптивне статистичке показатеље скале *TABS* упитника. Скјунис показује асиметрију расподеле, позитивна вредности показује да је већина добијених резултата лево од средњих вредности, међу мањим вредностима. Куртозис указује на то колико је расподела лептокуртична „шиљатија“ или платикуртична „спљоштенија“ од нормалне. Негативна вредност куртозиса показује да је расподела платикуртична (пљоснатија од нормалне, има више случајева на „реповима“).

**Табела 19. Дескриптивни статистички показатељи скале *TABS* упитника**

	Стандардизовани скор
N	135
AS	50
SEoM	0,86
SD	10
SKE	0,11
KURT	-0,34

N – број испитаника, AS – аритметичка средина, SEoM - стандардна грешка аритметичке средине, SD – стандардна девијација, SKE – скујунис, KURT – куртозис

Због заштићених ауторских права издавача нисмо у могућности да прикажемо резултате за свако појединачно питање у одређеним подскалама, дозволу имамо да прикажемо само пет питања. Због тога ћемо за овај упитник прокоментарисати резултате по подскалама.

**Табела 20. Степен слагања са ставкама скале ТАБС упитника (Western Psychological Services, 2003)<sup>2</sup>**

ТАБС упитник	%					
	у потпуности се не слажем	не слажем се	делимично се не слажем	делимично се слажем	слажем се	у потпуности се слажем
Осећам празнину у себи кад сам сам-а	34,07	<b>51,85</b>	8,15	4,44	1,48	0,00
Не могу да престанем да бринем за безбедност других	16,30	<b>36,39</b>	14,81	22,96	8,15	1,48
Тешко ми је да доносим одлуке	9,63	<b>58,52</b>	14,07	17,04	0,74	0,00
Осећам се лоше када ми је потребна туђа помоћ	8,15	<b>45,19</b>	17,04	2,44	2,22	1,48
Нико ме заиста не познаје	37,04	<b>47,41</b>	3,70	8,89	0,00	0,74

<sup>2</sup> Sample items of the TABS copyright © 2003, by Western Psychological Services Reprinted by permission of the publisher, Western Psychological Services. Not to be reprinted in whole or in part for any additional purpose without the expressed, written permission of the publisher (rights@wpspublish.com). All rights reserved

Одговори испитаника на подскали *Сигурност у себе*, генерално узев, упућују на закључак да се испитаници осећају сигурно и да немају утисак да неко хоће да им науди. Ипак, треба напоменути да се око 35% испитаника тек делимично слаже са тим да верују да су безбедни док трећина испитаника наводи да се не осећа безбедно кад је сама. Такође, за око 45% испитаника свет је пун опасности.

Када је у питању подскала *Сигурност других*, испитаници имају утисак да је њихово окружење безбедно и да они ни на који начин својим поступцима не доводе своје ближње у опасност. Без обзира на ово, трећина испитаника наводи да непрестано брине за безбедност других „*Не могу да престанем да бринем за безбедност других*“ (*I can't stop worrying about other's safety*) (Western Psychological Services, 2003)<sup>3</sup>.

Анализом одговора испитаника на ставке подскале *Поверење у себе*, можемо закључити да испитаници имају задовољавајући степен поверења у себе и своје просуђивање. Око 15% испитаника сумња у себе и има проблема са доношењем одлука „*Тешко ми је да доносим одлуке*“ (*I have a hard time making decisions*) (Western Psychological Services, 2003)<sup>4</sup>.

Слична је ситуација и када су у питању резултати испитаника на подскали *Поверење у друге*, јер испитаници код тврдњи којима се изражава мањак поверења у друге, углавном бирају категорије одговора на левој страни скале које указују на неслагање. Оно што се издваја јесте чињеница да се нешто мање од петине испитаника делимично слаже са тврдњом: „*никоме се не може веровати*“ („*You can't trust anyone*“) (Pearlman et al., 1995:408). Поред тога, трећина испитаника се само делимично слаже са тим да могу да рачунају на помоћ других, уколико се за тим укаже потреба, а чак преко 40% испитаника сматра да људи не испуњавају своја обећања.

---

<sup>3</sup>.исто

<sup>4</sup> Sample items of the TABS copyright © 2003, by Western Psychological Services. Reprinted by permission of the publisher, Western Psychological Services. Not to be reprinted in whole or in part for any additional purpose without the expressed, written permission of the publisher (rights@wpspublish.com). All rights reserved

Анализом одговора испитаника подскали *Самопоштовање*, може се закључити да испитаници имају добро изражен осећај за самопоштовање и позитивно мишљење о себи. Наиме, они сматрају да заслужују да им се догађају добре ствари у животу и квалификују себе као добре особе.

У складу са претходним налазом (високо самопоштовање и слика о себи), испитаници слично процењују и друге. Другим речима, већина испитаника верује да су људи по својој природи добри, гаје симпатије и поштовање према њима. Око 75% испитаника се не слаже или се у потпуности не слаже са ставком да: „*Људи нису добри*“ (*"People are no good"*) (Pearlman et al., 2003a:3). Са друге стране, око 10% испитаника сматра да је већина људи деструктивно настројена према ономе до чега им је стало, а трећина сматра да је свет пун људи са душевним проблемима.

Одговори испитаника на подскали *Лична интима* сугеришу следеће: да испитаници умеју да изађу на крај са властитим негативним осећањима и да помогну себи, али указују и на амбивалентна осећања када је у питању време које проводе са самим собом. Наиме, иако наводе да не осећају празнину у себи када су сами „*Осећам празнину у себи кад сам сам-а*“, ипак око петина испитаника има изразито негативно осећања када су сами, а трећина се не радује времену које треба да проводи сами. (*I feel hollow inside when I am alone*) (Western Psychological Services, 2003)<sup>5</sup>

На основу одговора испитаника, стиче се утисак да се највећи број њих добро осећа у друштву других људи, као и да има осећај припадности и блискости. Међутим, скоро 10% њих истиче да осећају да их други не воле много и да имају утисак да их нико у суштини не познаје „*Нико ме заиста не познаје*“ (*No one really knows me*) (Western Psychological Services, 2003)<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Sample items of the TABS copyright © 2003, by Western Psychological Services. Reprinted by permission of the publisher, Western Psychological Services. Not to be reprinted in whole or in part for any additional purpose without the expressed, written permission of the publisher (rights@wpspublish.com). All rights reserved

<sup>6</sup> исто

Добијени налази указују да испитаници поседују задовољавајући степен *Самоконтроле*, и да могу да буду спонтани у понашању са другим људима. Међутим, нешто мање од 30% њих се осећа лоше када им је потребна туђа помоћ „*Осећам се лоше када ми је потребна туђа помоћ*“ (*I feel bad about myself when I need help*) (Western Psychological Services, 2003)<sup>7</sup> што можда указује на то да су навикли да се ослањају на сопствене капацитете и да тражење подршке, у њиховом вредносном систему, негативно говори о њима самима (да нису кадри да сами изађу на крај са проблемима). Такође, петина испитаника има проблем када треба да се опусти, што се можда може објаснити високим нивоом напетости и стреса којима су перманентно изложени на послу, као и израженом потребом за самоконтролом.

Највећи број одговора испитаника се налази у категорији „не слажем се“, што указује да већина испитаника указује на хармоничне односе да другим људима, који су лишени сукоба и међусобног неуважавања. За већину испитаника не представља проблем што је неко други вођа и, како наводе, та околност се не одражава негативно на квалитет обављеног посла. Ипак, петина испитаника се делимично слаже са тим да осећа извесну нелагоду кад је неко други вођа, а око 15% њих има утисак да други покушавају да их контролишу.

### 6.2.5. Провера хипотеза

*Хипотеза 1. Код једног броја запослених у социјалној заштити деце и омладине присутни су показатељи синдрома изгарања и викаријске трауме.*

Анализом *СВИ упитника* утврђено је присуство показатеља синдрома изгарања.

**Табела 21. Процент испитаника који имају изражен синдром изгарања**

Синдром изгарања на	Синдром изгарања у	Синдрому изгарања у
---------------------	--------------------	---------------------

<sup>7</sup> исто



личном нивоу	вези са послом	вези са клијентима
58% професионалаца	49% професионалаца	43% професионалаца

Као што видимо **Табела 21**, показује да се присуство синдрома изгарања на различитим нивоима код професионалаца у социјалној заштити деце и младих креће се између 43% и 58%. *Синдром изгарања на личном нивоу* који се дефинише као „ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености који је особа искусила“ пријавило је 58% професионалаца. *Синдром изгарања у вези са послом* који се дефинише као “ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености који професионалац доживљава у вези са послом“, пријавило је 49% професионалаца. *Синдрому изгарања у вези са клијентима*, карактерише „ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености који професионалац доживљава у вези рада са клијентима“, пријавило је 43% професионалаца. Као што смо видели, најзаступљенији облик синдром изгарања јесте на личном нивоу.

Резултати истраживања говоре да више од трећине испитаника има синдром изгарања на две подскеле.

**Табела 22. проценат испитаника са резултатима изгарања на две подскеле**

Изгарање на нивоима посао - клијенти	Изгарање на нивоима Клијенти – лични ниво	Изгарање на нивоима Лични ниво-посао
35%	34%	45%

Као што показује **Табела 22** убедљиво најчесталија комбинација синдром изгарања је изгарање на личном нивоу и на послу, и она је присутна код нешто мање од половине испитаника. Битан податак је да сваки трећи испитаник има изражен синдром изгарања на све три подскеле.

Анализом подскеле која мери *саосећајно задовољство ProQOL* упитника утврђено је да петина испитаника изражава задовољство послом и позицијом (задовољство које настаје услед способности појединца да буде продуктиван професионалац). Ипак, резултат значајног броја испитаника (око 20%) указује да

вероватно имају проблема са послом, у смислу да не осећају задовољство које настаје зато што су способни да добро раде свој посао и допринесу радном окружењу.

Анализом подскеале која мери *синдром изгарања ProQOL* упитника утврђено је да ниједан испитаник нема развијена позитивна осећања о томе да може бити продуктиван на послу. Са друге стране, 18% испитаника за себе мисли да су непродуктивни и имају већу вероватноћу сагоревања на послу. Дакле, чак петину испитаника карактерише осећање безнадежности узроковано бројним проблемима у вези са послом. Процент испитаника којима се поклапају резултати за *CBI* и *ProQOL* синдром изгарања на послу износи 24%.

Анализом подскеале која мери *секундарни трауматски стрес ProQOL* упитника утврђено је да је петини испитаника потребно додатно промишљање о послу и свом окружењу, као и разговор са супервизором о томе што их плаши.

Анализом *TABS* упитника утврђено је да око 15% испитаника има висок скор на скали која мери трауматско искуство и ефекте викаријске трауме. Дакле, ови испитаници имају нарушену слику о себи и другима која настаје као последица психолошке трауме или од секундарног излагања трауматском материјалу кроз саветодаван рад и друге видове помоћи који подразумевају успостављање односа са клијентом. Посматрано по подскалама, распон испитаника са високим скоровима се креће од 12,6% на подскалама Сигурност других и Поштовање других до 17,8% на подскали Самопоштовање и 19,2% на подскали Поверење у себе.

**Табела 23. Процент испитаника са високим скором на подскалама ТАБС упитника**

Назив подскеале	Процент испитаника са високим скором
Сигурност за себе	14,8
Сигурност других	12,6
Поверење у себе	19,2

Поверење у друге	14,8
Самопоштовање	17,8
Поштовање других	12,6
Лична интима	14,8
Интима других	16,3
Самоконтрола	14,1
Контрола других	15,1

Процент испитаника који истовремено има изражен синдром изгарања на послу на подскалама *CBI* и *ProQOL* и Викаријску трауму (*TABS* категорије висок и екстремно висок скор) износи 8,9% , а то је 12 испитаника.

***Хипотеза 2. Постоји разлика између присутности показатеља викаријске трауме и синдрома изгарања код запослених у различитим институцијама.***

Због неуједначеног броја запослених у различитим институцијама, није било оправдано испитивати разлике применом статистике закључивања, већ је коришћена дескриптивна статистика.

Анализом *CBI* упитника утврђено је да највиши ниво ***Синдрома изгарања на личном нивоу*** који се дефинише као „ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености који је особа искусила“ имају запослени у ГЦСР (78,1%). Половина запослених у ЦПСУ такође изражава симптоме изгарања, док нешто више од трећине запослених у остале две институције испољава симптоме.

Такође, највећи број запослених у ГЦСР (68,8%) има изражен ***Синдром изгарања у вези са послом*** који се дефинише као „ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености који професионалац доживљава у вези са послом“. Око трећине запослених у осталим установама има изражен овај синдром.

Нешто је другачија ситуација када је реч о *Синдрому изгарања у вези са клијентима* који се дефинише као „ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености који професионалац доживљава у вези рада са клијентима“, с обзиром на то да половина запослених у ГЦСР и Прихватилиштима има изражен синдром. У ЦЗОДО око трећине запослених има доживљај замора и исцрпљености, док је то случај са око 10% запослених у ЦПСУ.

Анализом подскеале која мери *Саосећајно задовољство ProQOL упитника* утврђено је да око 30% испитаника запослених у: ЦЗОДО, Прихватилиштима и ЦПСУ изражава задовољство послом и позицијом (задовољство које настаје услед способности појединца да буде продуктиван професионалац). У ЦПСУ нема испитаника чији би резултат на овој субскали указивао на евентуално постојање проблема у вези са послом. Са друге стране, 35% запослених у ГЦСР указује да вероватно имају проблема са послом, у смислу да не осећају задовољство које настаје зато што су способни да добро раде свој посао и допринесу радном окружењу, што је случај са око 15% испитаника у ЦЗОДО и 20% њих у Прихватилиштима.

Анализом подскеале која мери *Синдром изгарања ProQOL упитника* утврђено је да скоро половина запослених у ГЦСР мисли да су непродуктивни и имају већу вероватноћу сагоревања на послу, што је случај и са око 20% запослених у Прихватилиштима. Мање од 10% запослених у ЦЗОДО и ЦПСУ карактерише осећање безнадежности узроковано бројним проблемима у вези са послом.

**Табела 24. Број испитаника на подскалама ProQOL упитника у односу на њихову припадност одговарајућој категорији**

Установа	Скор на подскали саосећајно задовољство	Скор на подскали синдром изгарања	Скор на подскали секундарни трауматск и стрес

	испо д 43	од 43 до 57	прек о 57	испо д 18	од 18 до 57	прек о 57	испо д 57	пре ко 57
ЦЗОДО	5	17	10	0	30	2	28	4
Прихвати лишта	4	10	7	1	16	4	17	4
ГЦСР	23	31	10	0	36	28	43	21
ЦПСУ	0	13	5	0	17	1	18	0

Анализом подскеале која мери *Секундарни трауматски стрес ProQOL* *упитника* утврђено је да је трећини запослених у ГЦСР потребно додатно промишљање о послу и свом окружењу, као и разговор са супервизором о томе што их плаши, што је случај и са око 20% запослених у Прихватилиштима и око 10% запослених у ЦЗОДО.

Анализом *TABS* *упитника* утврђено је да око 20% испитаника који раде у ГЦСР имају екстремно висок или врло висок скор на скали која мери трауматско искуство и ефекте викаријске трауме. Око 15% испитаника запослених у ЦЗОДО имају врло висок скор, док је то случај са око 10% запослених у Прихватилиштима. Испитаници из ЦПСУ не манифестују трауматско искуство и ефекте викаријске трауме. Дакле, ови испитаници имају нарушену слику о себи и другима која настаје као последица психолошке трауме или од секундарног излагања трауматском материјалу кроз саветодавни рад и друге видове помоћи који подразумевају успостављање односа са клијентом.

За потребе анализе, запослени су, према установама у којима раде, груписани на следећи начин – једну чине они који раде у ГЦСР (64), а другу сви остали (71). Да би се утврдило да ли постоје разлике између запослених у ГЦСР и запослених у другим установама у погледу присуства показатеља Синдрома изгарања на личном нивоу, коришћен је Хи квадрат ( $\chi^2$ ) тест. Табела бр. 29 показује да се ове две групе испитаника разликују у погледу испитиваног

обележја ( $\chi^2=19,271$ ,  $df=1$ ,  $N =135$ ,  $p=0,000$ ). Наиме, запослени у ГЦСР у већој мери имају изражен синдром изгарања на личном нивоу, него што је то случај са испитаницима запосленим у другим установама.

**Табела 25. Хи квадрат ( $\chi^2$ ) тест разлика у изражености Синдрома изгарања на личном нивоу код запослених у ГЦСР и другим установама**

Установа	N	Присуство синдрома изгарања на личном нивоу		$\chi^2$	p
		није изражен	изражен		
ГЦСР	64	14	50	19,271	0,000
Друге установе	71	42	29		
Укупно	135	56	79		

Да би се утврдило да ли постоје разлике између запослених у ГЦСР и запослених у другим установама у погледу присуства показатеља *Синдрома изгарања у вези са послом*, коришћен је  $\chi^2$  тест. Табела бр. 30 показује да се ове две групе испитаника разликују у погледу испитиваног обележја ( $\chi^2=17,796$ ,  $df=1$ ,  $N =135$ ,  $p=0,000$ ). Наиме, запослени у ГЦСР у већој мери имају изражен синдром изгарања у вези са послом, него што је то случај са испитаницима запосленим у другим установама.

**Табела 26. Хи квадрат ( $\chi^2$ ) тест разлика у изражености синдрома изгарања у вези са послом код запослених у ГЦСР и другим установама**

Установа	N	Присуство синдрома изгарања у вези са послом		$\chi^2$	p
		није изражен	изражен		
ГЦСР	64	20	44	17,796	0,000
Друге установе	71	48	23		
Укупно	135	68	67		

Да би се утврдило да ли постоје разлике између запослених у ГЦСР и запослених у другим установама у погледу присуства показатеља *Синдрома изгарања у вези са клијентима*, коришћен је  $\chi^2$  тест. Табела 26 показује да се ове две групе испитаника разликују у погледу испитиваног обележја ( $\chi^2=4,390$ ,  $df=1$ ,  $N=135$ ,  $p=0,036$ ). Наиме, запослени у ГЦСР у већој мери имају изражен синдром изгарања у вези са клијентима, него што је то случај са испитаницима запосленим у другим установама.

**Табела 27. Хи квадрат ( $\chi^2$ ) тест разлика у изражености синдрома изгарања у вези са клијентима код запослених у ЦСР и другим установама**

Установа	N	Присуство синдрома изгарања у вези са клијентима		$\chi^2$	p
		није изражен	изражен		
ГЦСР	64	30	34	4,390	0,036
Друге установе	71	46	25		
Укупно	135	76	59		

Анализом подскеале која мери *Саосећајно задовољство ProQOL* упитника утврђено је да двоструко већи проценат испитаника запослених у другим установама изражава задовољство послом и позицијом у односу на запослене у ГЦСР. Са друге стране, троструко већи проценат испитаника запослених у ГЦСР указује да вероватно има проблем са послом (у смислу да не осећају задовољство које настаје зато што су способни да добро раде свој посао и допринесу радном окружењу).



**Табела 28. Процент испитаника на подскали Саосећајно задовољство *ProQOL* упитника према установи**

Установа	Скор већи од 57	Скор мањи од 43
ГЦСР	15,6	35,9
Друге установе	31,0	12,7

Анализом подскеале која мери *Синдром изгарања ProQOL* упитника утврђено је да знатно више запослених у ГЦСР (43,8%) мисли да су непродуктивни и имају већу вероватноћу сагоревања на послу у односу на запослене у другим установама (9,9%).

**Табела 29. Процент испитаника на подскали Синдром изгарања *ProQOL* упитника према установи**

Установа	Скор мањи од 18	Скор већи од 57
ГЦСР	0,0	43,8
Друге установе	1,4	9,9

Анализом подскеале која мери *Секундарни трауматски стрес ProQOL* упитника утврђено је да три пута више запослених у ГЦСР има потребу за додатним промишљањем о послу и свом окружењу, као и разговором са супервизором о томе што их плаши, у односу на запослене у другим установама.

**Табела 30. Процент испитаника на подскали Секундарни трауматски стрес *ProQOL* упитника према установи**

Установа	Скор мањи од 57	Скор већи од 57
ГЦСР	67,2	32,8
Друге установе	88,7	11,3

Анализом **TABS** упитника утврђено је да петина запослених у ГЦСР има екстремно висок или врло висок скор на скали која мери трауматско искуство и ефекте Викаријске трауме; док је то случај са око 10% запослених у другим установама. Дакле, ови испитаници имају нарушену слику о себи и другима која настаје као последица психолошке трауме или секундарног излагања трауматском материјалу кроз саветовање и друге видове помоћи који подразумевају успостављање односа са клијентом.

На укупно седам подскала уочене су разлике у броју запослених са високим скоровима у корист запослених у ГЦСР. Разлике су најизраженије на подскали Поштовање других, а најмање на подскали Самопоштовање. На подскалама Поверење у себе и Лична интима је прилично уједначен број запослених из ових установа који бележе високе скорове. Само на подскали Сигурност других је већи проценат запослених у другим установама са високим скором.

**Табела 31. Процент испитаника са високим скором на подскалама ТАБС упитника**

Назив подскале	Установа	
	ГЦСР	Друга установа
Сигурност за себе	21,9	8,5
Сигурност других	10,9	14,1
Поверење у себе	18,8	19,7
Поверење у друге	20,3	9,9
Самопоштовање	20,3	15,5
Поштовање других	23,4	2,8
Лична интима	15,6	14,1
Интима других	25,0	8,5

Самоконтрола	21,9	7,0
Контрола других	18,8	12,7

***Хипотеза 3. Постоје разлике између присутности показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме код запослених унутар појединих институција, у зависности од радног места.***

За потребе анализе, а због веома шароликих радних места која су неједнако заступљена у узорку, груписана професионалаца направили смо на два начина. Прво смо груписали професионалце према степену сродности. На тај начин, формирано је 5 група. А на други начин смо формирали 2 групе, у којој једну групу чине запослени у ГЦСР, а у другој групи су професионалци из осталих установа.

- ***У првом делу анализираћемо поделу у којој имамо 5 група:***
  - I. прву групу чине професионалци који раде у установама за резиденцијални смештај и прихватилиштима, а нису васпитачи, већ су психолози, педагози, логопеди и социјални радници (16),
  - II. другу групу чине руководиоци службе у ГЦСР и супервизори из ГЦСР и ЦПСУ (16),
  - III. трећу групу чине реализатори едукативних програма за хранитеље и саветници за хранитељство из ЦПСУ (16),
  - IV. четврту васпитачи и медицинске сестре у установама за резиденцијални смештај и прихватилиштима (37) и
  - V. пету водитељи случаја у ГЦСР (50).

Због постојања изражених разлика у погледу величине група, није било оправдано испитивати их применом статистике закључивања, већ је коришћена дескриптивна статистика.

Анализом *СВИ* упитника утврђено је да највиши ниво *Синдрома изгарања на личном нивоу* који се дефинише као „ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености који је особа искусила“ имају водитељи случаја (80%) и супервизори и руководиоци служби (68,8%), док половина испитаника из треће групе манифестује симптоме изгарања.

Готово подједнак проценат запослених из друге и пете групе (око 70%) има изражен *Синдром изгарања у вези са послом* који се дефинише као „ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености који професионалац доживљава у вези са послом“, а око трећине запослених на осталим радним местима има изражен овај синдром.

Када је реч о *Синдрому изгарања у вези са клијентима* који се дефинише као „ниво физичког и психолошког замора и исцрпљености који професионалац доживљава у вези рада са клијентима“, највећу израженост овог синдрома показују супервизори и руководиоци службе (62,5%). Око половине испитаника из четврте и пете групе такође има доживљај замора и исцрпљености, док је то случај тек са око 10% запослених који пружају подршку хранитељским породицама.

