

PREDIKTORI POSREDNE TRAUMATIZACIJE SOCIJALNIH RADNICA ZAPOSLENIH U HRVATSKOM ZAVODU ZA SOCIJALNI RAD

SAŽETAK

Cilj ovog rada bio je ispitati razinu posredne traumatizacije i drugih indikatora mentalnog zdravlja te istražiti prediktore posredne traumatizacije kod socijalnih radnika zaposlenih u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad (HZSR). U istraživanju je sudjelovalo 106 socijalnih radnica zaposlenih na različitim odjelima podružnica HZSR-a. Rezultati su pokazali kako je posredna traumatizacija prisutna među socijalnim radnicama. Čak 14,1% sudionica iskazuje ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu razinu simptoma depresivnosti, 20,8% sudionica ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu razinu simptoma anksioznosti i stresa, dok su ukupni rezultati na Skali dobrobiti pokazali nisku dobrobit sudionica. Viši stupanj posredne traumatizacije pokazuju sudionice koje provode više radnog vremena baveći se traumama korisnika i pokazuju manji stupanj osobne brige o sebi.

- 1 Dorotea Jauk, magistra socijalnog rada, e-mail: dorotea.jauk@gmail.com
- 2 Dr.sc. Ines Rezo Bagarić, psihologinja, e-mail: ines.rezo@pravo.unizg.hr
- 3 Prof.dr.sc. Marina Ajduković, psihologinja, e-mail: marina.ajdukovic@pravo.unizg.hr

Izvorni znanstveni članak
Primljeno: studeni, 2022.
Prihvaćeno: srpanj 2023.
UDK: 159.97:364.4.08
DOI 10.3935/ljsr.v30i3.527

Dorotea Jauk¹
<https://orcid.org/0000-0002-9408-7180>
Udruga žena Izvor

Ines Rezo Bagarić²
<https://orcid.org/0000-0002-7018-7865>

Sveučilište u Zagrebu
Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog rada

Marina Ajduković³
<https://orcid.org/0000-0002-0561-9908>

Sveučilište u Zagrebu
Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog rada

Ključne riječi:
posredna traumatizacija, traumatska iskustva, briga o sebi, socijalne radnice.

UVOD

Socijalni rad kao profesija obuhvaća mnogobrojne djelatnosti koje uključuju pristupanje ljudima na socijalan i humanitaran način, a s ciljem povećanja njihove dobrobiti. Socijalni radnici svakodnevno se susreću s različitim skupinama korisnika i društvenim situacijama koje zahtijevaju različite profesionalne aktivnosti i intervencije, primjerice, informiranje, savjetovanje, pružanje podrške, posredovanje, zagovaranje i drugo (Vîrgă i sur., 2020.). Njihov spektar znanja, osim brojnih zakonskih regulativa i propisa, mora obuhvaćati i teorijska znanja i vještine o svakoj skupini korisnika. Korisnici su često osobe s vrlo teškim životnim iskustvima i osobe u nevolji kojima je potrebna stručna pomoć i podrška. Socijalni radnici su, kao i stručnjaci ostalih pomažućih profesija, često izloženi traumatskim iskustvima koje su doživjeli njihovi korisnici (Armes i sur., 2020.). Učestala i intenzivna izloženost teškim životnim događajima i traumama ostavlja trag na stručnjacima (Vîrgă i sur., 2020.), a česta posljedica učestale izloženosti traumama i učestalog rada s korisnicima koji su doživjeli traume je pojava posredne traumatizacije, kojoj su socijalni radnici zbog prirode svog posla često podložni.