**Табела 32. Процент испитаника са израженим Синдромом изгарања на подскалама СВИ упитника према радном месту**

Назив подскеале	Радно место – група				
	I психолози, педагози, логопеди и социјални радници;	II руководи оци службе и супервиз ори;	III реализатори едукативних програма за хранитеље и саветници за хранитељств о	IV васпитачи и медицинс ке сестре	V водителъ и случаја
Синдром изгарања на личном нивоу	<b>43,8</b>	<b>68,8</b>	<b>50,0</b>	35,1	<b>80,0</b>
Синдром изгарања у вези са послом	37,5	<b>68,8</b>	37,5	29,7	66,0
Синдром изгарања у вези са клијентима	37,5	62,5	12,5	<b>45,9</b>	48,0

Анализом подскеале која мери *Саосећајно задовољство ProQOL* упитника утврђено је да у првој групи испитаника у којој доминирају стручни сарадници готово половина изражава задовољство послом и позицијом (задовољство које настаје услед способности појединца да буде продуктиван професионалац), што је случај са око 20% испитаника из свих осталих група. Са друге стране, утврђено

је да око 30% водитеља случаја, супервизора и руководиоца указује да вероватно имају проблема са послом, у смислу да не осећају задовољство које настаје зато што су способни да добро раде свој посао и допринесу радном окружењу, док се са њима слаже изузетно мали проценат испитаника у првој групи (6,3%) и нико из треће групе.

**Табела 33. Процент испитаника на подскали Саосећајно задовољство *ProQOL* упитника према радном месту**

Радно место - група	Саосећајно задовољство	
	Задовољство послом и својом позицијом	Присутни проблема са послом
<b>I</b> - психолози, педагози, логопеди и социјални радници;	43,8	6,3
<b>II</b> - руководиоци службе и супервизори	25,0	31,3
<b>III</b> - реализатори едукативних програма за хранитеље и саветници за хранитељство	18,8	0,0
<b>IV</b> - васпитачи и медицинске сестре	27,0	21,6
<b>V</b> - водитељи случаја	16,0	36,0

Анализом подскеале која мери *Синдром изгарања ProQOL* упитника утврђено је да нешто више од 40% водитеља случаја, супервизора и руководиоца мисли да су непродуктивни и имају већу вероватноћу сагоревања на послу. Мали

број запослених из осталих група карактерише осећање безнадежности узроковано бројним проблемима у вези са послом.

**Табела 34. Процент испитаника на подскали Синдром изгарања ProQOL упитника према радном месту**

Радно место - група	Синдром изгарања	
	Развијена позитивна осећања и продуктивности на послу	Осећај непродуктивности на послу.
<b>I</b> - психолози, педагози, логопеди и социјални радници;	0,0	6,3
<b>II</b> - руководиоци службе и супервизори	0,0	43,8
<b>III</b> - реализатори едукативних програма за хранитеље и саветници за хранитељство	0,0	6,3
<b>IV</b> - васпитачи и медицинске сестре	2,7	13,5
<b>V</b> - водитељи случаја	0,0	42,0

Анализом подскеале која мери *Секундарни трауматски стрес ProQOL* упитника утврђено је да је трећини водитеља и четвртини супервизора и руководилаца потребно додатно промишљање о послу и свом окружењу, као и разговор са супервизором о томе што их плаши, што је случај и са мање од 20% запослених из прве и четврте групе. Запослени који пружају подршку

хранитељским породицама на овој подскали не испољавају секундарни трауматски стрес.

Анализом добијених резултата на *CBI* и *ProQOL* тесту кореспондирају међусобно. Они показују да су код чланова друге и пете групе, тј. руководиоца служби и супервизора са једне стране, те водитеља случаја са друге стране најприсутнији показатељи синдрома изгарања.

**Табела 35. Процент испитаника на подскали Секундарни трауматски стрес *ProQOL* упитника према радном месту**

Радно место - група	Секундарни трауматски стрес	
	Нема симптома секундарног трауматског стреса	Потребно утврдити шта је то на послу застрашујуће
<b>I</b> - психолози, педагози, логопеди и социјални радници;	87,5	12,5
<b>II</b> - руководиоци службе и супервизори	75,0	25,0
<b>III</b> - реализатори едукативних програма за хранитеље и саветници за хранитељство	100,0	0,0
<b>IV</b> - васпитачи и медицинске сестре	83,8	16,2
<b>V</b> - водитељи случаја	66,0	34,0

Анализом *TABS* упитника утврђено је да око 30% супервизора и руководиоца има екстремно висок или врло висок скор на скали која мери трауматско искуство и ефекте Викаријске трауме; око 15% водитеља случаја има екстремно висок или врло висок скор, док око 10% запослених из прве, треће и



четврте групе има врло висок скор на скали. Дакле, ови испитаници имају нарушену слику о себи и другима која настаје као последица психолошке трауме или од секундарног излагања трауматском материјалу кроз саветодавни рад и друге видове помоћи који подразумевају успостављање односа са клијентом. Запослени који пружају подршку хранитељским породицама на овој подскали не испољавају у великој мери трауматско искуство и ефекте викаријске трауме.

**Табела 36. Процент испитаника са високим скором на подскалама ТАБС  
упитника према радном месту**

Назив подскеале	Радно место - група				
	<b>I</b> психолози , педагози, логопеди и социјални радници;	<b>II</b> руковод иоци службе и суперви зори	<b>III</b> реализатори едукативних програма за хранитеље и саветници за хранитељство	<b>IV</b> васпита чи и медици нске сестре;	<b>V</b> водители случаја
Сигурност за себе	12,5	31,3	0,0	10,8	18,0
Сигурност других	18,8	15,5	0,0	18,9	10,0
Поверење у себе	12,5	31,3	25,0	21,6	14,0
Поверење у друге	6,3	12,5	12,5	10,8	22,0
Самопоштовање	6,3	25,0	25,0	16,2	18,0
Поштовање других	6,3	18,8	0,0	2,7	24,0
Лична интима	12,5	12,5	6,3	18,9	16,0
Интима других	18,8	37,3	6,3	5,5	20,0
Самоконтрола	12,5	31,3	0,0	8,1	18,0
Контрола других	6,3	18,8	12,5	16,2	18,0

**Табела 36** показује на којим подскалама *ТАБС* упитника су присутни високи скорови у вези са радним местом. Па тако прва група, коју чине психолози, педагози, логопеди и социјални радници, нешто већу присутност проблема од 18,8% показује на две подске и то на „Сигурност других“ и „Интима других“. Код испитаника из друге групе, руководица служби и супервизора, добијени су најлошији резултати. Ови резултати показују да више од 30% професионалаца на следеће четири подске имају висок скор на присутности ефеката викаријске трауме, и то “Сигурност за себе“, „Поверење у себе“, „Интима других“ и „Самоконтрола“. Трећа група реализатора едукативних програма за хранитеље и саветници за хранитељство, чак на 4 подске показују да немају проблем, док је код 25% професионалаца присуство проблема забележено код „Поверења у себе“ и „Самопоштовања“. Четврта група коју чине васпитачи и медицинске сестре, показују заступљеност проблема код око 20% професионалаца на подскалама „Сигурност других“, „Поверење у друге“ и „Лична интима“. Пету групу чине водитељи случаја. Заступљеност проблема на које указују подске је поприлично равномерно распоређена. На четири ске “Сигурност за себе“, “Самопоштовање“, „Самоконтрола“ и „Контрола других“ 18% професионалаца показује да има проблем, а за „Поверење у друге“, „Поштовање других“ и „Интима других“ око 20% професионалаца.

***Хипотеза 4. Постоје разлике између присутности показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме код запослених са различитим временом проведеним у непосредном раду са клијентима.***

Испитаници су, у погледу непосредног рада који проводе са клијентима, за потребе анализе, подељени у две групе: прву групу чине они који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима, док другу групу чине испитаници који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима.

- **Провера хипотезе кориштењем СВИ упитника**

Mann-Whitney U тест **је открио** статистички значајну разлику у степену изражености **Синдрома изгарања на личном нивоу** између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима ( $Md^8=58,3$ ,  $N=56$ ) и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима ( $Md=45,8$ ,  $N=79$ ),  $U=1752$ ,  $Z=-2,062$ ,  $p=0,039^9$ . Наиме, испитаници који проводе мање времена у раду са клијентима манифестују већи степен синдрома изгарања на личном нивоу. Поред статистичке значајности, важно је утврдити и величину ефекта, која нам указује на величину разлика између група, а не само на то да ли је разлика случајна или не. У нашем случају, величина ефекта је ниска и износи  $r=0,19$ .

Mann-Whitney U тест **је открио** статистички значајну разлику у степену изражености **Синдрома изгарања у вези са послом** између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима ( $Md=55,4$ ,  $N=56$ ) и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима ( $Md=46,4$ ,  $N=79$ ),  $U=1760$ ,  $Z=-2,023$ ,  $p=0,043$ . Испитаници који проводе мање времена у раду са клијентима манифестују већи степен синдрома изгарања у вези са послом. Величина ефекта је мала и износи  $r=0,17$ .

Mann-Whitney U тест је открио да **не постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања у вези са клијентима** између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима ( $Md=45,8$ ,  $N=56$ ) и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима ( $Md=45,8$ ,  $N=79$ ),  $U=2089,5$ ,  $Z=-0,549$ ,  $p=0,583$ .

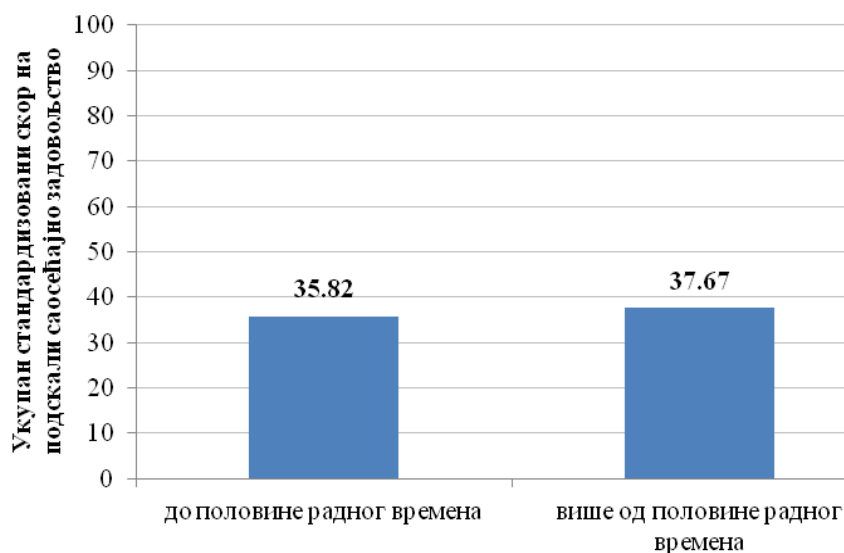
---

<sup>8</sup> Md - медијана

<sup>9</sup> Напомена: Mann-Whitney U – вредност теста, Z – стандардизовани статистик, p – статистичка значајност

T-тестом независних узорака упоређен је ниво *Саосећајног задовољства* између ове две групе испитаника. Утврђено је да *не постоји* статистички значајна разлика у нивоу саосећајног задовољства између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима (АС=35,82, СД=5,41), и оних који проводе више од половине радног времена у раду са клијентима (АС=37,67, СД=5,51),  $t(133)=-1,935$ ,  $p=0,055$ .

**Графикон 11. Поређење нивоа Саосећајног задовољства између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима**



**Табела 37. Поређење нивоа Саосећајног задовољства између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима**

Ниво саосећајног задовољства	АС	СД	t	df	p
испитаници који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима	35,82	5,41	-1,935	133	0,055
испитаници који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима	37,67	5,51			

Напомена: АС – аритметичка средина, СД – стандардна девијација, t – статистик, df – степени слободе, p – статистичка значајност

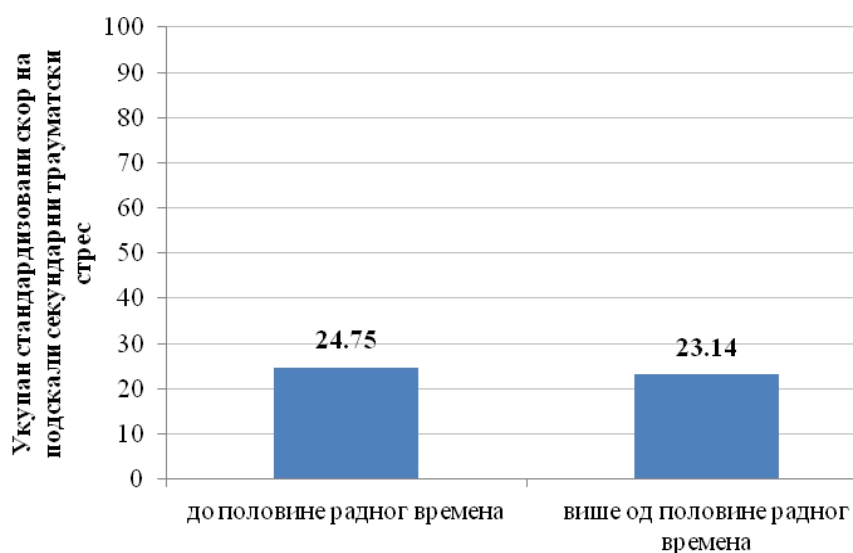
Mann-Whitney U тест *је открио* статистички значајну разлику у степену изражености *Синдрома изгарања* између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима (Md=53,1, N=56) и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима (Md=46,9, N=79), U=1576, Z=-2,848, p=0,004. Наиме, испитаници који проводе мање времена у раду са клијентима манифестују већи степен синдрома изгарања у вези са послом. Величина ефекта је мала и износи  $r=0,24$ .

Резултати добијени *CBI* (2/3 подскеле) и *ProQOL* за синдром изгарања показују да (Mann-Whitney U тест) показују да постоји статистички значајна разлика иако је величина ефекта мала.

T-тестом независних узорака упоређен је ниво *Секундарног трауматског стреса* између ове две групе испитаника. Утврђено је да постоји статистички значајна разлика у изражености секундарног трауматског стреса између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима (АС=24,75, СД=4,70), и оних који проводе више од половине радног времена у раду са клијентима (АС=23,14, СД=4,54),  $t(133)=1,999$ ,  $p=0,048$ . Дакле,

иако је добијена разлика изразито мала, она је статистички значајна и говори нам да су испитаници који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима у већој мери изложени секундарном трауматском стресу него што је то случај са другом групом испитаника.

**Графикон 12. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима**



**Табела 38. Поређење нивоа секундарног трауматског стреса између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима**

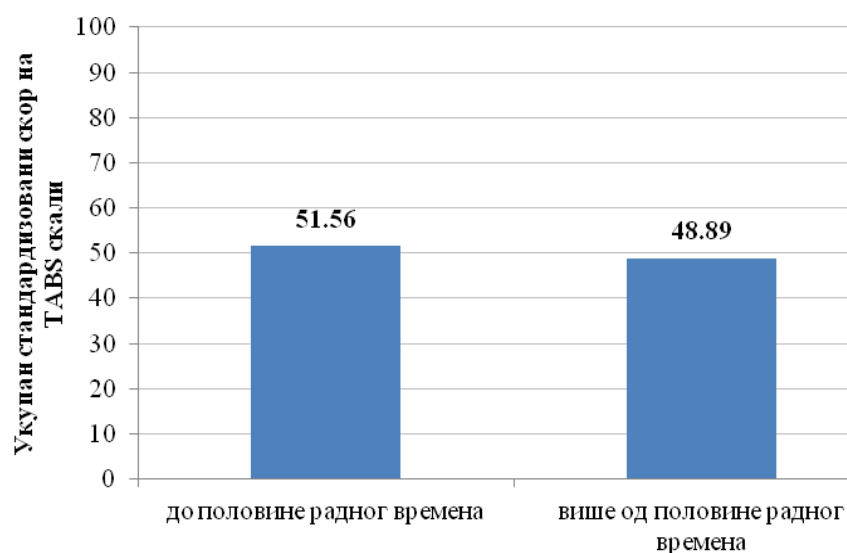
Ниво секундарног трауматског стреса	АС	СД	t	df	p
испитаници који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима	24,75	4,70	1,999	133	0,048
испитаници који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима	23,14	4,54			

Напомена: АС – аритметичка средина, СД – стандардна девијација, t – статистик, df – степени слободе, p – статистичка значајност

- **Провера хипотезе кориштењем TABS упитника**

T-тестом независних узорака упоређен је степен изражености трауматског искуства и ефеката викаријске трауме између ове две групе испитаника. Утврђено је да **не постоји** статистички значајна разлика у погледу **трауматских искустава** између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима (АС=51,56, СД=10,06), и оних који проводе више од половине радног времена у раду са клијентима (АС=48,89, СД=9,86),  $t(133)=1,539$ ,  $p=0,126$ .

**Графикон 13. Поређење степена изражености трауматског искуства и ефеката Викаријске трауме између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима**





**Табела 39. Поређење степена изражености трауматског искуства и ефеката викаријске трауме између испитаника који проводе до половине радног времена у непосредном раду са клијентима и испитаника који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима**

Степен изражености трауматског искуства и ефеката Викаријске трауме	АС	СД	t	df	p
испитаници који проводе до полови-не радног времена у непосредном раду са клијентима	51,56	10,06	1,539	133	0,126
испитаници који више од половине радног времена проводе у раду са клијентима	48,89	9,86			

Напомена: АС – аритметичка средина, СД – стандардна девијација, t – статистик, df – степени слободе, p – статистичка значајност

***Хипотеза 5. Показатељи синдрома изгарања и викаријске трауме су присутнији код запослених са мањим радним стажом.***

Испитаници су у погледу година радног стажа подељени у три групе:

- испитаници који имају до 5 година стажа,
- испитаници који имају од 6 до 15 година стажа и
- испитаници са преко 15 година радног стажа.

- **Провера хипотезе кориштењем СВИ упитника**

Kruskal-Wallis H тест је открио да **не постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања на личном нивоу** између три групе испитаника:  $\chi^2(2, N=135)=4,438, p=0,109$ .

Kruskal-Wallis H тест је открио да **не постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања у вези са послом** између три групе испитаника:  $\chi^2(2, N=135)=3,535, p=0,171$ .

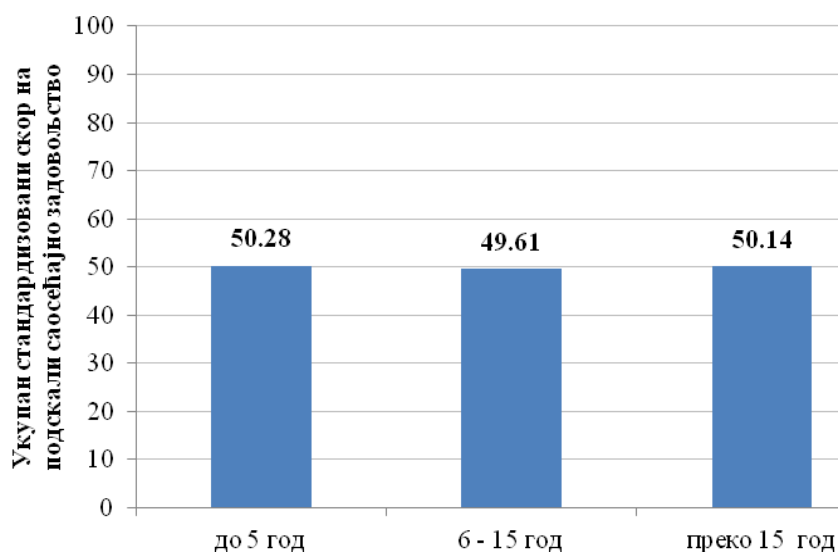
Kruskal-Wallis H тест је открио да **не постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања у вези са клијентима** између три групе испитаника:  $\chi^2(2, N=135)=3,879, p=0,144$ .

- **Провера хипотезе кориштењем ProQOL упитника**

Једнофакторском анализом варијансе испитивано је у којој мери године радног стажа утичу на мање или веће присуство нивоа **Саосећајног задовољства**.

За прву групу ниво саосећајног задовољства износи (AC=50,28, SD=11,79), за другу групу (AC=49,61, SD=9,51) и за трећу групу (AC=50,14, SD=9,31). Утврђено је да **не постоји** статистички значајна разлика на скали саосећајног задовољства између три групе:  $F(2,132)=0,052, p=0,949$ .

**Графикон 14. Поређење нивоа Саосећајног задовољства између испитаника различитих година радног стажа**



**Табела 40. Поређење нивоа Саосећајног задовољства између испитаника различитих година радног стажа**

		Сума квадрата	df	Просечан квадрат	F	Sig.
<b>Ниво саосећајног задовољства</b>	Између група	10,593	2	5,296	0,052	0,949
	Унутар група	13389,407	132	101,435		
	Укупно	13400,000	134			

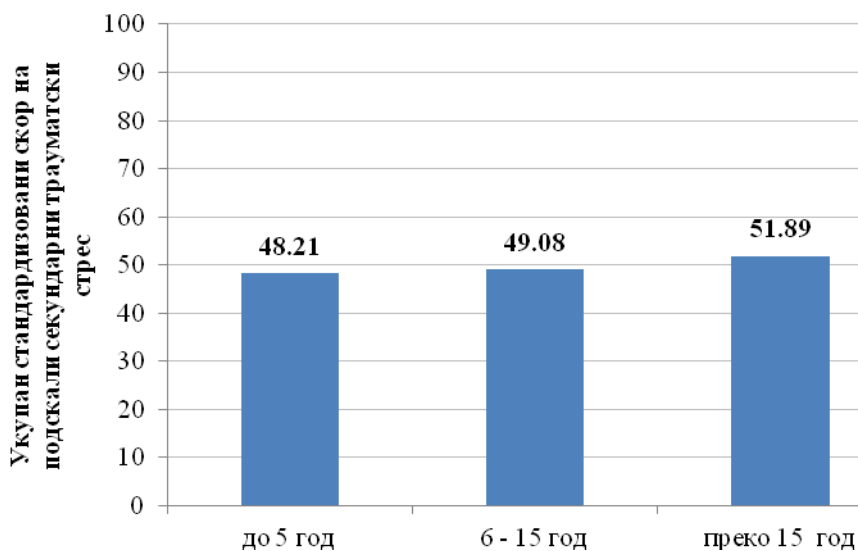
Kruskal-Wallis H тест је открио да *не постоји* статистички значајна разлика у степену изражености *Синдрома изгарања* између три групе испитаника:  $\chi^2(2, N=135)=0,135, p=0,935$ .

Резултати добијени Kruskal-Wallis H тестом за *CBI* и *ProQOL* ( подскала синдром изгарања) показују да не постоји статистички значајна разлика у степену изражености синдрома изгарања.

Једнофакторском анализом варијансе испитивано је у којој мери године радног стажа утичу на мање или веће присуство нивоа *Секундарног трауматског стреса*.

За прву групу ниво секундарног трауматског стреса износи (AC=48,21, SD=11,64), за другу групу (AC=49,08, SD=9,82) и за трећу групу (AC=51,89, SD=8,82). Утврђено је да *не постоји* статистички значајна разлика на скали саосећајног задовољства између три групе:  $F(2,132)=1,760$ ,  $p=0,176$ .

**Графикон 15. Поређење нивоа Секундарног трауматског стреса између испитаника различитих година радног стажа**



**Табела 41. Поређење нивоа Секундарног трауматског стреса између испитаника различитих година радног стажа**

	Сума квадрата	df	Просечан квадрат	F	Sig.

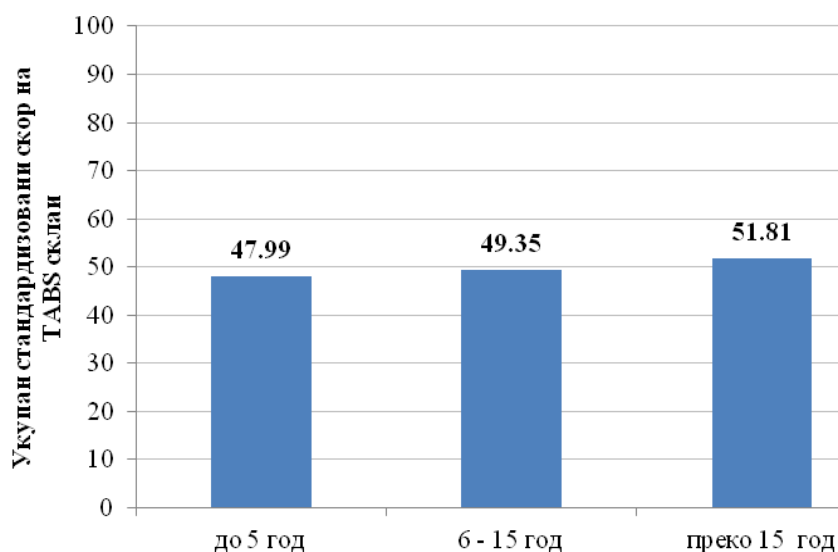
<b>Ниво секундарног трауматског стреса</b>	Између група	347,978	2	173,989	1,760	0,176
	Унутар група	13052,022	132	98,879		
	Укупно	13400,000	134			

- *Провера хипотезе кориштењем TABS упитника*

Једнофакторском анализом варијансе испитивано је у којој мери године радног стажа утичу на мање или веће присуство *ефеката викаријске трауме и нивоа трауматског искуства*.

За прву групу ниво трауматског искуства износи (AC=47,99, SD=8,43), за другу групу (AC=49,35, SD=9,66) и за трећу групу (AC=51,81, SD=11,00). Утврђено је да не постоји статистички значајна разлика на скали трауматског искуства између три групе:  $F(2,132)=1,721$ ,  $p=0,183$ .

**Графикон 16. Поређење нивоа трауматског искуства и ефекта викаријске трауме између испитаника различитих година радног стажа**



**Табела 42. Поређење нивоа трауматског искуства и ефекта викаријске трауме између испитаника различитих година радног стажа**

		Сума квадрата	df	Просечан квадрат	F	Sig.
<b>Ниво трауматског искуства</b>	Између група	340,551	2	170,275	1,721	0,183
	Унутар група	13059,449	132	98,935		
	Укупно	13400,000	134			

*Хипотеза 6. Показатељи синдрома изгарања и викаријске трауме су присутнији код стручњака који нису задовољни пруженом супервизијом.*

Испитаници су у погледу тога да ли им је обезбеђена индивидуална или групна супервизија подељени у три групе: оне којима је супервизија обезбеђена

(прва група), оне којима није обезбеђена (друга група), и оне којима је обезбеђена по потреби (трећа група).

- **Провера хипотезе кориштењем СВИ упитника**

#### **Индивидуална супервизија**

Kruskal-Wallis H тест је открио да **постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања на личном нивоу** између три групе испитаника када је у питању **индивидуална супервизија**:  $\chi^2(2, N=135)=6,944$ ,  $p=0,031$ .

Две групе испитаника које имају обезбеђену индивидуалну супервизију имају већу медијану резултата (прва група  $Md=56,2$ , трећа група  $Md=54,2$ ) од групе испитаника који немају обезбеђену индивидуалну супервизију ( $Md=45,8$ ). Дакле, испитаници којима је обезбеђена индивидуална супервизија у већој мери испољавају синдром изгарања на личном нивоу. Обезбеђену индивидуалну супервизију имају испитаници из ГЦСР и ЦПСУ.

Kruskal-Wallis H тест је открио да **не постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања у вези са послом** између три групе испитаника када је у питању **индивидуална супервизија**:  $\chi^2(2, N=135)=1,824$ ,  $p=0,402$ .

Kruskal-Wallis H тест је открио да **не постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања у вези са клијентима** између три групе испитаника када је у питању **индивидуална супервизија**:  $\chi^2(2, N=135)=0,758$ ,  $p=0,685$ .

**Групна супервизија** Kruskal-Wallis H тест је открио да **не постоји** нстатистички значајна разлика у степену изражености **синдрома изгарања на личном нивоу** између три групе испитаника када је у питању **групна супервизија**:  $\chi^2(2, N=135)=1,345$ ,  $p=0,511$ .

Kruskal-Wallis H тест је открио да *не постоји* статистички значајна разлика у степену изражености *Синдрома изгарања у вези са послом* између три групе испитаника када је у питању *групна супервизија*:  $\chi^2(2, N=135)=0,348, p=0,840$ .

Kruskal-Wallis H тест је открио да *не постоји* статистички значајна разлика у степену изражености *Синдрома изгарања у вези са клијентима* између три групе испитаника када је у питању *групна супервизија*:  $\chi^2(2, N=135)=0,020, p=0,990$ .

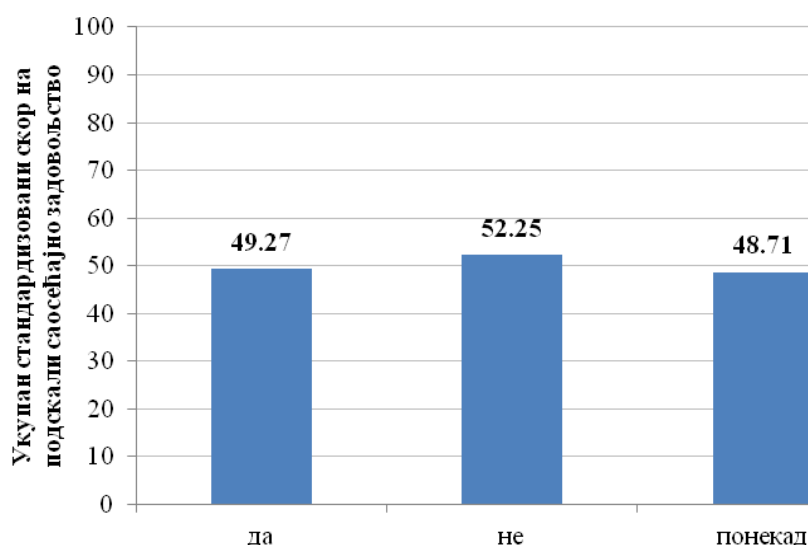
- *Провера хипотезе кориштењем ProQOL упитника*

#### *Индивидуална супервизија*

Једнофакторском анализом варијансе испитивано је у којој мери обезбеђеност *индивидуалне супервизије* утиче на мање или веће присуство нивоа *Саосећајног задовољства*. За прву групу ниво саосећајног задовољства износи (AC=49,27, SD=10,30), за другу групу (AC=52,25, SD=9,80) и за трећу групу (AC=48,71, SD=9,58). Утврђено је да *не постоји* статистички значајна разлика на скали саосећајног задовољства између три групе:  $F(2,132)=1,492, p=0,229$ .



**Графикон 17. Поређење нивоа Саосећајног задовољства између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије**



**Табела 43. Поређење нивоа Саосећајног задовољства између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије**

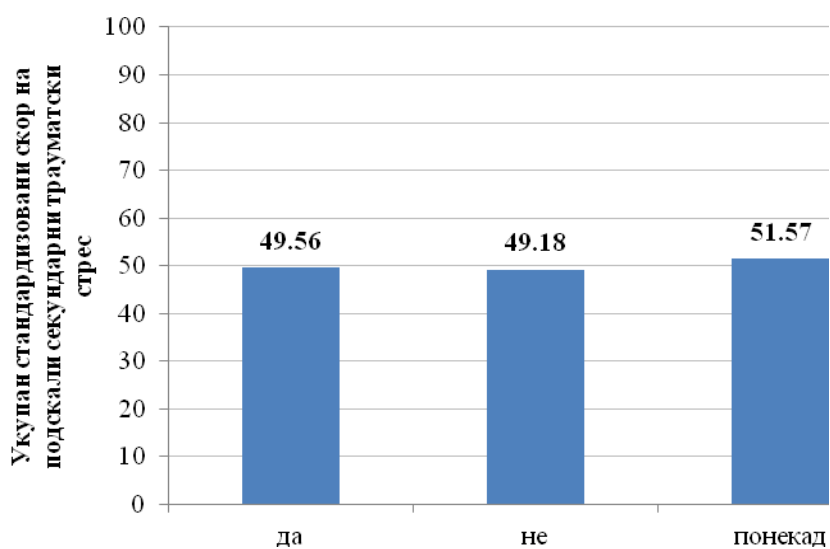
		Сума квадрата	df	Просечан квадрат	F	Sig.
<b>Ниво саосећајног задовољства</b>	Између група	296,142	2	148,071	1,492	0,229
	Унутар група	13103,858	132	99,272		
	Укупно	13400,000	134			

Kruskal-Wallis H тест је открио да **не постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања** између три групе испитаника када је у питању **индивидуална супервизија**:  $\chi^2(2, N=135)=5,361, p=0,069$ .

Једнофакторском анализом варијансе испитивано је у којој мери обезбеђеност **индивидуалне супервизије** утиче на мање или веће присуство нивоа **Секундарног трауматског стреса**.

За прву групу ниво секундарног трауматског стреса износи ( $AC=49,56$ ,  $SD=9,41$ ), за другу групу ( $AC=49,18$ ,  $SD=9,55$ ) и за трећу групу ( $AC=51,57$ ,  $SD=11,39$ ). Утврђено је да *не постоји* статистички значајна разлика на скали *Секундарног трауматског стреса* између три групе:  $F(2,132)=0,644$ ,  $p=0,527$ .

**Графикон 18. Поређење нивоа Секундарног трауматског стреса између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије**



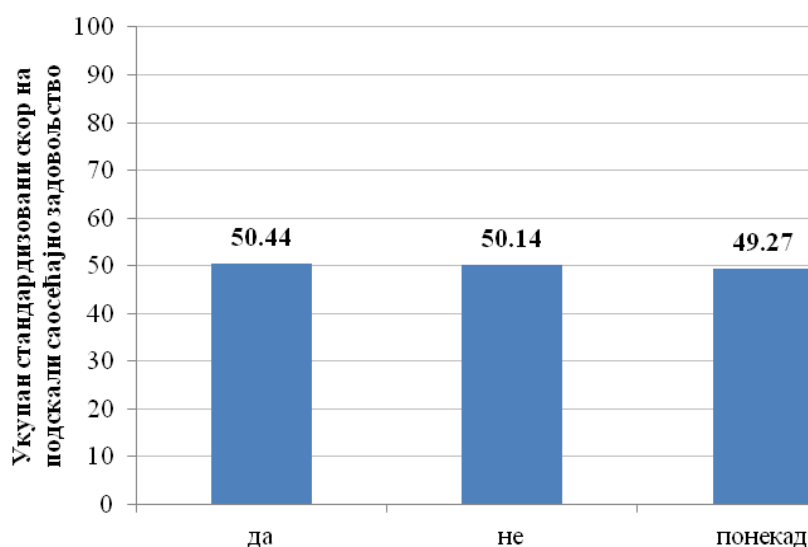
**Табела 44. Поређење нивоа Секундарног трауматског стреса између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије**

		Сума квадрата	df	Просечан квадрат	F	Sig.
<b>Ниво секундарног трауматског стреса</b>	Између група	129,399	2	64,700	0,644	0,527
	Унутар група	13270,601	132	100,535		
	Укупно	13400,000	134			

### *Група супервизија*

Једнофакторском анализом варијансе испитивано је у којој мери обезбеђеност *групне супервизије* утиче на мање или веће присуство нивоа *Саосећајног задовољства*. За прву групу ниво саосећајног задовољства износи (AC=50,44, SD=8,90), за другу групу (AC=50,14, SD=11,19) и за трећу групу (AC=49,27, SD=9,37). Утврђено је да *не постоји* статистички значајна разлика на скали саосећајног задовољства између три групе:  $F(2,132)=0,140$ ,  $p=0,870$ .

**Графикон 19. Поређење нивоа Саосећајног задовољства између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије**



**Табела 45. Поређење нивоа Саосећајног задовољства између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије**

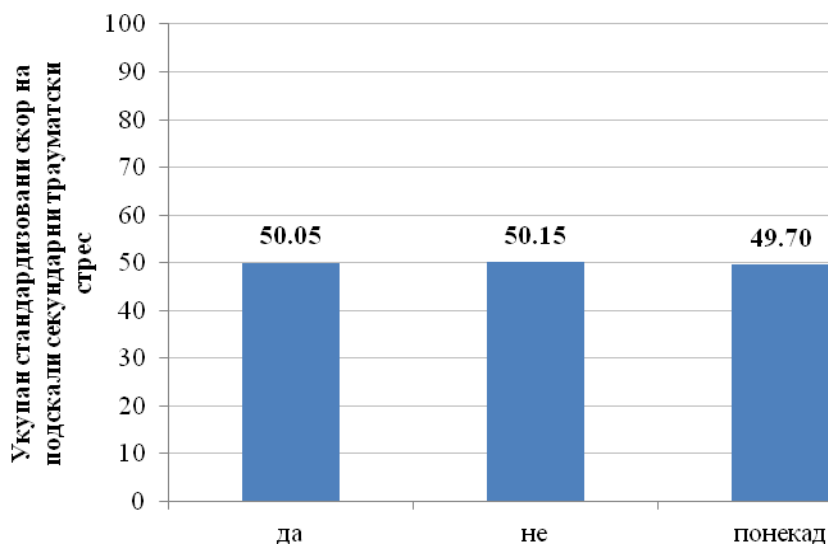
		Сума квадрата	df	Просечан квадрат	F	Sig.
<b>Ниво саосећајног задовољства</b>	Између група	28,292	2	14,146	0,140	0,870
	Унутар група	13371,708	132	101,301		
	Укупно	13400,000	134			

Kruskal-Wallis H тест је открио да **не постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања** између три групе испитаника када је у питању **групна супервизија**:  $\chi^2(2, N=135)=0,502, p=0,778$ .

Једнофакторском анализом варијансе испитивано је у којој мери обезбеђеност **групне супервизије** утиче на мање или веће присуство нивоа **Секундарног трауматског стреса**. За прву групу ниво секундарног трауматског стреса износи (AC=50,05, SD=9,50), за другу групу (AC=50,15, SD=10,85) и за

трећу групу ( $AC=49,70$ ,  $SD=9,35$ ). Утврђено је да *не постоји* статистички значајна разлика на скали секундарног трауматског стреса између три групе:  $F(2,132)=0,023$ ,  $p=0,977$ .

**Графикон 20. Поређење нивоа Секундарног трауматског стреса између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије**



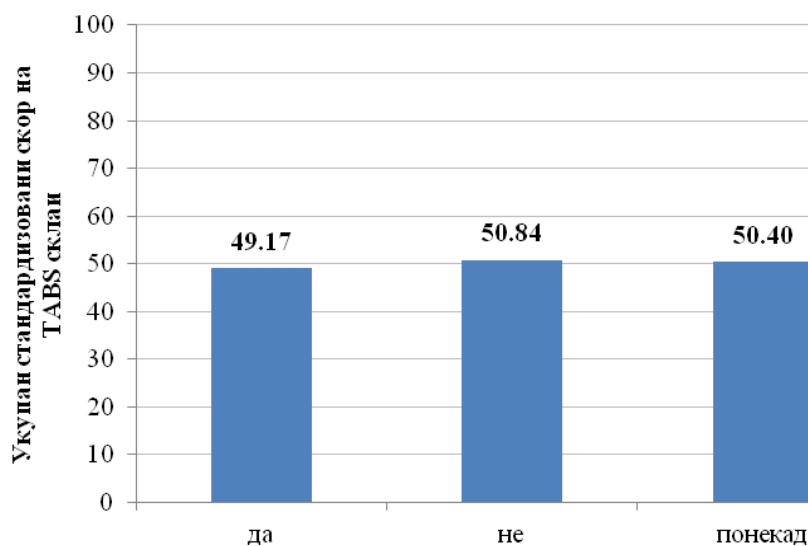
**Табела 46. Поређење нивоа Секундарног трауматског стреса између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије**

		Сума квадрата	df	Просечан квадрат	F	Sig.
Ниво секундарног трауматског стреса	Између група	4,747	2	2,373	0,023	0,977
	Унутар група	13395,253	132	101,479		
	Укупно	13400,000	134			

- *Провера хипотезе кориштењем TABS упитник*

Једнофакторском анализом варијансе испитивано је у којој мери обезбеђеност *индивидуалне супервизије* утиче на мање или веће присуство *ефеката викаријске трауме и нивоа трауматског искуства*. За прву групу ниво трауматског искуства износи (AC=49,17, SD=10,17), за другу групу (AC=50,84, SD=10,21) и за трећу групу (AC=50,40, SD=9,67). Утврђено је да *не постоји* статистички значајна разлика на скали трауматског искуства између три групе:  $F(2,132)=0,368$ ,  $p=0,693$ .

**Графикон 21. Поређење нивоа трауматског искуства и ефеката викаријске трауме између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије**



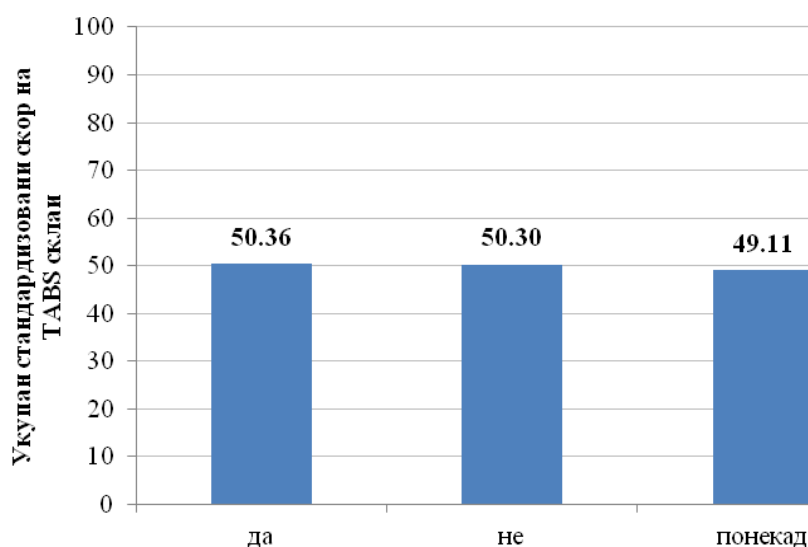
**Табела 47. Поређење нивоа трауматског искуства и ефеката викаријске трауме између испитаника у погледу обезбеђености индивидуалне супервизије**

		Сума квадрата	df	Просечан квадрат	F	Sig.
<b>Ниво трауматског искуства</b>	Између група	74,305	2	37,152	0,368	0,693
	Унутар група	13325,695	132	100,952		
	Укупно	13400,000	134			

Једнофакторском анализом варијансе испитивано је у којој мери обезбеђеност *групне супервизије* утиче на мање или веће присуство *ефеката викаријске трауме и нивоа трауматског искуства*.

За прву групу ниво трауматског искуства износи ( $AC=50,36$ ,  $SD=12,25$ ), за другу групу ( $AC=50,30$ ,  $SD=9,64$ ) и за трећу групу ( $AC=49,11$ ,  $SD=7,67$ ). Утврђено је да *не постоји* статистички значајна разлика на скали трауматског искуства између три групе:  $F(2,132)=0,194$ ,  $p=0,824$ .

**Графикон 22. Поређење нивоа трауматског искуства и ефекта викаријске трауме између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије**



**Табела 48. Поређење нивоа трауматског искуства и ефекта викаријске трауме између испитаника у погледу обезбеђености групне супервизије**

		Сума квадрата	df	Просечан квадрат	F	Sig.
<b>Ниво трауматског искуства</b>	Између група	39,232	2	19,616	0,194	0,824
	Унутар група	13360,768	132	101,218		
	Укупно	13400,000	134			



**Хипотеза 7. Код запослених на радним местима која подразумевају сменски рад, присутнији су показатељи синдрома изгарања и викаријске трауме, у односу на запослене који не мењају смене.**

Испитаници су, у погледу сменског рада, за потребе анализе, подељени у две групе: прву групу чине они који упражњавају сменски рад, а другу групу они који то не чине.

- **Провера хипотезе кориштењем СВИ упитник**

Mann-Whitney U тест је открио да **не постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања на личном нивоу** између испитаника који упражњавају сменски рад (Md=45,8, N=71) и испитаника који не упражњавају сменски рад (Md=54,2, N=64), U=1868, Z=-1,787, p=0,074.

Mann-Whitney U тест је открио **да постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања у вези са послом** између испитаника који упражњавају сменски рад (Md=42,9, N=71) и испитаника који не упражњавају сменски рад (Md=57,1, N=64), U=1726, Z=-2,411, p=0,016. Наиме, испитаници који не упражњавају сменски рад манифестују већи степен синдрома изгарања у вези са послом. Величина ефекта је мала и износи  $r=0,21$ .

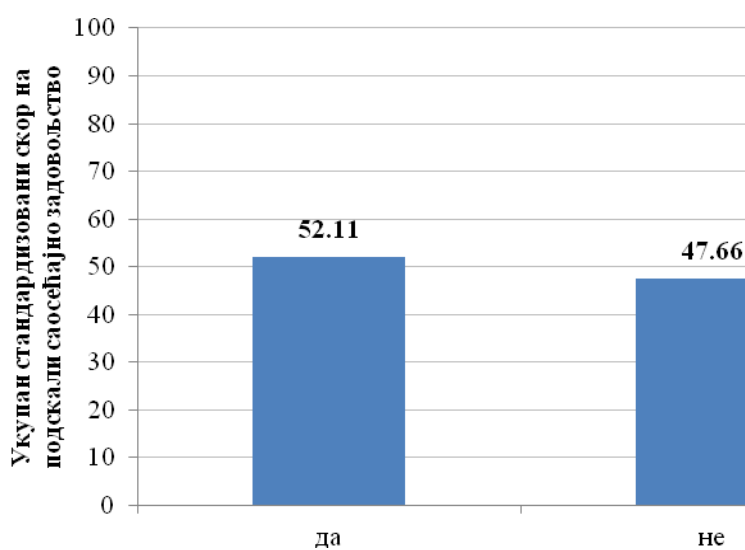
Mann-Whitney U тест је открио да **не постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања у вези са клијентима** између испитаника који упражњавају сменски рад (Md=45,8, N=71) и испитаника који не упражњавају сменски рад (Md=45,8, N=64), U=2059, Z=-0,941, p=0,346.

- **Провера хипотезе кориштењем ProQOL упитника**

T-тестом независних узорака упоређен је ниво **Саосећајног задовољства** између ове две групе испитаника. Утврђено је **да постоји** статистички значајна разлика у нивоу саосећајног задовољства између испитаника који упражњавају сменски рад (АС=52,11, СД=9,41), и оних који не упражњавају сменски рад

(AC=47,66, СД=10,19),  $t(133)=2,640$ ,  $p=0,009$ . Дакле, иако је добијена разлика мала, она је статистички значајна и говори нам да испитаници који упражњавају сменски рад имају већи ниво саосећајног задовољства од испитаника који не упражњавају сменски рад.