Određenje koncepta posredne traumatizacije

Još je Carl Jung 1966. godine opisivao negativne učinke liječenja psihičkih poremećaja koji se mogu pojavljivati kod terapeuta (Golden, 2021.), a kasnije se taj fenomen promatrao u kontekstu Vijetnamskog rata kada su istraživane moguće emocije koje terapeuti mogu osjetiti nakon rada s veteranima, a na fenomen se gledalo kao na vrstu reakcije terapeuta prema svojim korisnicima (Haley, 1974., prema Golden, 2021.). Koncept posredne traumatizacije se prvi put javlja 1983. godine kada ga je opisao i definirao američki sveučilišni profesor C. R. Figley. Opisao je kako su osobe koje su u neposrednom kontaktu s pojedincima koji su doživjeli traumatsko iskustvo podložne nastajanju traumatskog odgovora i doživljavanju simptoma, iako sami nisu iskusili izravne traumatske doživljaje. Simptomi mogu nastati ponavljanjem detalja iz traumatskog događaja ili ekstremnom izlaganju detalja takvog događaja, a često su odgođeni i pojavljuju se kasnije (Figley, 1999.). Simptomi odgovaraju simptomima posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-u) te se odnose na ponovno proživljavanje traumatskog događaja, izbjegavanje i potiskivanje podsjetnika na traumatski događaj i trajno uzbuđenje (Figley, 1995.). U novijoj verziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-5) izmijenjen je kriterij za dijagnostiku PTSP-a te je uključena i učestala izloženost traumatskim događajima uslijed prirode posla (APA, 2013.). Naglašeno je kako se ponavljanje iskustava izloženosti detaljima traumatskog događaja tijekom obavljanja posla kvalificira kao dijagnostički kriterij A za PTSP (APA, 2013.).

Tijekom 1990-ih godina razvijalo se proučavanje i opisivanje negativnih posljedica i učinaka koji terapeuti doživljavaju za vrijeme rada s osobama koje su doživjele traumatska iskustva. Pri tome su se koristili različiti usko povezani pojmovi koji su se međusobno preklapali što je dovelo do nejasnoća kako u istraživanjima tako i u konceptualizaciji ovog fenomena (Golden, 2021.). Najčešći termini koji se koriste, uz posrednu traumatizaciju, su vikarijska traumatizacija, zamor suosjećanja i stres temeljen na empatiji. Kako prema našem saznanju u hrvatskom kontekstu ne postoje istraživanja vezana za ovo područje, kratko ćemo opisati i ove termine koji se koriste u kontekstu utjecaja rada s traumatiziranim korisnicima na stručnjake.

Figley (1999.) je definirao posrednu traumatizaciju kao stres koji nastaje zbog pomaganja ljudima koji su doživjeli traumatsko iskustvo. Pojedinci koji su tome izloženi u obavljanju svoje profesionalne uloge, doživljavaju osjećaje tjeskobe, razdražljivosti i ljutnje, imaju poteškoće s koncentracijom i spavanjem, uznemirujuće snove te često izbjegavaju aktivnosti i situacije koje ih podsjećaju na traumu (APA, 2013.). Iskustvo posredne traumatizacije ostavlja trajne posljedice na živote stručnjaka (Golden, 2021.). Tako su sudionici istraživanja Golden (2021.) izvijestili o osjećaju usamljenosti, poteškoćama u povezivanju s drugima i ozbiljnosti koja je postala njihova trajna karakteristika. Također, smanjio se njihov doživljaj učinkovitosti i kontrole te svijeta kao sigurnog mjesta. Dovedi su u pitanje svoju sposobnost pomaganja (Golden, 2021.).

Vikarijska traumatizacija nastaje kao rezultat empatije terapeuta prema korisnikovom traumatskom iskustvu gdje dolazi do transformacije unutarnjih iskustava terapeuta (Knight, 2013.). Kroz kontinuirana izlaganja traumatskim iskustvima svojih korisnika, terapeuti su izloženi riziku od promjena kognitivnih shema te od mijenjanja pogleda na svijet, odnosno zbog rada s traumatiziranim osobama i sami svijet vide kao nesigurno mjesto (Knight, 2013.; Golden, 2021.). Sažeto, simptomi vikarijske traumatizacije uključuju promjene kognitivnih shema i promjene svjetonazora (Rauvola, Vega i Lavigne, 2019.).