**Графикон 23. Поређење нивоа Саосећајног задовољства између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине**



**Табела 49. Поређење нивоа Саосећајног задовољства између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине**

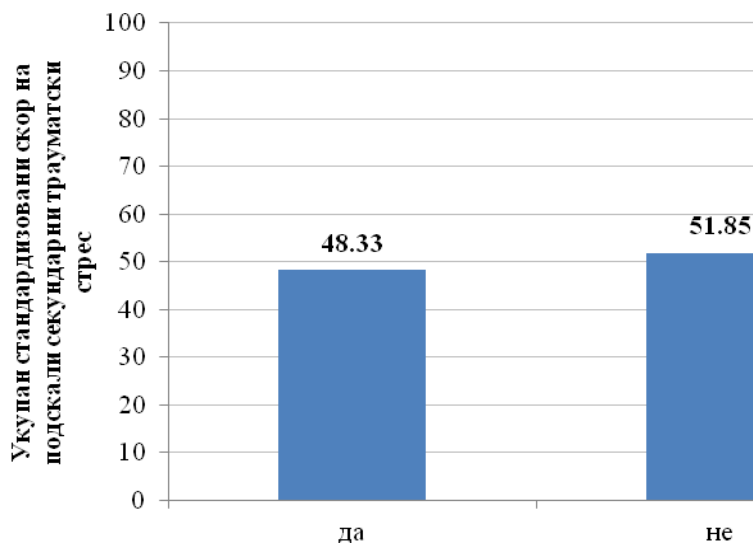
Ниво саосећајног задовољства	АС	СД	t	df	p
испитаници који упражњавају сменски рад	51,11	9,41	2,640	133	0,009
испитаници који не упражњавају сменски рад	47,66	10,19			

Напомена: АС – аритметичка средина, СД – стандардна девијација, t – статистик, df – степени слободе, p – статистичка значајност

Mann-Whitney U тест је открио **да постоји** статистички значајна разлика у степену изражености **Синдрома изгарања** између испитаника који упражњавају сменски рад (Md=46,9, N=71) и испитаника који не упражњавају сменски рад (Md=55,2, N=64), U=1385,5, Z=-3,917, p=0,000. Наиме, испитаници који не упражњавају сменски рад манифестују већи степен синдрома изгарања. Величина ефекта је средња и износи  $r=0,34$ .

T-тестом независних узорака упоређен је ниво **Секундарног трауматског стреса** између ове две групе испитаника. Утврђено је **да постоји** статистички значајна разлика у изражености секундарног трауматског стреса између испитаника који упражњавају сменски рад (АС=48,33, СД=9,09), и оних који то не чине (АС=51,85, СД=10,69),  $t(133)=-2,070$ , p=0,040. Дакле, иако је добијена разлика изразито мала, она је статистички значајна и говори нам да су испитаници који не упражњавају сменски рад у нешто већој мери изложени стресу него што је то случај са другом групом испитаника.

**Графикон 24. Поређење нивоа Секундарног трауматског стреса између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине**



**Табела 50. Поређење нивоа Секундарног трауматског стреса између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине**

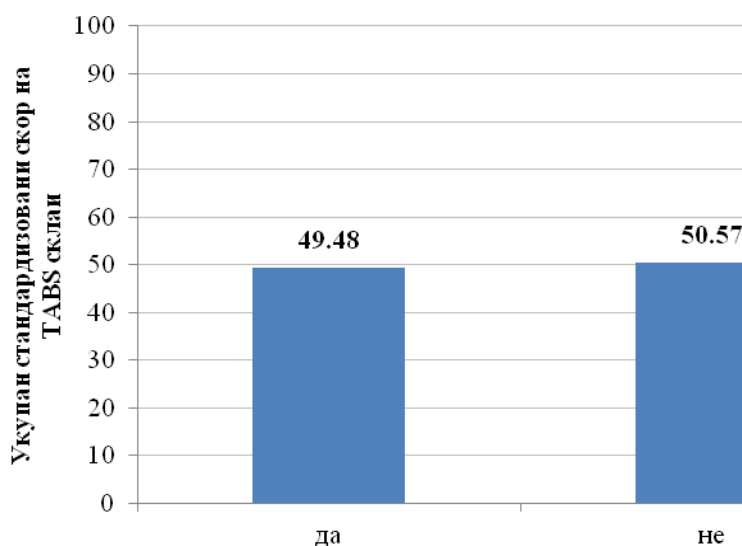
Ниво секундарног трауматског стреса	АС	СД	t	df	p
испитаници који упражњавају сменски рад	48,33	9,09	-2,070	133	0,040
испитаници који не упражњавају сменски рад	51,85	10,69			

Напомена: АС – аритметичка средина, СД – стандардна девијација, t – статистик, df – степени слободе, p – статистичка значајност

- **Провера хипотезе кориштењем TABS упитника**

T-тестом независних узорака упоређен је **степен изражености трауматског искуства и ефеката викаријске трауме** између ове две групе испитаника. Утврђено је да **не постоји** статистички значајна разлика у погледу трауматских искустава између испитаника који упражњавају сменски рад (АС=49,48, СД=9,37), и оних који то не чине (АС=50,57, СД=10,69),  $t(133)=-0,628$ ,  $p=0,531$ .

**Графикон 25. Поређење степена изражености трауматског искуства и ефеката викаријске трауме између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине**



**Табела 51. Поређење степена изражености трауматског искуства и ефеката викаријске трауме између испитаника који упражњавају сменски рад и оних који то не чине**

<b>Степен изражености трауматског искуства и ефеката викаријске трауме</b>	<b>АС</b>	<b>СД</b>	<b>T</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
испитаници који упражњавају сменски рад	49,48	9,37	-0,628	133	0,531
испитаници који не упражњавају сменски рад	50,57	10,69			

Напомена: АС – аритметичка средина, СД – стандардна девијација, t – статистик, df – степени слободе, p – статистичка значајност

### 6.3. Дискусија резултата истраживања

На настанак синдрома изгарања и викаријске трауматизације, према подацима нађеним прегледом стручне литературе, утичу многи чиниоци, укључујући и организационе чиниоце унутар установе у којој је професионалац запослен, карактеристике радног места, временски период у коме је особа изложена стресу, временски период у коме је професионалац изложен трауматском материјалу корисника, дужину радног стажа, супервизијску подршку и сменски рад. Резултате у овом истраживању смо добили помоћу четири инструмента, што захтева пажљиву интерпретацију.

Резултати овог истраживања су показали да је на пословима у различитим установама и *службама за заштиту деце и младих у Београду око 85% жена*. Овакви резултати су очекивани и за њих има различитих објашњења. Једно од њих дали су Цамоња Игњатовић и други у свом истраживању где закључују да „у друштвено-хуманистичким областима (и то оним са изразито „помагачким“ карактером делатности, као што су психологија и социјални рад) преовладава женски пол, док у техничким наукама (нпр. машинство) преовладава мушки пол. Ова дистрибуција је већ у скаду са стереотипним родним улогама „брижних жена“ и „технички спретних, „мајстора“ мушкараца“ (Цамоња Игњатовић и др., 2010:471). Резултати истраживања „Професионалног изгарања, мотивације и задовољства послом – (ПУМА)“ које је спроведено у Данској код професионалаца у професијама са помагачким карактером, показују да у Данској у тим професијама преовлађују жене. На поменуто истраживање одазвало се 80% испитаника, од чега су 83% биле жене (Kristensen et al., 2005). Ово је значајан податак јер је Данска једна од европских земаља у којој је изражен егалитаризам међу половима. Високу заступљеност жена у помагачким професијама показали су и резултати истраживања спроведених код социјалних радника у Израелу (Weiss et al., 2015) и код терапеута у САД-у (Pearlman, et al., 1995b). Овакви подаци наводе на закључак да је процентуално висока заступљеност жена у

популацији професионалаца унутар помагачких професија изражена је не само на европском, већ и на светском нивоу.

*Резултати показују да је две трећине професионалаца млађе од 45 година*, а да је 11,9% професионалаца у овом узорку старије од 55 година. Рекли бисмо да је то популација стручњака средње генерације ка млађој. Мислимо да таква старосна структура показује са једне стране млађе професионалце и оне средњих година који су на факултету могли да добију знања важна и примењива за рад са децом и младима, јер је у задњих десет до петнаест година дошло до значајних промена у процесу образовања како социјалних радника тако и других стручњака. Професионалци који имају између 36 и 45 година су они који имају одређено радно искуство а били су и прилици да похађају додатне обуке да би надоместили или повећали нека потребна и специфична знања за рад са децом и младима. Трећину професионалаца чине они који имају више од 45 година, па очекујемо да имају пуно искуства уз додатне едукације. Резултати истраживања које је спроведено 2014. на нивоу Републике, са циљем да се утврди актуелна квалификациона структура запослених стручних радника и испитивање потреба за новим радним местима у центрима за социјални рад, установама социјалне заштите и локалне самоуправе, утврђено је да ће динамика промена кадровске структуре бити најзаступљенија међу социјалним радницима, психолозима и педагозима. „У наредних пет година је евидентирана потреба за новим запошљавањем већег броја социјалних радника у 59 од 96 испитаних центара за социјални рад. У складу са добијеним резултатима, 138 социјалних радника ће се пензионисати у наредних пет година, а исказане потребе су да се поред попуњавања упражњених места запосли још стручног кадра овог профила“ (Жегарац, 2015:21). Како за ово истраживање податке нису доставили из ГЦСР у Београду који има највећи број запослених стручних радника, најкомплекснију структуру и највећу флукуацију, ове резултате можемо сматрати релативно репрезентативнима (Жегарац, 2015). На основу овога можемо претпоставити да се и у ГЦСР у Београду очекује промене у старосној структури водитеља случаја. Наши резултати из ГЦСР у Београду показују да је „смена генерација“ већ видљива.



Знања потребна за рад у заштити деце и младих, могу бити специфична за појединачну позицију тј. радно место професионалца. Оно што је битно јесте да та знања треба да омогуће заштиту деце и пружање услуга породици у складу са стандардима стручног рада како би се обезбедио очекивани квалитет услуга, уз поштовање принципа најбољег интереса за дете. Мислимо да су базична знања која су потребна за заштиту деце и младих код професионалаца у различитим установама најмање следећа: знања о трауми – посебно о комплексној развојној трауми (Complex Developmental Trauma), знања везана за различите облике злостављања деце и младих, саветовање, заступање, развојна психологија, системски приступ породици теорија привржености, теорија учења, приступ ослоњен на снаге и резилијентност, губитак и жаловање, еколошке теорије. Која знања су потребна дипломираним социјалним радницима за рад са децом и младима приказали су професори и асистенти ФПН, катедре за социјални рад и социјалну политику. Они су израдили „Опште стандарде и компетенције за образовање социјалних радника“ (Жегарац и др., 2015а), у којој су одређена знања и компетенције које треба да поседује социјални радник за сваку област деловања, па тако и за рад на заштити деце и младих.

Рад у службама за заштиту деце и младих значајно је промењен као последица интензивних реформе система социјалне заштите Србије (2006-2011), нових сазнања везаних за заштиту деце и младих, заштиту људских права и родне равноправности, функционисањем друштва и његовог финансијског сектора. Некада се човек запошљавао са идејом да ће сео свој радни век провести у једној радној организацији, у којој ће моћи да напредује и оствари себе као радну јединку. У институцијама државног сектора овакви примери целоживотног запослења у једној установи, па чак и на истом радном месту и даље постоје. Живот у друшту се значајно убрзао, постао је веома компетитиван, стрес вреба са многих страна, не постоји довољна свесност о утицају и последицама рада са трауматизованим корисницима на професионалце, а чини се да се на организационом нивоу не придаје довољан значај заштити професионалаца и превенцији настанка тих неповољних последица. Поред тога у двадесет првом веку десило се мноштво промена у начину живота, захтевима који се стављају пред породицу, потребе породице и њених чланова су промењене, омогућен је брз

проток информација, десио се прелазак на систем тржишних вредности, уз комплексне а недовољно систематичне реформе у друштву, као и основни систем вредности који се значајно променио у односу на прошли век, неки су од узрока који су изнедрили нове проблеме у функционисању породице. Истовремено, нова научна сазнања, резултати истраживања и пракса у системима социјалне заштите других држава су указали на потребу за новим услугама у систему социјалне заштите деце и младих у Србији. Све промене које су се десиле изнедриле су нове проблеме или су неки проблеми постали видљивији у друштву, па њихово решавање захтева нове и актуелне приступе у заштити деце и младих, као и њихових породица. ЦПСУ и Прихватилиште за ургентну заштиту деце су новоосноване установе у систему социјалне заштите, у односу на остале установе (ЦЗОДО, ГЦСР, Прихватилиште за децу са прихватном станицом), па већини професионалаца у њима садашња позиција није прво радно место. Поставља се питање да ли су све те промене које су се десиле имале неког утицаја, и ако јесу, на који начин су утицале на професионалце и у “старим” и у “новим” установама? Какву они добит могу оставрити од тих промена? На које начине се они прилагођавају тим променама? Да ли они осећају да се у служби чује и уважава њихово мишљење? Да ли се цени и вреднује њихов рад? Да ли се осећају изданима, уваженим, вреднованим?

Циљ истраживања био је да утврди заступљеност и карактеристике показатеља изгарања на послу и викаријске трауме код запослених у социјалној заштити деце и младих у Београду. Овим истраживањем констатовано је *истовремено присуство* и показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме код **8,9% професионалаца** у социјалној заштити деце и младих. **Показатељи изгарања на послу присутни су код око 30% испитаника, а показатељи викаријске трауме код око 15% испитаника** из нашег узорка. Мислимо да су ово значајне бројке, и можемо да поставимо питање **какав је утицај сагорелих и трауматизованих професионалаца на процес рада и квалитет пружених услуга у заштити деце и младих**. Према добијеним подацима, испитаници који имају високе скорове на све три коришћене скале, тј. који су погођени и синдромом изгарања и викаријском трауматизацијом у највећем броју (41,7%) потичу из групе од 46-55 година док је равномерна подела на две по годинама

млађе групе (25%). Кад посматрамо укупни радни стаж, из групе која има преко 15 година радног стажа је највише испитаника (66,7%), а постоји изједначеност (16,7%) код професионалаца у групама до 5 и од 6 -15 година радног стажа. Некако се средња група по питању стажа али и година живота показује као најотпорнија и најуравнотеженија. Било би занимљиво открити које то протективне факторе или организациону подршку користе.

У стручној литератури године радног стажа посматране су у односу на настанак викаријске трауме и синдрома изгарања у великој мери. Резултати добијени у истраживањима показују различите тенденције. Истраживачи истичу да је „дужина радног стажа по повезана са развојем професионалног идентитета, самопоуздањем у властите професионалне способности и капацитет за емоционалну регулацију“ (Weiss et al, 2015:5). Ови аутори говоре да неки подаци указују да професионалци са малим искуством, као и они са великим искуством показују већу повезаност са настанком секундарне трауматизације у односу на професионалце који имају средњи ниво искуства. У истраживању које су спровели Адамс и сарадници (2001), подаци су сугерисали да не постоји значајна повезаност нивоа искуства са настанком викаријске трауме код социјалних радника (Michalopoulos et al, 2012). Лојд и сарадници истичу да сматрају да демографске варијабле нису значајно повезане са стресом и професионалним изгарањем (Lloyd et al, 2002). Резултати нашег истраживања истичу да *године радног стажа* професионалаца не пружају значајан допринос настанку и развоју показатеља изгарања на послу и викаријске трауматизације. За проверу ове хипотезе, запослене професионалце смо поделили у три групе. Прву су чинили запослени до 5 година, другу групу запослени од 6-15 година, а трећу су чинили они који имају више од петнаест година радног стажа. Другачије резултате је добила Пек у истраживању које је урађено са социјалним радницима - терапеутима за сексуално злостављане клијенте. Ови резултати су показали да се викаријска траума чешће јавља код оних који имају до 5 година радног стажа, а да професионалци временом сазревају и развију начине да заштите себе (Pack, 2014). Добијени резултати у овом истраживању нису потврдили очекивано, тако да можемо закључити да неки други чиниоци више утичу на настанак синдрома изгарања и викаријске трауме. Одговоре можда можемо пронаћи у разлици

између година радног стажа и година рада на садашњој позицији. Када упоредимо резултате који приказују каква је структура запослених по годинама укупног радног стажа, а каква по годинама рада на садашњој позицији, уочавамо да ја је највећа група тј. да *половина запослених ради на актуелном радном месту до 5 година, а да 40% запослених има преко 15 година укупног радног стажа*. Наши резултати показују да је садашња позиција прво радно место за 39% професионалаца, а од тог броја 17% професионалаца има више од 9 година радног стажа. „Значајан број социјалних радника који су актуелно запослени у ЦСР и установама за смештај корисника имају преко 20, односно 30 година радног стажа, и у наредном периоду ће центри и установе евидентно имати потребу за запошљавањем новог кадра стручног профила социјални радник“ (Жегарац, 2015:82).

Перманентна изложеност стресу и секундарној трауматизацији професионалаца који се баве социјалном заштитом сигурно да је утицала на број година које професионалци проведу на истој позицији. Могуће је да великом проценту запослених са преко 15 година радног стажа доприноси и чињеница да се већи број *жена старости од 25-35 година остварује и у улози мајке*. Позиција васпитачице у ЦЗОДО или Прихватиљштима, није физички безбедна за трудницу. До сада није било могућности померања труднице на безбедније радно место, како би је што дуже задржали у процесу рада – наравно ако то њено здравствено стање омогућава. Тако да васпитачице из Прихватиљшта и ЦЗОДО скоро у правилу проведу око две године у одржавању трудноће и бризи о новорођеном детету. Немамо податак колико жене запосленима у ГЦСР и ЦПСУ проведу на трудничком одсуству, па можемо да коментаришемо само податке које имамо. То значи да жена професионалац која након две године радног стажа остане трудна, затим две године проведе на трудничком и породилском одсуству, након којег се врати на исто радно место и ради још годину дана, сакупи пет година радног стажа. Обзиром на то да су синдром изгарања и викаријска трауматизација проблеми који настају кумулацијом, ови подаци нас наводе на могући закључак да жене професионалци које су се оствариле у улози мајке у првих пет година запослења не би требале да показују знаке синдрома изгарања и

викаријске трауме непосредно након периода у којем су одсуствовале са посла. Ако гледамо да на тај начин стручна радница која роди двоје деце и периоду до 10 година радног стажа заправо на послу проведе упола мање времена. Због ових претпоставки у наредна истраживања синдрома изгарања и викаријске трауме, требало би пажљиво размислити да ли варијаблу дужина радног стажа треба да буде формулисана на другачији начин.

У ГЦСР највише испитаних професионалаца, око 70%, показује присуство показатеља синдрома изгарања на личном нивоу и у вези са послом. Истовремено, око 50% на скали синдрома изгарања у вези са клијентима резултат подједнак за професионалце из ГЦСР и из Прихватилишта. Ови резултати могу да нам говоре да организација рада у ГЦСР коју одликују: централизованост службе, велик па и превелик број клијената, кратки временски рокови, пуно административног посла, одговорност без одговарајућег утицаја и моћи, сложени проблеми корисника, притисак јавности, надзор и контрола, а мало подршке, увелико доприносе погоршању људских/колегијалних односа унутар службе и манифестацијама синдрома изгарања. У синтетизованом извештају о раду центара за социјални рад за 2014. годину истиче се да је видљиво повећање обима посла док са друге стране локалне заједнице укидају финансирање додатних потребних кадрова (Републички завод за социјалну заштиту, 2015). Такође можемо поставити питање да ли су професионалци из ГЦСР желили да се прикажу у нешто лошијем светлу јер очекују неку добробит од истраживања у којима су учествовали и надају се конкретној помоћи? Да ли и чињеница да су ови професионалци учествовали у неколико истраживања у кратком временском року доприноси оваквим резултатима?

Нешто мање професионалаца из ЦПСУ показује изгарање на коришћеним подскалама. Ово нас наводи на закључак да постоје сличности у организацији и систематизацији рада између ове две установе, али да је број запослених у ЦПСУ у Београду у рангу мањег општинског одељења ГЦСР. У установама са мањим бројем запослених карактерише и краћи низ одговорности, лакше увођење промена, лакше доношење сврсисходнијих одлука, па запослени у мањим установама могу бити задовољнији унутрашњом организацијом. У годишњим

извештајима о раду ове две службе истиче се да је у ГЦСР “изјашњавање о потребним обукама запослених указује на мотивисаност и потребу за унапређењем професионалних знања и капацитета“ (Републички завод за социјалну заштиту, 2015), док резултати на нивоу Републике показују да је мање професионалаца из ЦСР учествовало у неком од облика стручног усавршавања, што би такође могао бити један од облика манифестације синдрома изгарања. Подаци указују да професионалци из ГЦСР показују веће професионално изгарање, и да је један од начина на који се манифестује кроз умањену заинтересованост за професионално усавршавање, пад мотивације и умањени капацитети за учење. Са друге стране, имамо Прихватилишта и ЦЗОДО где је главни посао директан рад са трауматизованом децом и младима усмерен ка стабилизацији детета или младе особе, без преобимне администрације, у ЦЗОДО нема велике флукуације корисника, притисака у виду рокова и спољашње контроле у истој мери као у ГЦСР. Прихватилишта представљају резиденцијалне установе у којима је рад са децом и младима интензиван, динамичан са очекиваним и неочекиваним проблемима у односима међу децом и на релацији одрасли-дете, а у складу са последицама трауматизације. Како већина одељења ГЦСР услед великог броја корисника и сложености случајева, није у могућности да испрати дететов ритам и потребе, услед неусклађености донетих одлука о долазним и одлазним посетама, одлукама о могућем трајнијем смештају и сл., додатно се код деце и младих појачавају присутне тензије. Тако нпр. деца и млади који се смештају у Прихватилиште за ургентну заштиту злостављане деце, ретко имају на почетку смештаја јасно дефинисане начине контакта са породицом. Деца често имају потребу да провере „каква је ситуација“ код куће. Када се одрасли не ангажују на умиривању детета путем организовања посете кући детета у пратњи професионалца, дете често нађе вршњаке који подрже његову идеју да оде кући сам и „провери ситуацију на терену“. Поред тога вршњаци му помогну у реализацији те идеје на начин да му позајме паре или детету праве друштво и са њим одлазе у обилазак куће. Ситуација у којем детету васпитач (водителј третмана) даје информацију да за одлазак кући сада нема дозволу, да је потребно назвати ГЦСР и предложити посету, па да нисмо сигурни да ли ресурси за одлазак постоје у својој немоћи дете ће на васпитача пребацивати одговорност за смештај

или сл., чему ће се прикључити и друга деца износећи властите оптужбе. Како су „ланчане реакције“ туге и бола, испољене кроз бес честе, тако расте и забринутост васпитача да неко не повреди себе, друго дете или инвентар. Због тога не чуди што је код професионалаца у прихватилиштима ниво синдрома изгарања највећи на скали изгарања у односу на клијента.

Највеће *задовољство послом*, око 44%, исказују професионалци из установа за резиденцијални смештај чије актуелно радно место јесте: психолог, педагог, логопед и социјални радник, као и 27% васпитача и медицинских сестара. Неочекивано је мали проценат саветника за хранитељство и реализатора програма за хранитеље у овом погледу, тек око 19%, задовољно је својим послом и позицијом у установи у којој раде. Изразито незадовољство послом и постојање проблема исказује око 36% водитеља случаја и око 22% васпитача и медицинских сестара, а нити један саветник за хранитељство и реализатор едукативних програма за хранитеље. Овај податак нам указује да је велики проценат професионалаца у заштити трауматизоване деце и младих, чак *преко 50% негде у „сивој зони“ задовољства послом, тј. понекад су задовољни послом* и начином на који виде себе као успешне и продуктивне у послу који раде. Наравно сада се поставља питање који су то квалитети радног места у којима ови испитаници раде, а доприносе оваквим резултатима? Какав је начин руковођења, каква је перспективност, организациона подршка, облици стимулације и неки други бенефити који могу да допринесу задовољством својом радном позицијом и својом продуктивношћу? Са друге стране шта доприноси изричитом незадовољству? Да ли су они из „сиве зоне“ у преживљавајућој фази? Жегарац (2014б) указује на различите резултате истраживања у Великој Британији о задовољству послом запослених у социјалним службама. Резултати су ишли од незадовољства због ниских плата, слабих могућности за напредовање и разлога што се слабо препознају позитивни резултати њиховог рада, па до великог задовољства послом посебно оног дела популације који је у директном раду са клијентима. У сагласности са овим резултатима су и наши подаци који говоре да је велика већина професионалаца често или понекад задовољна послом који обавља и задовољна је собом као помагачем. Можемо да закључимо да код социјалних радника и других професионалаца у социјалној заштити деце и младих

углавном и у већој мери постоји задовољство занимањем које су изабрали јер је оно у складу са њиховом личношћу и сензибилитетом, а да је посао према подацима које имамо и за Велику Британију и за Србију слабо плаћен, није довољно признат у друштву и постоји слаба шанса за напредовањем (Hussein, 2015).

Највећу заступљеност показатеља викаријске трауматизације показују запослени у ГЦСР, ЦЗОДО и Прихватилиштима. Истовремено, испитаници из ЦПСУ не манифестују трауматско искуство и ефекте викаријске трауме.

Обзиром на различитост услуга које пружају ове установе, нисмо очекивали да ће ефекте викаријске трауматизације највише показивати професионалци у ГЦСР. Овај податак може нас навести на закључак да и примарна трауматизација коју професионалци доживљавају током теренских посета (или на радном месту), када су сведоци породичног насиља и вишеструке депривације у којој живе бројна деца и породице, могу да допринесу оваквим резултатима, јер је инструмент направљен да указује на проблем који настају као последица трауматизације – без обзира на начин на који је настала. Друго могуће објашњење оваквих резултата је да постојање емоционална исцрпљеност као показатеља професионалног изгарања може допринети повећаној осетљивости и рањивости професионалаца.

**Временска изложеност** професионалаца трауматском материјалу корисника, у истраживањима се одређује на два начина, и то колико радних сати се проводи са корисницима или колики је проценат трауматизованих корисника у односу на укупан број случајева за који је професионалац задужен. У истраживањима која су за циљ имала да утврде да ли временска изложеност трауматском материјалу корисника доприноси настанку секундарне и викаријске трауматизације код социјалних радника, психолога и терапеута, добијени резултати се могу поделити у две групе. Прва група истраживања је потврдила да изложеност обезбеђује већу могућност за настанак секундарне трауме (Adams, Boscarino, & Figley, 2004; Brady et al., 1999; Kassam-Adams, 1995; Schauben & Frazier, 1995), док друга група добијених резултата указује да интензивна временска изложеност повезана присуством мањег броја чинилаца секундарне



трауме (Braid & Jenkins, 2003; Dickes, 2001; Follette, Polosny, & Milbeck, 1994; наведено у Weiss et al., 2015). Ми смо од наших испитаника тражили да се изјасне да ли у непосредном раду са корисницима проводе више од половине радног времена или проводе половину и мање од пола радног времена. Очекивано је било да ће се васпитачи/це изјаснити да више од половине **радног времена** проводе у **непосредном контакту са корисницима**, док професионалци на другим радним местима проводе пола радног времена или мање од половине радног времена у директном раду са корисницима. Наши резултати показују да професионалци који **мање времена** проводе у директном раду са клијентима манифестују већи степен **синдрома изгарања**, док **временска изложеност** путем непосредног рада са корисницима **не утиче** на настанак чинилаца **викаријске трауматизације**. Овакви резултати манифестације чинилаца синдрома изгарања су вероватно последица разлике у описима посла код ове две групе професионалаца. Водитељи случаја, саветници за хранитељство и др. проводе мање од половине или половину радног времена са клијентима и њихов посао подразумева доношење одлука. Од водитеља случаја се очекује одговорност за безбедност детета у породици у ризику, јер у опису његовог радног места јесте да обави процену ризика за дете, обезбеди заштиту, испланира потребне услуге и третман за децу и њихове породице, да поред тога успешно сарађује са другим системима и заједницом и напише све потребне извештаје (Ben-Porat, 2015). Динамика њиховог рада налаже да су у краћем временском року контакти са клијентима интензивни и да тај интензитет временом опада. Водитељи случаја и саветници за хранитељство договарају посете и одлазе на терен. Поред тога водитељи случаја повремено контактирају телефоном кориснике услуга који треба да се одазову на позив и да потврде свој долазак у ГЦСР. Понекад је овај задатак веома тешко успешно завршити. Поред контакта са корисницима ови професионалци имају и пуно контаката са другим службама, професионалцима и појединцима нпр: школа, болница, установе за резиденцијални смештај, друго одељење ГЦСР и сл, и та комуникација може бити веома стресна и изазовна. Са друге стране, васпитачи/це иако проводе више од половине радног времена у директном раду са трауматизованом децом и младима, имају другачији облик одговорности за децу и младе. Њихова обавеза је да обезбеде да се планирани третман или заштита детета

спроводи и то на најбољи могући начин. Ови професионалци поред израде индивидуалног плана третмана или заштите, саветодавног рада, слушања деце и младихо њиховом животу, жељама, дилемама и надама, а у свом опису посла имају и активности које не морају директно асоцирати на трауму коју је дете доживело. Те активности су нпр. помоћ у изради домаћих задатака, када уче децу како да спроводе личну хигијену и хигијену простора. Још једна од разлика која постоји између ових професионалаца јесте да васпитачи/це већи део свог радног времена проводе са групом деце и младих, а група има своју специфичну динамику. Васпитачи/це имају и задужење контакта са школом, одвођења млађе деце у школу, одлазак лекару или на терапију, а те заједничке „шетње“ могу потакнути дете на разговор. Можемо се запитати и да ли време које није проведено у директном контакту са клијентима, а односи се на размишљање о тим клијентима и писање разних извештаја утиче на професионалце исто као и непосредни рад са клијентом? Можемо се запитати који су то други чиниоци везани за специфичност радног места више „заслужни“ за настанак синдрома изгарања, а нису били садржани у овом истраживању? Наша очекивања су била да ће резултати васпитача/ица обзиром на дуже време које проводе у непосредном раду са децом и младима показати веће присуство чинилаца викаријске трауматизације у односу на друге професионалце. У нашем се истраживању време проведено у непосредном раду са корисником није показало као чинилац који утиче на настанак викаријске трауме. Разумевање оваквих резултата омогућила је Прлман (2012) тиме што је објаснила зашто дужина времена проведеног са клијентом не утиче нужно на настанак викаријске трауме. Од саме дужине времена које се проводи са корисницима, битнији је *квалитет односа који се успоставља, садржај који се комуницира и начин на који професионалац обрађује оно што је чуо од корисника.*

*Више од половине запослених у службама за заштиту деце има хоби и рекреативно се бави спортом.*“ Ови резултати указују да већи број професионалаца користи неке технике бриге о себи и има развијене *начине вентилирања стреса.*

*Одсуствовање са посла* може бити један од показатеља синдрома изгарања. Према Кристенсену (2005), резултати истраживања које је спроведено у Данској су показали не само да је ниво професионалног изгарања повезан са одсуствовањима са посла, већ и да су промене код професионалног изгарања које се дешавају временом повезане са одговарајућим променама у одсуствовању са посла. Наши резултати везани за одсуствовање са посла не указују на проблеме код професионалаца. Одсутно са посла у задња три месеца било је око 50% запослених професионалаца. То јесте велик проценат запослених који је био одсутан у задња три месеца. Обзиром да је истраживање започето у фебруару, а период око новогодишњих празника и зимски школски распуст представљају период у години када је чешће коришћење годишњих одмора. Стога је вероватно значајнији податак дужина одсуствовања. Дужина одсуства која је у највећем броју случајева била до 5 и 10 дана, указује да су била краћа одсуствовања због болести или годишњег одмора. Мислимо да ови *подаци не показују неки озбиљнији апсентизам*. Обзиром да су одласци на боловање у нашим условима „скупи“ јер доводе до умањења прихода који су вероватно за појединца и породицу веома значајни, сматрамо да се због тога професионалци теже одлучују за овакав облик апстиненције од посла. У Србији, за разлику од многих других држава, запослени у систему социјалне заштите деце и младих имају солидан број дана годишњег одмора и због тога сматрамо да је препоручљиво и могуће повремено користити краће предахе од посла како би запослени сакупили потребну снагу и освежили се. На тај начин не би доводили себе у ситуацију да преплављеност послом, умор и стрес буду толики да не могу да се опусте и да тело и психа претходно захтевају додатно време за смиривање и пад тензије како би професионалци могли да започну се одмором.

Када смо постављали трећу хипотезу, пошли смо од размишљања како *свако радно место унутар појединих установа* има неке своје специфичности и како постоји могућност да баш те разлике доприносе појави показатеља изгарања на послу и викаријске трауматизације.

Највећу проценат испитаника који имају изражен синдром изгарања су водитељи случаја као и супервизори и руководиоци служби, што показују

резултати два коришћена упитника. По СВИ упитнику испитаници на овим радним местима су показали изгарање на све три подскеле, и на личном нивоу, у вези са послом и клијентом. Дефинисање ових радних позиција урађено је у Правилнику о организацији и систематизацији послова Центра за породични смештај и усвојење Београд (2014), и у Правилнику о унутрашњој организацији и систематизацији послова и радних задатака у Градском центру за социјални рад у Београду (2013) у делу систематизације радних места по организационим јединицама ГЦСР (чл.32., чл.33., чл.34). Послови водитеља случаја подразумевају вођење случаја, процену, избор стратегија и доношење одлука, што су веома одговорни послови. Процес доношења одлука може бити компликован и у неким ситуацијама може изазивати несигурност и сумњу код професионалаца у донету одлуку. Ови професионалци једини имају обавезу дежурства у виду 24 часовне доступности на позив. Овај део посла због нивоа одговорности, страха од грешке и осуде јавности, и разних других притисака, може бити веома стресан за запослене у ГЦСР.

Подаци из истраживања наводе на закључак да су и супервизори под великим притиском. Од водитеља случаја, преко супервизора до руководиоца службе одговорност хијерархијски расте. Према правилницима о раду за сваку појединачну установу, ЦПСУ и ГЦСР имају предвиђену супервизију за своје запослене и радно место супервизора. Послови супервизора у ЦПСУ дефинисани су у Правилником о организацији и систематизацији послова ЦПСУ у Београду (2014), у делу Систематизација послова и задатака (чл.22). Супервизори у обе институције један део радног времена по потреби проводе као водитељи случаја односно саветници за хранитељство, а остатак на супервизијској подршци колегама, а подршка њима изостаје. У периоду када је супервизија била уведена у ове установе, за сваког супервизора је била обезбеђена стручна подршка стручњака из Републичког завода за социјалну заштиту. Овај вид подршке супервизорима у протеклој години је изостао. У извештају о раду центара за социјални рад у Србији за 2015. годину истиче се да се због различитих радних задатака које супервизори обављају, смањује се време за супервизијске активности, док је примећено да супервизори све више времена проводе у улози водитеља случаја. Поред овога износи се и податак да је у току 2014. забележен

„пад реализованих и групних и индивидуалних састанака супервизије, а узроке је могуће потражити и у изостанку пружања континуиране стручне подршке супервизорима“ (Републички завод за социјалну заштиту, 2015а:12). Резултати истраживања које је спровела Полић говоре да је у ГЦСР „54,4% супервизора радно ангажовано и на позицији водитеља случаја, што мпоже представљати додатно оптерећење за супервизоре услед двоструке улоге“ (Полић, 2016:52). Рекли би да ангажовањем на оба радна задатка може доћи до сукоба професионалних улога код супервизора који немају довољно времена да се сваком водитељу случаја појединачно посвете у довољној мери. Поставља се питање да ли оваква подела рада истински оставља супервизорима довољно времена да се квалитетно посвете обављању и једног и другог посла? У извештају Републичког завода за социјалну заштиту истичу да се супервизорима у ЦСР „повећао обим других послова до мере да ова пракса отвара и питање даљег постојања и опстанка функције супервизије“ (Републички завод за социјалну заштиту 2015а:5).

Радно место супервизора је једна од позиција на коју се „поставља“ од стране руководиоца одељења уз сагласност самог професионалца. Да ли је та позиција „жељена“ у датим околностима и да ли је подржана од колектива тј. не изазива отпор. Отпор запослених према супервизору могао би да појачава стрес код свих учесника у супервизији, али да и смањује његову продуктивност. Полић наводи да резултати истраживања говоре да „већина водитеља случаја сматра да њихови супервизори поседују знања и вештине за спровођење супервизије (74,6%), као и искуство у раду за обављање супервизије (74,5%), што се поклапа са ставовима супервизора од којих 90,9% се слаже са овим тврдњама“ (Полић, 2016:70). Поред тога резултати истраживања говоре да између супервизора и водитеља случаја постоји поверење и међусобно поштовање, да су водитељи случаја мотивисани да одлазе на супервизијске састанке, да активно учествују у супервизијском процесу, да отворено разговарају са супервизором, што наводи на закључак да водитељи случаја *немају отпор према супервизији* (Полић, 2016).

Одговори добијени од испитаника у истраживању, на питања о *супервизији* веома су занимљиви, јер једним делом показују несклад између законске

регулативе и ситуације на терену, а указују и да постоји потреба за захтевима посла примеренијом и доступнијом супервизијом.

Наиме, законском регулативом је одређено да професионалци из ГЦСР и ЦПСУ имају обезбеђену супервизију, а за професионалце у ЦЗОДО И Прихватилиштима не постоји такво законско одређење и „Правилником о раду“ није планирана и прописана супервизија, нити у систематизацији послова постоји радно место супервизора. У истраживању смо испитаницима поставили питање да ли имају обезбеђену индивидуалну и групну супервизију и момгућили им да се изјасне позитивно - да им је обезбеђена, негативно- да супервизија није обезбеђена и да се супервизија обезбеђује према потреби.

Готово сви запослени у ЦПСУ су се изјаснили да имају обезбеђену *индивидуалну супервизију*, а преостали да је имају по потреби. У ГЦСР нешто више од половине запослених изјављује да има обезбеђену индивидуалну супервизију, док трећина сматра да супервизију има по потреби. Интересантан податак је да **12,5% професионалаца у ЦЗОДО** тврди да има обезбеђену индивидуалну супервизију. Док трећина сматра да им је обезбеђена по потреби. У Прихватилиштима запослени изјављују да немају обезбеђену индивидуалну супервизију, док њих 14,3% по потреби имају обезбеђену супервизију. Резултати добијени од испитаника у ЦЗОДО, указују да неки облик индивидуалне супервизије постоји иако „Правилником о раду“ није предвиђена супервизија. Професионалци у ЦЗОДО су препознали да постоји потреба за супервизијом, па су у склопу ДИП програма (додатни индивидуални појачани програм) организовали супервизију. Ова супервизија организована је на начин да стручни сарадник из једне организационе јединице супервизира рад колега из друге организационе јединице, и то само у специфичним случајевима када је теретман детета захтевнији, тј. када дете има изразите тешкоће у понашању. Професионалци из ЦЗОДО и Прихватилишта који су се изјаснили да имају супервизију по потреби, највероватније под том супервизијом подразумевају консултације са неким од колега. Резултати добијени од професионалаца у ГЦСР, да се за њих 34,4% индивидуална супервизија обезбеђује по потреби у складу је са подацима из извештаја Републичког завода за социјалну заштиту. У том извештају

како смо видели констатује повећање броја корисника, жртава породичног насиља и тиме и повећањем обима посла, па ту имамо простор у којем треба тражити разлог оваквом резултату (Републички завод за социјалну заштиту 2015а). Сматрамо да резултати сугерише да у датим условима подељене професионалне улоге које имају супервизори не могу бити задовољене на начин на који се од њих то захтева, па се налазе компромисна решења на уштрб помоћи и подршке водитељима случаја.

На питање о обезбеђености *групне супервизије*, 55,6% запослених у ЦПСУ изјаснило се да има обезбеђену групну супервизију, а нешто више од трећине запослених има обезбеђену групну супервизију по потреби. У ГЦСР 18,8% професионалаца тврди да има обезбеђену групну супервизију, док је супервизија по потреби обезбеђена за трећину професионалаца. Професионалци из ЦЗОДО изјаснили су се да 40,6% има обезбеђену групну супервизију, а њих 12,5% да им је обезбеђена по потреби. У Прихватилиштима 28,6% запослених тврди да имају обезбеђену супервизију, а по потреби је супервизија обезбеђена за 9,5% професионалаца у тој установи. Наведеним подаци упућују на закључак да више од 45% професионалаца у ГЦСР, ЦЗОДО и Прихватилиштима нема обезбеђену групну супервизију, и да се у свим установама предност даје индивидуалној супервизији. Поред тога, обзиром да се одређен број професионалаца из ЦЗОДО и Прихватилишта изјаснио да има обезбеђену групну супервизију, такав податак нас наводи на закључак да су се запослени препознали потребу за супервизијом и да су се сами организовали у датим околностима. У Прихватилишту за децу са прихватном станицом постоји неформални облик међусобне подршке тзв. неформална интервизија, а односи се на услуге које се пружају деци и емоцијама са којима се носе запослени, док се у Прихватилишту за злостављану децу тимски састанци по потреби могу бити искоришћени за супервизијску подршку. И неформална интервизија коју професионалци могу пружити једни другима може им омогућити подршку колега, затим поделу задатака у циљу растерећења, размену знања, искуства, дилема и осећања везаних за посао, као и развој вештина путем повратних информација које добронамерно размењују.

На основу добијених резултата можемо да закључимо да континуирану помоћ у виду супервизије имају професионалци у ЦПСУ, док је најмање подршке обезбеђено професионалцима из Прихватилишта.

Професионалцима у заштити деце и младих који су се у истраживању изјаснили да имају супервизију или да је имају по потреби, постављено је питање о задовољству супервизијом. “Доживљај супервизије је делимично субјективан, па је разумно претпоставити да је искуство са супервизијом везано за природу односа са супервизором“ (Peled-Avram, 2015), али и са доприносом добробити корисника. Задатак испитаника је био да се одреди степен задовољства добијеном супервизијом. Добијени резултати говоре да је око 85% испитаника задовољно или делимично задовољно индивидуалном и групном супервизијом. Када се задовољство *индивидуалном супервизијом* посматра у односу са установом у којој су професионалци запослени, најзадовољнији супервизијом су они професионалци чија супервизија је званичан процес унутар установе у којој раде, што значи у ГЦСР и ЦПСУ. Изричито незадовољство индивидуалном супервизијом исказало је 5,1% професионалаца и то само из ГЦСР. У оцени *групне супервизије* у свим установама, чак око 87% професионалаца се изјаснило да су задовољни или делимично задовољни групном супервизијом, док је акценат на исказаном делимичном задовољству. Изразито незадовољство исказало је 2,9% професионалаца само у ГЦСР.

У систему социјалне заштите Србије, примењује се англосаксонски (Кадушинов) модел супервизије и делује да је нагласак је стављен на административну функцију супервизије, која једним делом представља и облик контроле. Ово потврђују и резултати истраживања, и како истиче Бранковићева „фокус супервизијске подршке је углавном на мониторингу радног процеса, са веома мало времена за едукативну и подржавајућу функцију супервизије, што потврђују водитељи случаја који извештавају да им супервизија више користи у непосредном раду са корисницима него у развоју компетенција и психолошком растерећењу, као и супервизори, који у најмањој мери виде ефекте супервизије у области психолошког растерећења иако сматрају супервизију значајним фактором за умањивање стреса и професионалног изгарања (Бранковић, 2015:62). Са друге



стране имамо резултате истраживања које је у ГЦСР провела Полић чији резултати говоре да „супервизија нема фокус искључиво на контроли квалитета рада водитеља случаја. Ни један супервизор не сматра да је фокус супервизије коју спорводи на контроли квалитета рада водитеља случаја, док је 21,6% водитеља случаја навело да је на томе фокус супервизије коју има“ (Полић, 2016:76). Испитаници у овом истраживању изјаснили су се да је фокус супервизије на подршци у фазама стручног поступка, потом на подршци при савладавању оптерећења при стручном раду, а потом и на развоју знања и вештина код водитеља случаја. Ипак, већина испитаника у овом истраживању изјаснило се да сматрају да је потребно обезбедити другачији облик супервизије. Полић према добијеним подацима закључује да „постојећи модел супервизије у Центру за социјални рад је процењен као као добар али није у потпуности прилагођен потребама водитеља случаја и супервизора, те већина сматра да је потребно обезбедити другачији модел супервизије“ (Полић, 2016:76).

Супервизор треба да буде стручњак са великим искуством у раду, у коју професионалци (сарадници) имају поверења, чија знања цене, да им је лако доступна и да верују у њену добронамерност. Подаци који говоре о задовољству пруженом супервизијом показују да су професионалци углавном задовољни супервизијом, а свега 5% професионалаца није задовољно супервизијом, што је у складу са подацима из нашег истраживања. Добијени резултати указују да професионалци у ГЦСР и ЦПСУ имају већу потребу за административном функцијом, док су се професионалци из ЦЗОДО и Прихватилишта одлучили за подржавајућу функцију супервизије. Ипак, резултати истраживања Бранковићеве (2015) допуњују наше закључке указујући да код водитеља случаја и код супервизора у ГЦСР, постоји свест да би супервизија могла понудити више у области психолошког растерећења иако сматрају супервизију значајним фактором за умањивање стреса и професионалног изгарања.

Резултати нашег истраживања говоре да обезбеђеност личне и групне *супервизије не показују повезаност са развојем викаријске трауматизације*. Разлог овоме можемо тражити у облику супервизије која се пружа професионалцима. У литератури се углавном нагласак ставља на клиничку

супервизију или на део супервизије који се односи на психолошко растеређење, као превентивну меру или стратегију за превазилажење викаријске трауматизације, јер код професионалаца повећава самосвесност, омогућава дубље разумевање процеса и нова знања, а доприноси и порасту самоефикасности (Saakvitne, 1996; Hesse, 2002; Trippany et al., 2004; Barton, 2012, Pelad-Avram, 2015; Berger et al., 2014). Према стручној литератури супервизија би требало да обезбеди емоционалну подршку која би ојачала професионалце и омогућила им да се носе са стресом и присуством чинилаца викаријске трауматизације (Dekel, Ginzburg & Hautman, 2004; Knight, 2004; наведено у Weiss et al., 2015). Да подсетимо да је према резултатима истраживања које су спровеле Бранковић (2014) и Полић (2016) фокус супервизије у ГЦСР на мониторингу и подршци у процесу вођења случаја. Стога можемо закључити да супервизија чији фокус није на емоционалном растеређењу професионалаца не показује повезаност са чиниоцима викаријске трауматизације. Због тога можемо да разумемо наше резултате да без обзира да ли је пружена супервизија или не, у нашим условима, нема разлике у повезаности са развојем викаријске трауме.