Zamor suosjećanja definiran je kao negativna posljedica rada sa značajnim brojem traumatiziranih osoba u kombinaciji s empatičnom orijentacijom stručnjaka (Figley, 1995.). Simptomi zamora suosjećanja mogu biti prisutni u različitim područjima svakodnevnog života: (1) fizički (umor, iscrpljenost, nesanica, glavobolje i gastrointestinalne smetnje), (2) emocionalni (smanjeni radni entuzijazam, desenzitizacija, iritabilnost i emocionalna preplavljenost), (3) socijalni (izolacija, grubost i ravnodušnost prema drugima), (4) duhovni (smanjen interes za introspekcijom, cinizam, gubitak nade i smisla), (5) kognitivni (teškoće pažnje i koncentracije koje dovode do pogrešaka u radu).

Svi navedeni nepovoljni učinci rada s traumatiziranim korisnicima su ishod tzv. stresa temeljenog na empatiji koji proizlazi iz empatijskog angažmana, odnosno kao proces izloženosti traumi i empatijskim odgovorom koji rezultira napetostima i nepovoljnim učincima po pomagača. Simptomi i posljedice koje mogu proizaći su

vikarijska traumatizacija, posredna traumatizacija, zamor suosjećanja i druge zdravstvene posljedice (Rauvola, Vega i Lavigne, 2019.). U literaturi se često koriste kao sinonimi, pogrešno se primjenjuju i dvosmisleni su što dovodi do nekonzistentnih i nedosljednih definicija, istraživanja, mjerenja i interpretiranja navedenih konstrukata (Boscarino i sur., 2010.; Jenkins i Baird, 2002.; Najjar i sur., 2009., svi prema Bercier i Maynard, 2015.). Na razini fenomenologije prisutne su i prepoznate neke razlike među ovim konstruktima, no na razini konceptualizacije i razdvajanja pojmova nije još postignut profesionalni konsenzus te se ovo područje istraživanja još razvija. Bez obzira na poteškoće jasnog razlikovanja fenomena, ono s čim se svi slažu je negativan učinak neprestanog izlaganja tuđim traumatskim iskustvima na stručnjake.

Prevalencija posredne traumatizacije

Rezultati istraživanja koja istražuju prevalenciju posredne traumatizacije među socijalnim radnicima i drugim pomažućim profesijama se razlikuju, ali svi upućuju na prisutnost navedenog fenomena među profesijom socijalnog rada. Istraživanje Caringi i suradnika (2017.) s 256 socijalnih radnika pokazuje kako 41,7% sudionika doživljava simptome posredne traumatizacije, a od toga njih 4,7% doživljava teški oblik posredne traumatizacije. Također, više od jedne trećine sudionika ima simptome posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) te vjerojatno ispunjavaju uvjete za dijagnozu PTSP-a. Istraživanje sa 154 američkih socijalnih radnika koji rade sa žrtvama obiteljskog ili seksualnog nasilja pokazalo je kako 10,4% ima jake simptome posredne traumatizacije, a 7% izrazito teške simptome posredne traumatizacije (Choi, 2011.a). Rezultati istraživanja Rayner i suradnika (2020.) sa 190 socijalnih radnika i psihologa pokazala su kako je 75,2% sudionika iskusilo barem jedan simptom posredne traumatizacije, a njih 29,5% doživljava sve tri kategorije simptoma posredne traumatizacije. Njih 35,8% ispunjava kriterije za umjerenu ili višu posrednu traumatizaciju, dok 12,6% ima težak oblik.