А када је реч о синдрому изгарања, резултати указују да професионалци којима је обезбеђена *индивидуална супервизија у већој мери испољавају синдром изгарања на личном нивоу*. Бранковић (2014) је у истраживању које је спровела у ГЦСР, на основу добијених резултата утврдила да нити једна од карактеристика супервизије (структура и фокус супервизијске подршке, доступност супервизије, перципирани стил супервизије) не показује повезаност са синдромом изгарања. Поред тога закључила је да „карактеристике супервизије узете заједно не предвиђају значајно интензитет професионалног изгарања“ (Бранковић, 2014:59). Наше резултате можда можемо тумачити имајући у виду разлику у установи, радном месту тиме и карактеристикама посла професионалаца којима је обезбеђена индивидуална супервизија. Резултати говоре да је индивидуална супервизија обезбеђена професионалцима из ЦПСУ и ГЦСР, који су у највећем броју водитељи случаја, саветници за хранитељство, реализатори едукативних програма за хранитеље, супервизори и руководиоци служби. Ови професионалци имају обезбеђену индивидуалну супервизију којој је фокус супервизије на мониторингу и подршци у процесу вођења случаја. Важан податак је да настанку

и развоју синдрому изгарања према стручној литератури највише доприносе организациони фактори (Maslach, 2015; Бацковић, 2012, Osofsky, 2012). Тако да можемо претпоставити да је постојећи облик индивидуалне супервизије најмање је подржавајући са синдромом изгарања на личном нивоу.

Одговорности на радним местима унутар ЦЗОДО и Прихватилишта су другачије. У нашем истраживању учествовали су стручни сарадници, и васпитачи и медицинске сестре. Дефинисање радних места у ЦЗОДО и Прихватилишту за ургентну заштиту злостављане деце одређено је у Правилнику о организацији и систематизацији послова у ЦЗОДО. Једна посебност радног места васпитача у Прихватилиштима и ЦЗОДО јесте да очекивано подразумева *сменски рад* и рад викендом. Наша размишљања ишла су у правцу да у поподневној смени када деца која иду поподне крену у школу наступа период мирнијег дела дана, а да пред вечеру тензија поново расте. Питали смо се да ли то може бити један од фактора који доприносе да професионалац на позиција васпитача не буде под превеликим ризиком од стреса и трауматизације? Да ли разлика у групној динамици унутар резиденцијалног смештаја у јутарњој и поподневној смени благотворно делује на професионалце који раде у сменама? Или је ангажовање запослених мање у поподневној смени када нема контроле надређених? Поред тога присутна је стална промена у биоритму код професионалаца који смену завршавају једне недеље у 20 или 22 часа, а следеће недеље раде од 6 или 8 часова ујутро. Какав је утицај тих промена на професионалца? За ова радна места карактеристичан је и рад викендом који се јавља у одређеним интервалима. Радно време викендом могло би да доприноси стресу, јер се обавља са смањеним или минималним бројем запослених у смени, а деца за разлику од радног дана не иду у школу. Резултати добијени у овом истраживању говоре да професионалци који не раде у сменама манифестују већи степен синдрома изгарања, а да разлика између присутности чинилаца викаријске трауме није утврђена код ове две групе професионалаца. Овакви резултати нас наводе на закључак да некуи други чиниоци више доприносе настанку и развоју викаријске трауме и синдрома изгарања.

За готово све професионалце у заштити деце и младих, сама помисао на повређено дете је тешка и узнемирујућа. За професионалца може бити тешко изборити се са сумњом да у раду нису начињени пропусти и да својим поступцима није допринео и овако тешком животу те деце и младих. Да је урадио све што је у датим условима и ресурсима у одређеном времену било могуће, али одговорност за промену и напредак треба да буде распоређена и на децу и младе. Овај посао неретко не доводи до жељених промена код клијената, без обзира колико се професионалац труди и квалитетно обавља посао. То могу да буду разлози због којих се код ових професионалаца јавља осећај немоћи. Ови професионалци успостављају емпатијске односе са децом и младима, након извесног времена „вежу се“ једни за друге. Након напуштања дома или „изласка“ из социјалне заштите, професионалцима из прихватилишта и других служби често изостане повратна информација о начину живота, све док не настану проблеми, када се деца и млади враћају у систем социјалне заштите али сада у другачијој улози и са другачијим проблемима. Без обзира на посао који је обављен са децом и младима, професионалцима изгледа остаје непознаница да ли је ту заиста било неког позитивног доприноса, односно да ли је њихов рад био смислен и сврисходан.

#### 6.4. Ограничења истраживања

У спровођењу овог истраживања и тумачењу добијених резултата можемо нагласити неколико ограничења.

- Превод ТАБС упитника са енглеског на српски представља могуће ограничење, јер нисмо могли да га формулишемо у потпуности у духу српског језика из бојазни да би превод са српског на енглески био знатно другачији од оригинала. Због тога се на неким местима у том упитнику види да реченице у ајтемима нису изворно „српске“ уз сав уложени труд. Сматрамо да због тога смисао у самом упитнику није изгубљен, али је могао изазвати незадовољство код испитаника и тако утицати на добијање искрених и потпуних одговора.
- Ограничење истраживања јесте и у томе што је за професионалце из ГЦСР у кратком временском року наше истраживање било трећем истраживање у којем су учествовали и то на сличну тему. Због чињенице да су како показују резултати, у стању професионалног изгарања, ипак су вољни и нађу времена да поред посла који обављају помажу колегама и колегиницама у њиховом академском напредовању. У том процесу оно што их мучи јесте да остају ускраћени за повратну информацију о резултатима истраживања. Поред тога наглашавају да не виде никакву практичну добробит, што су јасно врбализовали (*Какве промене за нас ће изазвати ваше истраживање?*). Због тога можемо посумњати да су неки од њих имали жељу да резултати покажу лошију слику од постојеће, односно да „појачају” симптом како би указали на комплексност своје позиције. Професионалци из осталих установа социјалне заштите деце и младих или нису били испитаници у истраживањима у скорије време и за учествовање у истраживању показали су пуно више воље и интересовања.
- Поред тога, узорак испитаника је пригодан, није вршен стратификовани избор испитаника по установама. Чињеница је да професионалци из ГЦСР

чине скоро половину узорка, али њихова процентуална заступљеност у односу на професионалце из других установа је мања. Узорак је требао бити већи да би заступљеност испитаника из свих установа у којима се спроводило истраживање била пропорционална.

- На крају, узорак у овом истраживању чинили су професионалци у социјалној заштити деце и младих у Београду, па се због тога сви резултати могу интерпретирати само за ову специфичну групу запосленика, али не и за професионалце у социјалној заштити деце и младих из других места у Републици Србији, нити за запослене раднике у другим професијама. За Београд је карактеристично да постоје две велике централизоване установе, а то су ГЦСР и ЦЗОДО, које своје услуге пружају унутар постојећих мањих организационих јединица. Услови, начин и стил живота у Београду се разликују од услова и начина живота у другим градовима, значајна разлика постоји у односу на мања места у Србији. Постоје разлике у доступност територије коју „покрива“ општинско одељење ГЦСР, локалној самоуправи, финансијским средствима и др.

## ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА

Ово истраживање се бавило синдромом изгарања и викаријском траумом код запослених у социјалној заштити деце и младих у контексту квалитета професионалног живота и квалитета услуга у заштити деце. Спроведено истраживање настојало је да омогући да изведемо закључке о томе:

- Каква је поузданости мерних инструмената;
- Који показатељи утичу на истраживане феномене;
- Шта треба унапредити у заштити запослених од подлегања синдрому изгарања и викаријској трауми.

Добијени резултати омогућају да закључимо да се *инструменти* који су коришћени у овом истраживању за испитивање синдрома изгарања могу примењивати на популацију професионалаца у систему социјалне заштите деце и младих. Утврдили смо поузданост подскеале тако што смо израчунали Кронбахов алфа коефицијент, који је за три подскеале СВИ упитника (0,88; 0,89; 0,89) и за три подскеале ProQOL упитника (0,87; 0,78; 0,77) показује задовољавајућу конзистентност. Обзиром да су упитници за испитивање присутности синдрома изгарања доступни без плаћања, кратки и угодни за употребу, а сада и преведени, они се могу користити у развојне и комерцијалне сврхе, не само у академске. Стога, постоје алати са којима је могуће периодично испитивање присутност синдрома изгарања код популације професионалаца запослених у социјалној заштити деце и младих.

Инструмент за испитивање присутности чинилаца викаријске трауматизације такође се показао примењивим за употребу са овом популацијом. И за њега је израчунат Кронбахов алфа коефицијент. Скала упитника у целини има добру унутрашњу конзистентност (0,93), но конзистентност на подскеалама је нижа од 0,72. Овај упитник има 84 ајтема, није доступан беу накнаде, власници ауторских права се труде да их заштите на начин да се упитник купује и потребно је тражити дозволу за публикување података.

*Синдром изгарања и викаријска трауматизација* представљају два комплексна феномена и због тога су и истраживања ових феномена врло изазовна. Надамо се да су теоријски оквири које смо користили, довољни за разумевање и објашњење ових феномена. За дубље проучавање повезаности синдрома изгарања потребно је укључити још неке варијабле како би што прецизније могли да одредимо који то чиниоци у контексту појединачне установе или службе, као специфичности радног места и остали организациони и средински фактори доприносе настанку синдрома изгарања. Обзиром да нетретирана викаријска траума може резултирати синдромом изгарања, у наредним истраживањима се треба бавити и откривањем синдрома изгарања код којих је најзначајнији чинилац била викаријска траума. На тај начин можемо добити јаснију слику заступљености и специфичности синдрома изгарања код професионалаца у заштити деце и младих.. Такође, било би упутно да се предузму конкретни кораци који би професионалцима угроженима синдромом изгарања и викаријском трауматизацијом обезбедили услове за опоравак.

За истраживање ових феномена би било корисно да се група истраживача уједини око ове теме и организује тако да свако ради један део истраживања, а да се резултати анализирају и на појединачном и на групном нивоу. На тај начин истраживање би могло да се уради дубински, укључивањем и квалитативних метода, те би се тако дошло до више варијабли и њиховог међусобног односа, које код ове популације испитаника доприносе настанку викаријске трауматизације и професионалног изгарања. Овим истраживањем ми смо поставили основу за даље истраживање и проучавање синдрома изгарања и викаријске трауматизације и код професионалаца који раде у службама и установама социјалне заштите. Дискусија добијених резултата је указала на неколико повезаних чиниоца који могу допринети настанку изгарања на послу. Резултати добијени на ТАБС упитнику могу бити добра подлога за супервизију унутрашњих процеса код професионалаца. Упитник који смо користили за оцену присутности викаријске трауматизације код професионалаца у социјалној заштити деце и младих, ТАБС упитник, функционише тако да мери ниво нарушености уверења чије постојање је карактеристично за трауматизоване особа, без обзира на начин на који је особа трауматизована.



***У односу на постављене хипотезе, добијени резултати говоре следеће:***

**X1:** Код 30% професионалаца потврђено је присуство показатеља синдрома изгарања, а код 15% професионалаца потврђено је присуство симптома викаријске трауматизације. Чак 8,9% професионалаца истовремено показује симптоме и синдрома изгарања и викаријске трауме.

**X2:** Постоје разлике између присутности показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме код запослених у различитим институцијама, и то тако што највећи ниво синдрома изгарања и викаријске трауме показују професионалци из ГЦСР.

**X3:** Постоје разлике у изражености чинилаца синдрома изгарања и викаријске трауме код запослених унутар појединих институција, у зависности од радног места, тако што највећу присутност синдрома изгарања показују водитељи случаја, а следе их супервизори и руководиоци службе. Присутност викаријске трауматизације највише показују супервизори и руководиоци служби.

**X4:** Резултати истраживање говоре да професионалци који мање времена проводе у директном раду са клијентима манифестују већи степен синдрома изгарања. Разлика између присутности чинилаца викаријске трауме није утврђена код ове две групе професионалаца.

**X5:** Резултати истраживања нису показали да постоји разлика између присутности показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме код запослених у зависности од дужине радног стажа.

**X6:** Резултати показују да се је само 5% испитаника у ГЦСР изјаснило да није задовољно пруженом супервизијом, а постоји већа група која није дала одговоре. Због тога смо покушали да утврдимо да ли постоји разлика између присутности показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме код запослених професионалаца који имају супервизију, и оних који супервизију имају понекад или немају обезбеђену супервизију. Добијени резултати говоре да нема разлике међу групама у присутности показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме.

**X7:** Очекивали смо да ће присуство показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме бити веће код професионалаца чија радна места подразумевају сменски рад, који подразумева и рад викендом и понекад ноћна дежурства. Наши резултати говоре да професионалци који не раде у сменама манифестују већи степен синдрома изгарања. Ти професионалци имају обавезно 24-оро часовно дежурство које није организовано нити плаћено адекватно. Разлика између присутности чинилаца викаријске трауме није утврђена код ове две групе професионалаца.

У нашем истраживању као главни чинилац који доприноси *синдрому изгарања* и викаријској трауматизацији показала се *установа* у којој испитаници раде и актуелно *радno место* са свим својим специфичностима и организационим факторима. Поред тога, резултати говоре да професионалци који мање времена проводе са корисницима у непосредном раду показују виши степен професионалног изгарања као и професионалци који не раде посао у сменама.

Резултати који показују присуство викаријске трауме, говоре да постоји разлика у присутности чинилаца викаријске трауме код професионалаца из различитих установа, као и на различитим радним местима. Поред тога, резултати које смо добили не показују повезаност сменског рада, времена које се проводи у директном раду са корисницима, годинама стажа и супервизије, са изражености чинилаца викаријске трауматизације.

Шта треба предузети у циљу унапређења *заштите запослених* од изложености и подлагања синдрому изгарања и викаријској трауми? У овом раду смо говорили о општим најзначајнијим чиниоцима. Па да резимирамо, *заштита заснована на знањима о трауми (333Т)* нуди оквир у којем се инсистира на следећем:

- Стварање услова за имплементирање 333Т;
- Да се професионалцима обезбеди специјализована едукација о знањима о трауми и начинима рада са трауматизованом децом и младима;

- Да се професионалцима обезбеди супервизија у облику који је у складу са њиховим потребама;
- Успостављање протокола о сарадњи међу системима који учествују у заштити деце и младих, и развој сарадње на нивоу праксе, како би се смањили извори стреса који проистичу из неадекватне сарадње и координације.
- Поред овога потребно је радити у смеру:
  - Доследног наставка започетих процеса трансформације система социјалне заштите
  - Повећања броја запослених у заштити деце, које треба да буде у складу са постављеним циљевима, прокламованих политика и потребама корисника;
  - Децентрализација социјалне заштите и развоја услуга на локалном нивоу;
  - Развој и специјализација услуга како би дошло до растерећења професионалаца;
  - Кориштење рефлексивне праксе у раду;
  - Побољшање организационих услова у виду развоја планирања, процедура и начина вођења евиденције;

У овој дисертацији проучавали смо трауму, викаријску трауму и синдром изгарања, као и елементе заштите деце и младих засноване на знањима о трауми. Сматрамо да је заштита заснована на знањима о трауми најприкладнији приступ у раду са трауматизованим корисницима. Поред принципа које ЗЗЗТ истиче као значајне у раду са корисницима а који су сигурност и поверење, разумевање трауме, индивидуализација, омоћавање, снаге клијента и повећање вештине, овај приступ наглашава да је у заштити трауматизоване деце и младих, професионалац у својој улози јединствен и непроцењив. Сагласно са тим, ако желимо да заштита, услуге и подршка корисницима буду увремењене и пружене на најпримеренији начин у сагласности са најбољим интересом детета, тада се морамо бринути за професионалце и неговати их, јер они предано раде емоционално веома захтеван

посао. Резултати истраживања које смо спровели у оквиру овог рада требало би да нагласе професионалне ризике професионалаца у социјалној заштити деце и младих, који се јављају као последица рада са трауматизованом популацијом.

Истраживање „Присуство синдрома изгарања и викаријске трауматизације код професионалаца у социјалној заштити деце и младих“, реализовали смо у четири установе социјалне заштите у Београду.

Резултати које смо добили показују присуство симптома синдрома изгарања и викаријске трауме код великог броја запослених у систему социјалне заштите деце и младих. Код 30% професионалаца утврђено је присуство показатеља синдрома изгарања, а код 15% професионалаца утврђено је присуство показатеља викаријске трауматизације. Чак 8,9% професионалаца истовремено показује симптоме и синдрома изгарања и викаријске трауме. Највише професионалаца са синдромом изгарања и викаријском траумом долази са радне позиције водитеља случаја из ГЦСР, а следе их руководиоци служби из ГЦСР и супервизори из ГЦСР и ЦПСУ. Резултати истраживања истичу да професионалци из ГЦСР показују високу заступљеност синдрома изгарања и викаријске трауме. Наши резултати показују да професионалци који мање времена проводе у директном раду са клијентима манифестују већи степен синдрома изгарања, док временска изложеност путем непосредног рада са корисницима не утиче на настанак чинилаца викаријске трауматизације. Поред тога, резултати истраживања нису показали да постоји разлика између присутности показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме код запослених у зависности од дужине радног стажа.

Сматрамо да смо овим истраживањем успели да утврдимо постојеће стање присутности показатеља синдрома изгарања и викаријске трауме код професионалаца у социјалној заштити деце и младих. Поред тога добијени резултати треба да чине базу за даље и детаљније анализе могућих чинилаца који су повезани са настанком синдрома изгарања и викаријске трауме у нашим условима. Добијени резултати недвосмислено показују да проблеми синдрома изгарања и викаријске трауматизације код ових професионалаца хитно мора да се

решавају. Истовремено је потребно направити и развијати систем за превенцију настанка ових проблема.

## ***ЛИТЕРАТУРА***

- Ајдуковић, М. и Цјаверт, Љ. (2004) Супервизија психосоцијалног рада као специфичан облик професионалног развоја стручњака у саставу социјалне скрби. У Ајдуковић, М. и Цјаверт, Љ. (ур.) *Супервизија у психосоцијалном раду*. Загреб: Друштво за психолошку помоћ, 13-38. [hrcak.srce.hr/file/6167](http://hrcak.srce.hr/file/6167), посећено 05.05.2016.
- Алечковић Николић, М. (2014) Афективно везивање: отворити и затворити тајну душе. *Искорак*, 5-8. <http://www.hraniteljstvocps.gov.rs/doc/casopis/ISKORAK-Prvi%20broj.pdf>, посећено 02.02.2016.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Armon, G., Shirom, A., Berliner, S., Shapira, I., Melamed, S. (2008) A Prospective Study of the Association Between Obesity and Burnout Among Apparently Healthy Men and Women. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 13, No. 1, 43–57.
- Бацковић, Д., Јевтић, М. (2012) Брнаут синдром као проблем менталног здравља студената медицине. *Медицински Преглед*, LXV (3-4), 129-132. Нови Сад. <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0025-8105/2012/0025-81051204129B.pdf>, посећено 29.02.2016.
- Barker, L. R. (1999) *The social work dictionary*. Washington, DC: NASW Press.
- Barton, S., Gonzales, R., and Tomlinson, P. (2012) *Therapeutic Residential Care for Children and Young People*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Bell, H., Kulkarni, S., Dalton, L. (2003) Organizational Prevention of Vicarious Trauma. *Families in Society. The Journal of Contemporary Human Services*, Volume 84, Number 4. [www.familiesinsociety.org](http://www.familiesinsociety.org), посећено 02.04.2015.
- Berger, R., Quiros, L. (2014) Supervision for Trauma Informed Practice. *Traumatology*, Vol 20, No 4, pp 296 – 301.
- [https://www.researchgate.net/publication/270792673\\_Supervision\\_for\\_Trauma-Informed\\_Practice](https://www.researchgate.net/publication/270792673_Supervision_for_Trauma-Informed_Practice), посећено 14.05.2015.
- Блантер, А. (2001) Психодинамски методи за олакшавање туговања. У П. Ф. Келерман и М.К. Хаџинс (ур) *Психодрама и траума. Одигравање сопственог бола*. Београд: ИАН- International Aid Network.
- Bloom, S. L. (1999) Trauma Theory Abbreviated, Community Works, [http://www.dhs.vic.gov.au/data/assets/pdf\\_file/0005/587966/trauma\\_theory\\_a\\_bbreivated\\_sandra\\_bloom.pdf](http://www.dhs.vic.gov.au/data/assets/pdf_file/0005/587966/trauma_theory_a_bbreivated_sandra_bloom.pdf), посећено 05.06.2016.
- Bloom, S. L. (2003) Caring for the Caregiver: Avoiding and Treating Vicarious Traumatization. [http://www.sanctuaryweb.com/PDFs\\_new/Bloom%20Caring%20for%20Caregiver.pdf](http://www.sanctuaryweb.com/PDFs_new/Bloom%20Caring%20for%20Caregiver.pdf). посећено 08.06.2013.
- Bloom, S. L. (2005) The Sanctuary Model of Organizational Change for Children's Residential Treatment. Therapeutic Community. *The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 26(1), 65-81. посећено 13.06. 2013.
- Bloom, S. L. (2011) Trauma organized systems and parallel process. In N. Tehrani (ed) *Managing Trauma in the Workplace: supporting workers and organisations*. (pp 139-153). <http://www.sanctuaryweb.com/Portals/0/Bloom%20Pubs/2011%20Bloom%20Trauma-organized%20systems%20and%20parallel%20process.pdf>, посећено 11.05.2016.
- Bloom, S. L. (2006) Human Service Systems and Organizational Stress, Thinking & Feeling Our Way Out of Existing Organizational Dilemmas, *CommunityWorks*,

- 2006,  
<http://sanctuaryweb.com/Portals/0/Bloom%20Pubs/2006%20Bloom%20Human%20Service%20Systems%20and%20Organizational%20Stress.pdf>, посећено 06.06.2016.
- Bloom, S. L., Yanosy Sreedhar, S. (2008) The Sanctuary Model of Trauma- Informed Organizational Change. *Reclaiming children and youth*, Vol. 17, No. 3, 48-53.  
[https://ncwwi.org/files/Org\\_Environment/Sanctuary\\_Model.pdf](https://ncwwi.org/files/Org_Environment/Sanctuary_Model.pdf), посећено 16.05.2016.
- Bober, T., Regehr, C. (2006) Strategies for Reducing Secondary or Vicarious Trauma: Do They Work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6:1.  
<http://btci.edina.clockss.org/cgi/reprint/6/1/1.pdf>, посећено 05.10.2015.
- Борисављевић, Т. (2014) Успостављање емотивних веза деце на хранитељству са новим људима. *Искорак*, 8-12. Центар за породични смештај и усвојење  
<http://www.hraniteljstvocs.gov.rs/doc/casopis/ISKORAK-Prvi%20broj.pdf>, посећено 02.02.2016.
- Borritz, M., Kristensen, T. S. (2004) Copenhagen Burnout Inventory - Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout. National Institute of Occupational Health Copenhagen.  
<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Billeder-og-logoer/Billeder/Blandede/cbi-first-edition.pdf#>, посећено 19.03.2016.
- Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner J. B., Villadsen, F., Mikkelsen, O. A. & Kristensen, T. S. (2006) Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2006; 34: 49–58.
- Бранковић, И. (2014) Професионално изгарање водитеља случаја и карактеристике супервизијске подршке у центрима за социјални рад. *Необјављени Мастер рад*. Београд: ФПН.