Simptomi i negativne posljedice posredne traumatizacije

Posredna traumatizacija javlja se iznenadno i bez upozorenja, a simptomi nalikuju simptomima posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), odnosno mogu se podijeliti u tri kategorije jednake kategorijama za PTSP: (1) ponovno proživljavanje traumatskog događaja, (2) izbjegavanje/potiskivanje podsjetnika na događaj i (3) pobuđenost i reaktivnost (Figley, 1995.). Ponovno proživljavanje traumatskog događaja uključuje intruzivna sjećanja (slike, misli, percepcije) i uznemirujuće sno-

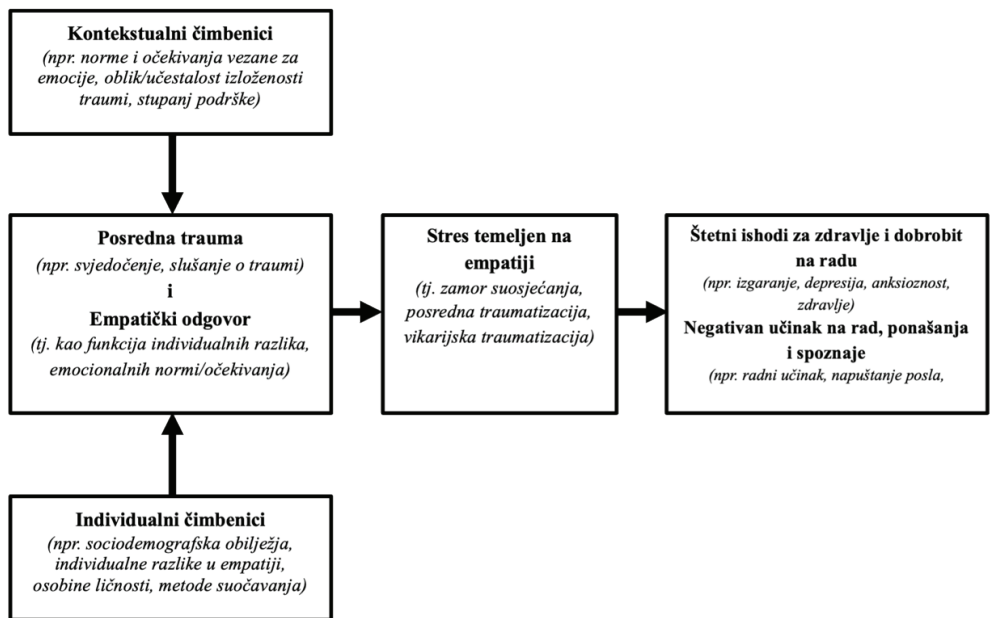
ve vezane za traumatski događaj te intenzivan stres i fiziološke reakcije prilikom izloženosti podsjetnicima na događaj (APA, 2013.). Simptomi izbjegavanja uključuju izbjegavanje sjećanja, misli i osjećaja, kao i različitih aktivnosti, razgovora i situacija vezanih za traumatski događaj. Također, simptomi uključuju psihogenu amneziju i nemogućnost prisjećanja pojedinih aspekata traumatskog događaja, negativna vjerovanja o sebi, svijetu i ljudima, iskrivljene kognicije vezane za uzroke ili posljedice traumatskih događaja, manjak interesa za aktivnosti, doživljaj odvojenosti i isključivosti od drugih, izražene neugodne emocije i nemogućnost doživljavanja ugodnih emocija. Pobuđenost i reaktivnost obuhvaćaju poteškoće sa spavanjem i koncentracijom, razdražljivost, tjeskobu i izljeve bijesa, povišenu razinu budnosti i opreza te pretjeranu uplašenost (APA, 2013.).