- Бранковић, И. (2015) Карактеристике супервизије у Центру за социјални рад – улоге супервизије у превенцији професионалног изгарања водитеља случаја. *Социјална политика*, 1/2015, 45-67.
- Брк, М. К. (2013) Сложена траума и тешки облици трговине људима: Импликације за психотерапију У И. Корићанац (ур.) *Траума и психотерапија*, зборник радова. Београд: АСТРА.
- Brown, V. B., Harris, M., Fallot, H. (2013) Moving Toward Trauma Informed Practice in Addiction Treatment: A Collaborative Model of Agency Assessment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45 (5), 386-393.  
[https://www.researchgate.net/publication/260519209\\_Moving\\_toward\\_Trauma-Informed\\_Practice\\_in\\_Addiction\\_Treatment\\_A\\_Collaborative\\_Model\\_of\\_Agency\\_Assessment](https://www.researchgate.net/publication/260519209_Moving_toward_Trauma-Informed_Practice_in_Addiction_Treatment_A_Collaborative_Model_of_Agency_Assessment), посећено 17.03.2016.
- Бургунд, А. (2010) Синдром изгарања у помагачким професијама. *Социјална мисао*, вол. 17, бр. 2, стр. 111-120. <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0354-401X/2010/0354-401X1002111B.pdf>
- Burk, P., Carruth, B., Prichard, D. (2011) Counselor self-care in work with traumatized, addicted people. In B. Carruth (ed.) *Psychological trauma and addiction treatment*. New York: Routledge.
- Butler, L. D., Wolf, M. R. (2009) Trauma –Informed Care: Trauma as an Organizing Principle in the Provision of Mental Health and Social Service, *Division 56 Trauma Psychology Newsletter*, Vol. 4, No, 3.
- Центар за заштиту одојчади деце и омладине (2014). <http://www.zvecanska.org.rs/#>, посећено 20.04.2016.
- Центар за породични смештај и усвојење (2010). <http://www.hraniteljstvocps.gov.rs/latinica/>, посећено 20.04.2016.
- Collins English Thesaurus. Glasgow: Harper Collins Publishers Limited.  
<http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english-thesaurus/vicarious>, посећено 21.04.2016.

- Child Welfare Committee, National Child Traumatic Stress Network. (2008). *Child welfare trauma training toolkit: Comprehensive guide* (2nd ed.). Los Angeles, CA & Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress.
- Conradi, L. (2012) The Role of Development in Vulnerability to and Responses to Traumatic Events. In *Chadwick Trauma-Informed Systems Project. Creating Trauma-Informed Child Welfare Systems: A Guide for Administrators* (1st ed.). San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families.
- Conradi, L., Wilson, C., Hendricks, A. (2012) Introduction. In *Chadwick Trauma-Informed Systems Project. Creating Trauma-Informed Child Welfare Systems: A Guide for Administrators* (1st ed.). San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families.
- Cooper, J. L., Aratani, Y. (2013) By What Yardstick Should We Measure Success in Child Welfare Policy? *CW 360 Trauma-Informed Child Welfare Practice*, Winter, pp 14-16. [http://casw.umn.edu/wp-content/uploads/2013/12/CW360-Ambit\\_Winter2013.pdf](http://casw.umn.edu/wp-content/uploads/2013/12/CW360-Ambit_Winter2013.pdf), посећено 16.03.2016.
- Центар за породични смештај и усвојење Београд. Програм рада за 2015. Годину. <http://www.hraniteljstvocps.gov.rs/informacije-o-radu-centra.htm>, посећено 20.04.2016.
- Чабаркапа, М. (2012) Стрес и траума на радном месту у светлу законске регулативе. [www.usvmr.org.rs/radovi2012/14.ppt](http://www.usvmr.org.rs/radovi2012/14.ppt), посећено 17.05.2013.
- Дружић Љуботина, О., Фришчић, Љ. (2014) Професионални стрес код социјалних радника: извори стреса и сагоријевање на послу. *Љетопис социјалног рада*, 21 (1), 5-32 стр.
- Цамоња Игњатовић, Т., Поповић, Д., Духачек, Г. Д. (2010) Родна осетљивост у академском простору: Истраживање ставова према родној равноправности на Универзитету у Београду, ФПН, Годишњак 2010. <http://test.fpn.bg.ac.rs/wp-content/uploads/2011/01/24-Tamara-D%C5%BEamonja-Ignjatovi%C4%87Dragana-Popovi%C4%87Gordana-Da%C5%A1a-Duha%C4%8Dek-Rodna-osetljivost-u-akademskom-prostoru->

[istra%C5%BEivanje-stavova-prema-rodnoj-ravnopravnosti.pdf](#), посећено 07.10.2015.

- Цамоња Игњатовић, Т., Хрнчић, Ј., Жегарац, Н (2011) Инструменти за процену младих са антисоцијалним понашањем, *Зборник ИКСИ*, 1-2, 261-277.
- Elliott, D. E., Vjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L.S., Reed, B. G.(2005) Trauma-Informed or Trauma-Denied: Principles and implementation of Trauma-Informed Services for Women. *Journal of Community Psychology*, Vol. 33, No. 4, 461–477 (2005) © 2005 Wiley Periodicals, Inc. Published online in Wiley InterScience ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)). DOI: 10.1002/jcop.20063, посећено 17.03.2015.
- Farragher, B. and Yanosy, S. (2005) Creating a trauma-sensitive culture in residential treatment. *Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 26 (1), 97-113.
- Figley, C. (1995) Compassion Fatigue: *Coping With Secondary Traumatic Stress In Those Who Treat The Traumatized*. Psychosocial stress series, no23. London: Brunner/Rutledge  
[http://books.google.rs/books?hl=sr&lr=&id=2Cwo47uOEq4C&oi=fnd&pg=PR5&dq=frank+ochberg&ots=PAKDm9ei0u&sig=Y7HIuUud9OsUaDoC1n\\_KVq4fH2g&redir\\_esc=y#v=onepage&q=frank%20ochberg&f=false](http://books.google.rs/books?hl=sr&lr=&id=2Cwo47uOEq4C&oi=fnd&pg=PR5&dq=frank+ochberg&ots=PAKDm9ei0u&sig=Y7HIuUud9OsUaDoC1n_KVq4fH2g&redir_esc=y#v=onepage&q=frank%20ochberg&f=false), посећено 20.11.2014.
- Fraser, J. G., Griffin, J. L., Barto, B. L., Lo, C., Wenz-Gross, M., Spinazzola, J., Bodian, R. A., Nisenbaum, J. M., Bartlett, J. D. (2014) Implementation of a workforce initiative to built trauma-informed child welfare practice and services: Findings from the Massachusetts Child Trauma Project. *Children and Youth Service Review*, 44, 233-242.
- Frey, L. (2009) Permanence or Aging Out? A Matter of Choice. *CW360 Adolescents in the Child Welfare System*. Spring, pp 8-10. [http://cascw.umn.edu/wp-content/uploads/2013/12/CW360\\_Sp2009\\_FINAL.pdf](http://cascw.umn.edu/wp-content/uploads/2013/12/CW360_Sp2009_FINAL.pdf), посећено 11.05.2016.

- Градски центар за социјални рад у Београду. Информатор о раду-ажуриран у марту 2016.године. <http://www.gcsrbg.org/attachments/article/99/ior2016.pdf>, посећено 20.04.2016.
- Грујић, Д. (ур) (2013) *Изазови хранитељства на почетку 21. века*. Зборник радова. <http://www.hraniteljstvocsps.gov.rs/doc/Zbornik%20radova%20sa%20konferencije.pdf>, посећено 02.02.2016.
- Грујић, Н. Л., Cormier, S. (2012) *Savjetovatelj – stručnjak: Procesni vodič kroz pomaganje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hendricks, A. (2012a) Applying a Trauma Lens to Child Welfare Practice. In Chadwick Trauma-Informed Systems Project (2012) *Creating Trauma-Informed Child Welfare Systems: A Guide for Administrators* (1st ed.). San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families.
- Hendricks, A. (2012) Secondary Traumatic Stress in Child Welfare: Multi-Level Prevention and Intervention Strategies. *CW 360, Secondary Trauma and the Child Welfare Workforce*, Spring pp 12-14. [http://ncwwi.org/files/Incentives\\_Work\\_Conditions/Secondary\\_Trauma\\_the\\_CW\\_Workforce\\_CW360.pdf](http://ncwwi.org/files/Incentives_Work_Conditions/Secondary_Trauma_the_CW_Workforce_CW360.pdf), посећено 07.04.2015
- Herman, J. (1997) *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Hernandez, P., Engstrom, D., Gangsei, D. (2010) Exploring the Impact of Trauma on Therapists: Vicarious Resilience and Related Concepts in Training. *Journal of Systemic Therapies*, Vol. 29, No.1, pp 67-83.
- Hesse, A. R. (2002) Secondary Trauma: How working with trauma survivors affects Therapists. *Clinical Social Work Journal*, Vol. 30, No. 3.
- Hodgdon, H. B., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, M. E., Spinazzola, J. (2013) Development and Implementation of Trauma-Informed Programming in Youth Residential Treatment Centers Using the ARC Framework. *Journal of Family Violence*, Vol 28, No.6, Springer.

www.traumacenter.org/products/pdf\_files/ARC\_Trauma\_Treatment\_in\_Youth\_Residential\_Settings\_Hodgdon\_Kinniburgh\_Blaustein\_Spinazzola.pdf, посећено 22.01.2016.

Hopper, E. K., Bassuk, E. L., Olivet, J. (2010) Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings, *The Open Health Services and Policy Journal*, 2010, 3, 80-100, Bentham Open.

Hussein, S., Ismail, M., Manthorpe, J. (2015) Changes in turnover and vacancy rates of care workerd in England from 2008 to 2010: panel analysis of national workforce data. *Health and Social Care in the Community*.  
[https://www.researchgate.net/publication/273152034\\_Changes\\_in\\_turnover\\_and\\_vacancy\\_rates\\_of\\_care\\_workers\\_in\\_England\\_from\\_2008\\_to\\_2010\\_Panel\\_analysis\\_of\\_national\\_workforce\\_data](https://www.researchgate.net/publication/273152034_Changes_in_turnover_and_vacancy_rates_of_care_workers_in_England_from_2008_to_2010_Panel_analysis_of_national_workforce_data), посећено 16.05.2016.

Izzo, E., Carpel Miller, V. (2010) *Second-Hand Shock: Surviving and Overcoming Vicarious Trauma*. Scottsdale, HCI Press.  
[http://books.google.rs/books?hl=sr&lr=&id=nf4jkAbURNEC&oi=fnd&pg=PR11&dq=ellie+izzo&ots=4RtBxIbZT&sig=Y0FQc0ZBprTwkH\\_FaSn13nQ\\_YSg&redir\\_esc=y#v=onepage&q=ellie%20izzo&f=false](http://books.google.rs/books?hl=sr&lr=&id=nf4jkAbURNEC&oi=fnd&pg=PR11&dq=ellie+izzo&ots=4RtBxIbZT&sig=Y0FQc0ZBprTwkH_FaSn13nQ_YSg&redir_esc=y#v=onepage&q=ellie%20izzo&f=false), посећено 20.11.2014.

Janoff-Bulman, R. (1989) Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: Applications of the Schema Construct. *Social Cognition*, 7 (2), pp 113-136.

Jennings, A. (2007) Models for Developing Trauma-Informed Behavioral Health Systems and Trauma-Specific Services. An Update of the 2004 Report.  
<http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/trauma/TraumaModels.pdf>, посећено 16.05.2016.

Kawam, E. (2014) Trauma Informed Care and Social Work Education: A Case Study. *Advances in Social Sciences Research Journal*, Vol. 1, No. 7, 122-132.  
<http://www.socialjusticesolutions.org/2015/09/01/trauma-informed-care-ethics-social-work-education/>, посећено 25.01.2016.

Келерман, П. Ф., и Хаџинс, М. К. (ур) (2001) *Психодрама и траума. Одигравање сопственог бола*. Београд: ИАН- International Aid Network.

- Kennedy, S. C. (2015) Trauma-Informed Care: Strengths and Opportunities for Florida Child Welfare Professionals. Technical Report. *Florida Institute for Child Welfare*.
- Kezelman, C., Stavropoulos, P. (2012) 'The Last Frontier' Practice Guidelines for Treatment of Complex Trauma and Trauma Informed Care and Service Delivery. ADULTS SURVIVING CHILD ABUSE (ASCA).
- Ko, Susan (2007) Creating Trauma-Informed Child-Serving Systems. The National Child Traumatic Stress Network. [http://www.nctsnet.org/sites/default/files/assets/pdfs/Service\\_Systems\\_Brief\\_v1\\_v1.pdf](http://www.nctsnet.org/sites/default/files/assets/pdfs/Service_Systems_Brief_v1_v1.pdf), посећено 09.11.2015.
- Корићанац, И. (2011) Трговина људима, траума и психотерапија. Закључци и препоруке са међународне конференције Савремени психо-социјални изазови у борби против трговине људима. <http://www.astra.org.rs/wp-content/uploads/2011/10/Trgovina-ljudima-trauma-i-psihoterapija-preporuke.pdf>, посећено 17.11.2015.
- Корићанац, И. (2013) Трговина људима, траума и психотерапија. У И. Корићанац (ур.) *Трговина људима. Траума и психотерапија*. Београд: НВО АСТРА.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. and Christensen, K. B. (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19 (3): 192-107. Taylor & Francis [http://www.academia.edu/9447461/The\\_Copenhagen\\_Burnout\\_Inventory\\_A\\_new\\_tool\\_for\\_the\\_assessment\\_of\\_burnout](http://www.academia.edu/9447461/The_Copenhagen_Burnout_Inventory_A_new_tool_for_the_assessment_of_burnout), посећено 10.05.2015.
- Latham Hummer, V., Dollard, N., Robst, J., Armstrong, M. I. (2010) Innovations in Implementation of Trauma-Informed Care Practices in Youth Residential Treatment: A Curriculum for Organizational Change. *Child Welfare* Vol. 89, No. 2. [http://traumaticstressinstitute.org/wp-content/files\\_mf/1281374504innovationsinimplementation2010hummerdollardrobstarmstrong2.pdf](http://traumaticstressinstitute.org/wp-content/files_mf/1281374504innovationsinimplementation2010hummerdollardrobstarmstrong2.pdf), посећено 06.11.2015.

- Leiter, M. P., Maslach, C. (2009) Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17, 331–339.
- Lloyd, C., King, R. and Chenoweth, L. (2002) Social Work, Stress and Burnout: A Review. *Journal of Mental Health*, 11, 3, 255-265.
- Lonne, B. (2003). Social workers and human service practitioners. In M. Dollard, A. Winefield & H. Winefield (Eds.) *Occupational stress in the service professions*. London: Taylor and Francis.
- Мажетић, Ј. (2012) Дискурс постгенерације. Сећање и идентитет потомака починилаца и жртава холокауста. *Филозофија и друштво*, XXIII (3), 78-90. <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0353-5738/2012/0353-57381203078M.pdf>, посећено 03.11.2015.
- Maslach, C. (2015) *Burnout: The cost of caring*. Los Altos, CA: Malor Books.
- Maslach, C., Leiter, M.P. (2009) Reversing Burnout: How to rekindle your passion for your work. *Stanford Social Innovation Review*, 3(4), pp 42-49.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. (1993) Historical and conceptual development of burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maclach & T. Marek (Eds). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp 1-16). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C. (2011) Burnout and engagement in the workplace: new perspectives. *The European Health Psychologist*, volume 13 issue 3.
- Mathieu, F. (2012) *The Compassion Fatigue Workbook*. New York: Routledge.
- Mattison, T. M. (2012) Vicarious Trauma: The Silent Stressor. <http://www.ncsc.org/~media/Files/PDF/Education%20and%20Careers/CEDP%20Papers/2012/Vicarious%20Trauma.ashx>, посећено 26.05.2013.
- Michalopoulos, L., Aparicio, E. (2012) Vicarious Trauma in Social Workers: The Role of Trauma History, Social Support, and Years of Experience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21, 646-664.

- Meichenbaum, D. Self-Care for Trauma Psychotherapists and caregivers: Individual, Social and Organizational. [http://www.melissainstitute.org/documents/Meichenbaum\\_SelfCare\\_11thconf.pdf](http://www.melissainstitute.org/documents/Meichenbaum_SelfCare_11thconf.pdf), посећено 10.05.2016.
- Милосављевић, М. (2013) Смисао супервизије у социјалном раду. *Социјална мисао* 2/2013. Београд.
- McCann, L., Pearlman, L.A. (1990) Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*, Vol.3, No1. <http://www.regioncpsych.co.za/documents/clinical/resources/peer%20education/VicariousTraumatisation2.pdf>, посећено 21.04.2015.
- Newell, J. M., MacNeil, G. A. (2010) Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. *Best Practices in Mental Health*, Vol. 6, No. 2. [http://www.iupui.edu/~mswd/S501/multimedia/word\\_doc/burnoutarticle.pdf](http://www.iupui.edu/~mswd/S501/multimedia/word_doc/burnoutarticle.pdf), посећено 20.02.2016.
- Нељдехин-Иванишевић, Љ., Радовановић, Ј., Вуковић-Јовановић, М. (2010) *Ургентно хранитељство-водич за хранитеље и професионалце*. Београд: Центар за породични смештај деце и омладине.
- Neukrug, E. (2012, 2007) *The World of the Counselor: An introduction to the Counseling Profession*. Belmont: Brooks/Cole. Cengage Learning. [https://www.nelsonbrain.com/content/neukrug34318\\_0840034318\\_02.01\\_chapter01.pdf](https://www.nelsonbrain.com/content/neukrug34318_0840034318_02.01_chapter01.pdf), посећено 11.05.2016.
- Nsonwu, M. B., Casey, K., Cook, S. W., Armendariz, N. B. (2013) Embodying Social Work as a Profession: A Pedagogy for Practice. *Sage Open*, 1-8. <http://sgo.sagepub.com/content/spsgo/3/3/2158244013503835.full.pdf>, посећено 20.04.2015.



NCTSN Core Curriculum on Childhood Trauma Task Force (2012). *The 12 core concepts: Concepts for understanding traumatic stress response in children and families. Core Curriculum on Childhood Trauma*. Los Angeles, CA, and Durham, NC: UCLA-Duke University National Center for Child Traumatic Stress. [www.nctsn.org/resource/audience/parents-caregivers/what-is-cts/12-core-concepts](http://www.nctsn.org/resource/audience/parents-caregivers/what-is-cts/12-core-concepts), посећено 18.01.2016.

NCTSN - The National Child Traumatic Stress Network. *Effects of Complex Trauma*. [www.nctsn.org/trauma-types/complex-trauma/effects-of-complex-trauma](http://www.nctsn.org/trauma-types/complex-trauma/effects-of-complex-trauma), посећено 19.01.2016.

Osofsky, J. D. (2012) Vicarious Traumatization and Work in Child Welfare Organizations: Risk, Prevention, and Intervention. *CW 360, Secondary Trauma and the Child Welfare Workforce*, Spring, pp 14. [http://ncwwi.org/files/Incentives\\_Work\\_Conditions/Secondary\\_Trauma\\_the\\_CW\\_Workforce\\_CW360.pdf](http://ncwwi.org/files/Incentives_Work_Conditions/Secondary_Trauma_the_CW_Workforce_CW360.pdf), посећено 07.04.2015

Pack, M. (2013) Vicarious Traumatization and Resilience: An Ecological Systems Approach to Sexual Abuse Counsellors' Trauma And Stress. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*. 5 (2), 69-76.

Pack, M. (2014) Vicarious resilience: A Multilayered Model of Stress and Trauma. *Journal of Women and Social Work*. Vol. 29(1), 18-29. <http://aff.sagepub.com/content/29/1/18.full.pdf+html>, посећено 20.04.2015.

Pallant, J. (2009) *СПСС - Приручник за преживљавање*. Београд: Микрокњига.

Pearlman, L. A. (2003) *Trauma and Attachment Beliefs Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Pearlman, L. A. (2003a) *Trauma and Attachment Beliefs Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services. [https://www.wpspublish.com/store/Images/Downloads/Product/TABS\\_Manual\\_Chapter\\_1.pdf](https://www.wpspublish.com/store/Images/Downloads/Product/TABS_Manual_Chapter_1.pdf), посећено 10.05.2016

- Pearlman, L. A. (2012) What Can Child Welfare Workers Do about Vicarious Trauma? *CW 360, Secondary Trauma and the Child Welfare Workforce*, Spring, pp 20. [http://ncwwi.org/files/Incentives\\_Work\\_Conditions/Secondary\\_Trauma\\_the\\_CW\\_Workforce\\_CW360.pdf](http://ncwwi.org/files/Incentives_Work_Conditions/Secondary_Trauma_the_CW_Workforce_CW360.pdf), посећено 07.04.2015
- Pearlman, L. A., & McKay, L. (2008) *Understanding and Addressing Vicarious Trauma*. Headington Institute. [http://www.headington-institute.org/files/vtmoduletemplate2\\_ready\\_v2\\_85791.pdf](http://www.headington-institute.org/files/vtmoduletemplate2_ready_v2_85791.pdf), посећено 17.02.2016.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995) *Trauma and the Therapist*. New York: A Norton Professional book, W.W. Norton & Company.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995a) Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. Figley (Ed.) *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 150–177). New York: Brunner/Mazel.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995b) Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. *Professional Psychology: Research and Practice* 1995, Vol. 26, No. 6, pp 558-565. <http://www.regioncpsych.co.za/documents/clinical/resources/peer%20education/VicariousTraumatisation1.pdf>, посећено 21.04.2015.
- Peled-Avram, M. (2015) The Role of Relational-Oriented Supervision and Personal and Work-Related Factors in The Development of Vicarious Traumatization. *Clinical Social Work Journal*, Vol 43, No 4. [https://www.researchgate.net/publication/288700397\\_The\\_Role\\_of\\_Relational-Oriented\\_Supervision\\_and\\_Personal\\_and\\_Work-Related\\_Factors\\_in\\_the\\_Development\\_of\\_Vicarious\\_Traumatization](https://www.researchgate.net/publication/288700397_The_Role_of_Relational-Oriented_Supervision_and_Personal_and_Work-Related_Factors_in_the_Development_of_Vicarious_Traumatization), посећено 14.05.2016.
- Пенезић, Н., Дрезгић, И., Лалић, Б. (2008.) Синдром изгарања код МБА студената, XIV Скуп ТРЕНДОВИ РАЗВОЈА : „ЕФИКАСНОСТ И КВАЛИТЕТ

БОЛОЊСКИХ СТУДИЈА“ Копаоник, 03. – 06 03. 2008.  
[http://www.trend.uns.ac.rs/stskup/trend\\_2008/radovi/Tema5/T5-14.pdf](http://www.trend.uns.ac.rs/stskup/trend_2008/radovi/Tema5/T5-14.pdf)

Перишић, Н., Пантелић, М., Видојевић, Ј. (2015) Заступљеност проблематике социјалне искључености у наставним плановима и програмима на факултетима Универзитета у Београду. У: Н. Жегарац, Ј. Тодоровић *Образовање у области социјалног рада и социјалне политике за 21. век*. Ниш: Универзитет у Нишу.  
[http://www.udruzenjesz.rs/images/PDF/Obrazovanje\\_u\\_oblasti\\_socijalnog\\_rada\\_ver\\_11-03-2015.pdf](http://www.udruzenjesz.rs/images/PDF/Obrazovanje_u_oblasti_socijalnog_rada_ver_11-03-2015.pdf), посећено 16.05.2016.

Петричковић, М. (2010) Етичка каузалност синдрома професионалног изгарања и слободне воље у социјалном раду. *Годишњак Факултета политичких наука*, бр. 4, 395-415. Београд: ФПН.

Полић, С. (2016) Утицај супервизије на професионални развој водитеља случаја у Центру за социјални рад. *Необјављени Мастер рад*. Београд: ФПН.

Роров, В., Милјановић, М., Стојаковић, М., Матановић, Ј. (2013) Work Stressors, Distress and Burnout: The role of Coping Strategies. *Применјена психологија*, Vol.6 (4), str 355-370.

Правилник о унутрашњој организацији и систематизацији послова и радних задатака у Градском центру за социјални рад у Београду, април 2013.

Правилник о стручним пословима у социјалној заштити. ("Сл.гласник РС ", бр. 1/2012 и 42/2013).

Правилник о нормативима и стандардима за обављање послова и делатности у установама у којима се остварују права из социјалне заштите о чијем се обезбеђивању стара Град Београд ("Сл. Лист града Београда ", бр. 39/2007, 44/2007, 2/2012 и 16/2014).