Posredna traumatizacija uključuje fiziološke, kognitivne i emocionalne simptome koji podsjećaju na simptome žrtve (Zerach i Shalev, 2015.), a stručnjaci koji doživljavaju simptome posredne traumatizacije često izbjegavaju suočavanje, odnosno često su u nevjerici i poriču svoje simptome (Knight, 2013.). Također, stručnjaci se mogu prestati identificirati sa svojim poslom, organizacijom u kojoj rade i korisnicima (Caringi i sur., 2017.) što može imati neizravan učinak na njihove korisnike (Bercier i Maynard, 2015.). Posredna traumatizacija ostavlja brojne negativne posljedice na zdravlje stručnjaka. Izloženost traumi dovodi do negativnih posljedica na fizičko zdravlje pojedinca, poput negativnih učinaka na gastrointestinalni sustav, kardiovaskularni, imunološki, reproduktivni sustav i druge. (D'Andrea i sur., 2011.). Istraživanje Lee, Gottfried i Bride (2017.) pokazalo je kako rad s traumatiziranim korisnicima neizravno utječe na opće zdravlje socijalnih radnika. Veća izloženost traumi dovodi do više razine posredne traumatizacije, a više razine posredne traumatizacije povezane su s nižom percepcijom zdravlja socijalnih radnika, što može dovesti do povećanja nepoželjnih navika i ponašanja (Armes i sur., 2020.). Osim utjecaja na fizičko zdravlje, izloženost traumi dovodi i do negativnih posljedica za psihičko zdravlje, pa tako pojedinci koji su učestalo u kontaktu s traumama korisnika doživljavaju simptome anksioznosti, depresije i PTSP-a (D'Andrea i sur., 2011.).

TEORIJSKI OKVIR

Model stresa temeljen na empatiji (eng. *Model of the empathy-based stress*) razvili su Rauvola, Vega i Lavigne 2019. godine. Stres temeljen na empatiji je termin koji se koristi za vikarijsku traumatizaciju, zamor suosjećanja i za posredni traumatski stres, odnosno posrednu traumatizaciju. Termin se definira kao proces koji obuhvaća kombinaciju izloženosti posrednoj ili neizravnoj traumi i stupanj empatije, a što potom rezultira negativnim ishodima za osobu i njezin rad (Rauvola, Vega i Lavigne, 2019.). Model objašnjava kako nastanak stresa ne ovisi samo o izloženosti posrednoj traumi i empatijskom odgovoru, već na njega utječu individualni

i kontekstualni čimbenici koji mogu predodrediti pojedince za nastanak stresa temeljenog na empatiji (Slika 1.). Individualni čimbenici uključuju sociodemografska obilježja, individualne razlike u empatiji, osobine ličnosti i metode suočavanja, dok kontekstualni obuhvaćaju norme i očekivanja vezane za emocije, oblik i učestalost izloženosti traumi i stupanj podrške (Rauvola, Vega i Lavigne, 2019.). Dakle, kombinacija izloženosti neizravnoj traumi, empatijski odgovor na nju te različiti individualni i kontekstualni čimbenici pridonose razvoju posredne traumatizacije kod osobe, nakon čega se javljaju nepovoljni ishodi na razini zdravlja i dobrobiti pojedinca, kao i na razini radnog okruženja i ponašanja. Model se može primijeniti na svakom stručnjaku koji se u svom radnom okruženju susreće s traumama i uznemirujućim događajima, a koji sudjeluje u nekom obliku empatijskog odgovora (Rauvola, Vega i Lavigne, 2019.).



Slika 1. Model stresa temeljen na empatiji (Rauvola, Vega i Lavigne, 2019.).

Rauvola, Vega i Lavigne (2019.) u svom radu prikazuju nekoliko teorijskih perspektiva o stresu temeljenom na empatiji, a jedna od njih je i perspektiva otpornosti koja proučava individualne i organizacijske zaštitne i rizične čimbenike koji predviđaju razinu stresa temeljenog na empatiji među zaposlenicima. Kao rizični čimbenici navode se prethodno iskustvo doživljene traume, broj radnih sati i broj predmeta/slučajeva na kojima rade, a kao zaštitni se navode briga o sebi, osobine ličnosti i supervizija.

Rizični i zaštitni čimbenici posredne traumatizacije

S obzirom na to da je ovaj rad usmjeren na definiciju i mjerenje posredne traumatizacije, prema C. R. Figleyju, u istraživanju je korišten opisani Model stresa temeljen na empatiji koji uključuje sve navedene definicije. Za istraživanje su birane varijable koje predstavljaju rizične i zaštitne čimbenike u pojavi posredne traumatizacije po navedenom modelu. Osim njih, opisane su i varijable koje se u dosadašnjim istraživanjima pokazale značajnim prediktorima posredne traumatizacije, a koje će biti korištene i u ovom istraživanju.