Прихватилиште за децу, Београд 2009-2015. <http://www.prihvatiliste.rs/onama.html>, посећено 20.04.2016.

- Princeton University "About WordNet." WordNet. Princeton University. 2010.  
<http://wordnetweb.princeton.edu/perl/webwn?s=vicarious&sub=Search+WordNet&o2=&o0=1&o8=1&o1=1&o7=&o5=&o9=&o6=&o3=&o4=&h=> ; посећено 21.04.2016.
- Pross, C. (2006) Burnout, vicarious traumatization and its prevention.  
[http://www.irct.org/files/filer/torturejournal/16\\_1\\_2006/page\\_1-9.pdf](http://www.irct.org/files/filer/torturejournal/16_1_2006/page_1-9.pdf), посећено 26.05.2013.
- Random House Kernerman Webster's College Dictionary, Revised & Updated © 2010  
 K Dictionaries Ltd, by arrangement with Random House Information Group.  
<http://www.kdictionaries-online.com/DictionaryPage.aspx?ApplicationCode=18#&&DictionaryEntry=vicarious&SearchMode=Entry>, посећено 20.04.2016.
- Riebel, J. (2012) We Need to Pay Attention. *CW 360, Secondary Trauma and the Child Welfare Workforce*, Spring, pp 33.  
[http://ncwwi.org/files/Incentives\\_Work\\_Conditions/Secondary\\_Trauma\\_the\\_CW\\_Workforce\\_CW360.pdf](http://ncwwi.org/files/Incentives_Work_Conditions/Secondary_Trauma_the_CW_Workforce_CW360.pdf), посећено 07.04.2015.
- Ringel, S., Brandell, J. R. (eds) (2013) Trauma: Contemporary Directions in Theory, Practice and Research. *Social Work Education*, Vol 32. No1.
- Роуз, Џ. (2013) Друштвена заштита у приватној служби – старање о туђој деци под окриљем властитог дома! У Д. Грујић (ур) *Изазови хранитељства на почетку 21. века*. Зборник радова. Београд: Центар за породични смештај и усвојење.  
<http://www.hraniteljstvocps.gov.rs/doc/Zbornik%20radova%20sa%20konferencije.pdf>, посећено 02.02.2016.
- Saakvitne, K. W., Pearlman, L. A. (1996) *Transforming the pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Scanlon, C. (2013) Caring for Caregivers: Personal, Supervisory, and Organizational Approaches to Addressing Compassion Fatigue.

<http://www.ncsc.org/~media/Files/PDF/Education%20and%20Careers/CEDP%20Papers/2012/Vicarious%20Trauma.ashx>, посећено 20.02.2013.

Shackelford, K. K. (2012) Occupational Hazards of Work in Child Welfare: Direct Trauma, Secondary Trauma and Burnout. *CW 360, Secondary Trauma and the Child Welfare Workforce*, Spring, pp 6-8. [http://ncwwi.org/files/Incentives\\_Work\\_Conditions/Secondary\\_Trauma\\_the\\_CW\\_Workforce\\_CW360.pdf](http://ncwwi.org/files/Incentives_Work_Conditions/Secondary_Trauma_the_CW_Workforce_CW360.pdf), посећено 07.04.2015.

Schaufeli, W. B., Greenglass, E. R. (2001) Introduction to Special Issue on Burnout and health. *Psychology and Health*. 2001, Vol. 16, pp. 501-510.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. and Maslach, C. (2008) Burnout: 35 years of research and practice. <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/311.pdf>, посећено 19.10.2013.

Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R., Schaufeli, W. (2000) The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-SG) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 53-66. <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/130.pdf> посећено 04.05.2016.

Shirom, A. (2003) Job-related bournout. In J. C. Quick & L.E. Tetrick (eds). *Handbook of occupational health psychology*. (pp.245-265). Washington DC: American Psychological Association.

Славковић, Б. (2010) Трговина људима - искуство комплексне трауме. Неопходност заштите преживелих од ретрауматизације од стране институција, професионалаца и процедура. У М. Анђелковић (ур.) *Сузбијање трговине људима – добре праксе. Приручник за институције*. Београд: Астра - акција против трговине људима. <http://www.astra.org.rs/wp-content/uploads/2008/07/Prirucnik-za-institucije.pdf> посећено 12.05.2016.

- Sommer, C. A. (2008) Vicarious Trauma, Trauma-Sensitive Supervision and Counselor Preparation. *Education and Supervision*, Vol 48, Issue 1, pp 61-71. <http://delawaredvr.pbworks.com/f/vicarioustraum.pdf>, посећено 10.06.2013.
- Срна, Ј. (2011) Брига о помагачима. У В. Ишпановић-Радојковић, (ур) *Заштита деце од злостављања и занемаривања – примена општег протокола*. Београд: Центар за права детета.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. 2ndEd. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Rockville, MD: SAMHSA, 2014. [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201), посећено 25.01.2016.
- Tan, Siang-Yang (2011) *Counseling and Psychotherapy: A Christian Perspective*. Grand Rapids. Michigan: Baker Academic.
- Tarabić, B. N., Tomac, P. (2013) Posttraumatski stresni poremećaj. *Gyrus*, 1, 34-41. [http://gyrus.hiim.hr/images/gyrus1/Gyrus1\\_Part5.pdf](http://gyrus.hiim.hr/images/gyrus1/Gyrus1_Part5.pdf), посећено 09.05.2016.
- The Free Dictionary, by Farlex, <http://www.thefreedictionary.com/vicarious>, посећено 20.04.2016.
- Thomas, C., Rose, J. (2010) The Relationship between Reciprocity and the Emotional and Behavioural Responses of Staff. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 167-178.
- Требјешанин, Ж. (2004) *Речник психологије*. Београд: Стубови културе.
- Trippany, R. S., White Kress, V. E., Wilcoxon, S. A. (2004) Preventing Vicarious Trauma: What counselors Should Know When Working With Trauma Survivors. *Journal of Counseling and Development*, Vol 82, Issue 1, pp 31-37.
- Valent, P. (2002) Diagnosis and Treatment of Helpers Stresses, Traumas, and Illnesses. In C. R. Figley (ed) *Trating Compassion Fatigue*. Psychosocial stress series, no

24. New York: Brunner-Routledge. [http://www.paulvalent.com/wp-content/uploads/2013/02/helper\\_stress\\_03.pdf](http://www.paulvalent.com/wp-content/uploads/2013/02/helper_stress_03.pdf), посећено 01.03.2013.

Вељковић, Ј. (2014) *Психодрама и промена*. Београд: Задужбина Андрејевић.

Видановић, И. (2006) Речник социјалног рада. Београд: Ауторско издање.

Влајковић, Ј. (2005) Животне кризе превенција и превазилажење. Београд: ИП „Жарко Албуљ“.

Вукоњи, Ј. (2013) Релације димензија организационе културе и различитих организационих исхода у предузећима у Србији. *Необјављена докторска дисертација*. Универзитет у Новом Саду. Технички факултет „Михајло Пупин“ у Зрењанину. <http://www.cris.uns.ac.rs/DownloadFileServlet/DisertacijaDisertacijaVukonjski.pdf?controlNumber=%28BISIS%2985313&fileName=DisertacijaVukonjski.pdf&id=1157>, посећено 22.02.2016.

Weiss Dagan, S., Ben-Porat, A., Itzhaky, H. (2015) Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization. *Child Abuse and Neglect*, 51. [https://www.researchgate.net/publication/283640155\\_Child\\_protection\\_workers\\_dealing\\_with\\_child\\_abuse\\_The\\_contribution\\_of\\_personal\\_social\\_and\\_organizational\\_resources\\_to\\_secondary\\_traumatization](https://www.researchgate.net/publication/283640155_Child_protection_workers_dealing_with_child_abuse_The_contribution_of_personal_social_and_organizational_resources_to_secondary_traumatization), посећено 11.05.2016.

Wilson, C. E. (2013) The Emergence of Trauma-Informed Child Welfare Systems. *CW360 trauma-Informed Child Welfare Practice*, Winter, pp 12-14. [http://casw.umn.edu/wp-content/uploads/2013/12/CW360-Ambit\\_Winter2013.pdf](http://casw.umn.edu/wp-content/uploads/2013/12/CW360-Ambit_Winter2013.pdf), посећено 16.03.2016.

Xanthopoulou, D., Meier, L. L. (2014) Daily burnout experience: critical events and measurement challenges. In Leiter, M. P., Bakker, A. B., Maslach, C. (2014) *Burnout at Work: a psychological perspective*. New York: Psychology Press, Taylor & Francis group.

Закон о социјалној заштити (2011) "Службени Гласник РС", бр. 24/2011.

- Жегарац, Н. (2004) *Деца која чекају*. Save the Children, UK, Београдска канцеларија. Београд: Центар за права детета.
- Жегарац, Н. (2005) Основне вредности и принципи социјалног рада. У Видановић, И. (2005) *Појединац и породица*. Београд: Ауторско издање.
- Жегарац, Н. (ур.) (2014) *У лавиринту социјалне заштите: поуке истраживања о деци на породичном и резиденцијалном смештају*. Београд: Факултет политичких наука и УНИЦЕФ.
- Жегарац, Н., Бургунд, А. (2014а) Како водитељи случаја процењују снаге детета, породице и заједнице. У: Н. Жегарац (ур.) *У лавиринту социјалне заштите: поуке истраживања о деци на породичном и резиденцијалном смештају*. Београд: Факултет политичких наука и УНИЦЕФ. стр од 267 – до 285
- Жегарац, Н. (2014б) Систем заштите деце у Србији. У: Н. Жегарац (ур.) *У лавиринту социјалне заштите: поуке истраживања о деци на породичном и резиденцијалном смештају*. Београ: Факултет политичких наука и УНИЦЕФ.
- Жегарац, Н., Вучинић, М., Милановић, М. (2014а) Деца Роми на смештају у систему социјалне заштите у Србији. У: Н. Жегарац (ур.) *У лавиринту социјалне заштите: поуке истраживања о деци на породичном и резиденцијалном смештају*. Београ: Факултет политичких наука и УНИЦЕФ.
- Жегарац, Н., Тодоровић, Ј. (2015) *Образовање у области социјалног рада и социјалне политике за 21. век*. Ниш: Универзитет у Нишу.  
[http://www.udruzenjesz.rs/images/PDF/Obrazovanje\\_u\\_oblasti\\_socijalnog\\_rada\\_ver\\_11-03-2015.pdf](http://www.udruzenjesz.rs/images/PDF/Obrazovanje_u_oblasti_socijalnog_rada_ver_11-03-2015.pdf), посећено 16.05.2016.
- Жегарац, Н., Перишић, Н., Цамоња Игњатовић, Т., Бркић, М., Хрнчић, Ј., Вељковић, Ј., Видојевић, Ј., Бургунд, А., Пантелић, М. (2015.в) *Општи стандарди и компетенције за образовање социјалних радника*.



[http://www.udruzenjesz.rs/images/PDF/Standardi i kompetencije za obrazovanje socijalnih radnika dokument za rapspravu.pdf](http://www.udruzenjesz.rs/images/PDF/Standardi_i_kompetencije_za_obrazovanje_socijalnih_radnika_dokument_za_rapspravu.pdf), посећено 16.10.2015.

The Chadwick Trauma-Informed Systems Project (2012) *Creating Trauma-Informed Child Welfare Systems: A Guide for Administrators* (1st ed.). San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families,  
[http://www.lacdcfs.org/katiea/docs/Trauma Informed CW Systems Guide.pdf](http://www.lacdcfs.org/katiea/docs/Trauma_Informed_CW_Systems_Guide.pdf), посећено 15.05.2016.

*Trauma-Informed Practice Guide* (2013) British Columbia Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. Health Canada. [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf), посећено 24.11.2015.

*Greater Buffalo Trauma-Informed System of Care Community Plan*. Trauma-Informed Community Initiative of WNY Coalition. Commissioned by Health Foundation for Western & Central New York. Investing in Better Health for People and Communities, (2002- 2012).  
[http://www.hfwcny.org/Tools/BroadCaster/Upload/Project327/Docs/HFCWNY Trauma Report Interactive Final.pdf](http://www.hfwcny.org/Tools/BroadCaster/Upload/Project327/Docs/HFCWNY_Trauma_Report_Interactive_Final.pdf), посећено 09.11.2015.

Best Start Resource Centre. (2012) *When Compassion Hurts: Burnout, Vicarious Trauma and Secondary Trauma in Prenatal and Early Childhood Service Providers*. Toronto, Ontario, Canada: author.  
[http://www.beststart.org/resources/howto/pdf/Compassion\\_14MY01\\_Final.pdf](http://www.beststart.org/resources/howto/pdf/Compassion_14MY01_Final.pdf), посећено 22.03.2016.

Републички завод за социјалну заштиту (2015а) *Синтетизован извештај о раду центара за социјални рад у Србији у 2014. годину*.  
<http://www.zavodsz.gov.rs/PDF/izvestaj2015/CENTRI%20ZA%20SOCIJALNI%20RAD.pdf>, посећено 19.03.2016.

Републички завод за социјалну заштиту (2015б) *Синтетизован извештај о раду центара за породични смештај и усвојење у Србији у 2014*.  
<http://www.zavodsz.gov.rs/PDF/izvestaj2015/CENTRI%20ZA%20PORODICNI%20SMESTAJ%20I%20USVOJENJE.pdf>, посећено 19.03.2016.

Републички завод за социјалну заштиту (2015ц) *Извештај о раду установа за смештај деце и младих за 2014. годину.*

<http://www.zavodsz.gov.rs/PDF/izvestaj2015/USTANOVE%20ZA%20SMESTAJ%20DECE%20I%20MLADIH.pdf>, посећено 19.03.2016.

## *Прилози*

### **Изгарање на послу и викаријска траума код запослених у социјалној заштити деце и младих**

Драге колегинице и колеге,

Ово истраживање спроводи се у склопу израде докторске дисертације. Резултати ће бити приказивани за читаву групу тако да ће свако од колега остати анониман.

Молимо Вас да прецизно одговорите на СВА питања, јер ћете тако допринети постизању сврхе овог рада.

Унапред Вам се захваљујемо на сарадњи и колегијалној подршци коју на овај начин пружате ауторки овог истраживања.

мр Емина Борјанић Болић

*Прилог А Упитник о општим подацима испитаника*

**1 [1] Пол\***

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- Женски
- Мушки

**2 [2]Колико имате година? \***

Молимо унесите свој одговор овде:

**3 [3]Колико укупно имате година радног стажа? \***

Молимо унесите свој одговор овде:

**4 [4]У којој установи радите? \***

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- ЦЗОО
- Прихватилиште за децу са прихватном станицом
- ЦСР
- Центар за породични смештај и усвојење

**5 [5]Напишите назив Вашег радног места \***

Молимо унесите свој одговор овде:

**6 [6]Колико година радите на овој позицији? \***

Молимо унесите свој одговор овде:

**7 [7] Колики део радног времена у току дана проводите у непосредном раду са клијентима? \***

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- мање од половине радног времена
- половину радног времена
- више од половине радног времена

**8 [8] Да ли Ваше радно место подразумева сменски рад? \***

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- да
- не
- понекад

**9 [9] Да ли Ваше радно место подразумева рад викендом, барем једном у току месеца? \***

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- Да
- Не

**10 [10] Да ли Ваше радно место подразумева дежурство у виду 24 часовне доступности на позив? \***

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- Да
- Не

**11 [11] Да ли имате хоби? \***

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- Да
- Не

**12 [12] Да ли се рекреативно бавите неким спортом? \***

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- Да
- Не

**13 [13] Да ли сте у последња три месеца одсуствовали са посла (годишњи одмор/боловање...)? \***

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- Да
- Не

**14 [14] Ако сте одсуствовали, наведите колико радних дана сте били одсутни.**

Молимо унесите свој одговор овде:

**15 [15] Да ли имате обезбеђену индивидуалну супервизију на послу? \***

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- да
- не
- по потреби

**16 [16] Уколико је имате, да ли сте задовољни индивидуалном супервизијом?**

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- задовољан/на сам
- делимично сам задовољан/на
- нисам задовољан/на

**17 [17] Да ли имате обезбеђену групну супервизију? \***

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- да
- не
- по потреби

**18 [18] Уколико је имате, да ли сте задовољни групном супервизијом?**

Молимо вас изаберите **само један** од понуђених одговора:

- задовољан/на сам
- делимично сам задовољан/на

- нисам задовољан/на

**19 [19] О чему бисте желели да разговарате са својим супервизором?**

Молимо унесите свој одговор овде:

**Прилог Б TABS упитник (Western Psychological Services , 2003)<sup>10</sup>**

Приказ 5/84 питања овог упитника

Молимо изаберите одговарајући одговор за сваку ставку:

	у потпуност и се не слажем	не слажем се	делимичн о се не слажем	делимичн о се слажем	слажем се	у потпунос ти се слажем
<b>Осећам празнину у себи кад сам сам</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Не могу да престанем да бринем за безбедност других.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Тешко ми је да доносим одлуке.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Осећам се лоше кад ми је потребна туђа помоћ.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Нико ме заиста не познаје.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>10</sup> Sample items of the TABS copyright © 2003, by Western Psychological Services. Reprinted by permission of the publisher, Western Psychological Services. Not to be reprinted in whole or in part for any additional purpose without the expressed, written permission of the publisher (rights@wpspublish.com). All rights reserved



## Прилог В СВИ упитник

### 25 [1]Прва група питања \*

Молимо изаберите одговарајући одговор за сваку ставку:

	увек	често	понекад	ретко	никад
Колико често осећате умор?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Колико сте често физички исцрпљени?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Колико сте често емотивно исцрпљени?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Колико често помислите „ Ја овако више не могу“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Колико се често осећате потпуни умор?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Колико често осећате слабост и имате осећај да ћете се разболети?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли се осећате исцрпљено на крају радног дана?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли сама помисао на још један радни дан код Вас ствара осећај умора?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли на послу сваког минута осећате умор?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли у слободно време имате довољно енергије за пријатеље и породицу?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли сте уморни од рада са клијентима?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли се понекад запитате колико дуго ћете још моћи да радите овај посао?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 26 [2] Друга група питања \*

Молимо изаберите одговарајући одговор за сваку ставку:

	у веома великој мери	у великој мери	донекле	у малој мери	у веома малој мери
Да ли Вас посао емотивно исцрпљује?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли осећате да је Ваш посао узрок Вашег изгарања?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли Вас посао фрустрира?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли Вам је тешко да радите са клијентима?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли Вас фрустрира рад са клијентима?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли рад са клијентима црпе сву енергију из Вас?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Да ли Вам се чини да више дајете него што добијате када радите са клијентима?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Прилог Г ProQoL упитник

### 27 [1]Прва група питања \*

Молимо изаберите одговарајући одговор за сваку ставку:

	никад	ретко	понекад	често	врло често
Ја сам срећан/на.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Више клијената заокупља моју пажњу.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Задовољство ми је што могу да помогнем људима.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Осећам да сам повезан-а са другим људима.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
На неочекиване звукове, трзам се и скачем.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Осећам се испуњено након рада са људима којима помажем.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Тешко ми је да одвојим приватни живот од пословног.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Моја продуктивност на послу трпи због недостатка сна, који је настао као последица рада са трауматизованим клијентом.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мислим да су можда некада на мене утицала трауматична искуства клијената.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Осећам се заглављено у мом послу помагача.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Због мог помагачког посла, осећам се на рубу живаца по питању разних ствари.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Волим свој посао.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	никад	ретко	понекад	често	врло често
Осећам се депресивно због трауматичних искустава клијената.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Осећам се као да проживљавам трауматична искуства мојих клијената.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Имам уверења која ме одржавају у послу.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 28 [2] Друга група питања \*

Молимо изаберите одговарајући одговор за сваку ставку:

	никад	ретко	понекад	често	врло често
Задовољан/на сам начином на који примењујем технике у раду и како излазим на крај са администрацијом.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ја сам особа баш онаква каква сам одувек желео/ла да будем.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Посао ми пружа задовољство.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Осећам се истрошено због мог посла.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ја имам позитивне ставове и осећања према онима којима помажем и начину на који им помажем.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Осећам се преплављено, јер се мом послу не види крај.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Верујем да могу нешто да променим својим радом.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	никад	ретко	понекад	често	врло често
Избегавам одређене активности или ситуације, јер ме подсећају на застрашујућа искуства клијената.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Поносим се оним што могу да урадим.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
За последицу рада са клијентима, имам изненадно појављивање застрашујућих мисли.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Осећам да ме систем спутава.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мислим да сам успешан као помагач.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Не сећам се битних делова мог рада са трауматизованим клијентима.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ја сам веома брижна особа.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Срећан/на сам што сам изабрао/ла овај посао.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Хвала!

## **Прилог 1 Изјава о ауторству**

Прилог 1.

### **Изјава о ауторству**

Потписана Емина Борјанић Болић

број уписа 968

#### **Изјављујем**

да је докторска дисертација под насловом

**СИНДРОМ ИЗГАРАЊА НА ПОСЛУ И ВИКАРИЈСКА ТРАУМА КОД  
ЗАПОСЛЕНИХ У СОЦИЈАЛНОЈ ЗАШТИТИ ДЕЦЕ И МЛАДИХ**

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

**Потпис докторанда**

У Београду, \_\_\_\_\_ 2016.

Емина Борјанић Болић

**Прилог 2 Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада**

Прилог 2.

**Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада**

Име и презиме аутора Емина Борјанић Болић

Број уписа 968

Студијски програм Социјални рад

Наслов рада Синдром изгарања на послу и викаријска траума код професионалаца у социјалној заштити деце и младих

Ментор Проф. др Невенка Жегарац

Потписани Емина Борјанић Болић

изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, \_\_\_\_\_ **2016.**

Емина Борјанић Болић

## Прилог 3 Изјава о коришћењу

Прилог 3.

### Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

**Синдром изгарања на послу и викаријска траума код професионалаца у социјалној заштити деце и младих**

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство

2. Ауторство - некомерцијално

3. Ауторство – некомерцијално – без прераде

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима

5. Ауторство – без прераде

6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, \_\_\_\_\_ 2016.

Емилија Ђорђевић Ђорђевић



## **Биографија**

Емина (Владо) Борјанић Болић, рођена је у Загребу 1974. године. Основну и средњу школу похађала је у Белом Манастиру и Осијеку, а четврти разред средње школе завршила је у XI Гимназији у Београду.

Дипломирала је на Факултету Политичких наука Универзитета у Београду, где је 1999. одбранила дипломски рад на тему *„Социјална рехабилитација и социјална интеграција оболелих од болести зависности“*. Израду магистарске тезе под називом *„Промена понашања код деце као исход третмана у Прихватилишту за ургентну заштиту злостављане деце“* менторски је подржала Проф. др Невенка Жегарац. Магистарска теза одбрањена је на Факултету Политичких наука Универзитета у Београду у јануару 2011.

У свет социјалног рада улази у току студија када након обављене стручне праксе, постаје волонтер сараднику ГЦСР у одељењу „Стари Град“. Волонтира унутар пројекта „ГриГ“ у клубу за малолетне преступнике и „Гарави Сокак“ у којем реализује едукативне радионице са Ромском децом. Тада почиње да развија већ постојеће интересовање за децу и младе пореклом из вулнерабилних друштвених група и кориснике услуга социјалне заштите.

Најдуже радно искуство остварила је у Центру за заштиту одојчади, деце и омладине, у Београду. Унутар Прихватилишта за ургентну заштиту злостављане деце, дванаест година је била ангажована на позицији васпитача. Аутор је радова објављених у домаћим часописима за теорију, праксу и критику социјалне политике и социјалног рада.