Doživljena osobna trauma se u pojedinim istraživanjima javlja kao rizični čimbenik posrednoj traumatizaciji. Tako je istraživanje Dagan, Ben-Porat i Itzhaky (2016.) na uzorku od 255 socijalnih radnika pokazalo kako oni koji su sami doživjeli neki traumatski događaj u prošlosti imaju veći rizik za razvoj posredne traumatizacije. To je u skladu s prethodnom analizom 38 istraživanja koja su se bavila ovom tematikom (Hensel i sur., 2015.). Istraživanje Armes i suradnika (2020.) s 539 socijalnih radnika potvrdilo je da je osobno doživljena trauma povezana sa svakodnevnim stresom i teškoćama funkcioniranja.

S druge strane, postoje brojna istraživanja (Michalopoulos i Aparicio, 2012.; Quinn, Ji i Nackerud, 2019.; Armes i sur., 2020.) koja su pokazala kako povijest osobno doživljene traume nije povezana s razinom posredne traumatizacije socijalnih radnika i ne javlja se kao njen prediktor. Te razlike u nalazima moguće je objasniti relativno manjim uzorcima korištenim u istraživanjima, različitim načinima mjerenja osobnih trauma, kao i visokim korelacijama varijable osobno doživljene traume s drugim varijablama korištenima u istraživanjima posredne traumatizacije.

Izloženost traumi korisnika je rizični faktor u nastajanju posredne traumatizacije (Hensel i sur., 2015.). Tako je istraživanje Quinn, Ji i Nackerud (2019.) sa 107 socijalnih radnika pokazalo kako je broj slučajeva značajan prediktor posrednoj traumatizaciji, odnosno kako veći broj slučajeva traumatiziranih korisnika povećava vjerojatnost doživljavanja posredne traumatizacije. Iste rezultate dobili su i Armes i suradnici (2020.) čije je istraživanje s 539 socijalnih radnika pokazalo kako je udio korisnika s iskustvima traume značajno povezan s razinom posredne traumatizacije, kao i broj sati u tjednu proveden s traumatiziranim korisnicima. Češće izlaganje traumama korisnika na poslu povezano je s višom razinom posredne traumatizacije kod socijalnih radnika (Armes i sur., 2020.). Tu je važno naglasiti da se 98% sudionika socijalnih radnika u istraživanju Ajduković i suradnika (2014.) susreće s traumatiziranim korisnicima u svom radu, a paralelno njih 53% smatra da su nedovoljno educirani o pristupu i načinu rada s osobama koje su imale iskustvo traume.

Otpornost je sposobnost prilagodbe na različite poteškoće koje ugrožavaju funkcioniranje, održivost i razvoj pojedinca, a da bi se mogla identificirati, potreban je rizik kojem je osoba bila izložena i kvaliteta prilagodbe, odnosno dobar ishod (Masten, 2014.). Razvija se kroz cijeli život, a istraživanja pokazuju kako je visoka

razina otpornosti jedan od zaštitnih čimbenika u nastanku i razvoju posredne traumatizacije. Primjerice, rezultati istraživanja Temitope i Williams (2015.) pokazali su kako je niska razina otpornosti kod savjetovatelja značajan prediktor posredne traumatizacije, a Ogińska-Bulik i Michalska (2021.) ukazali su na važnost otpornosti kroz svoje istraživanje sa 72 medicinske sestre koje rade sa smrtno bolesnim pacijentima gdje su rezultati pokazali kako je otpornost negativno povezana sa posrednom traumatizacijom. No, nalazi istraživanja McCain i suradnika (2017.) ukazuju na visoku razinu posredne traumatizacije usprkos visokoj razini otpornosti na uzorku od 283 liječnika.

Briga o sebi je multidimenzionalni proces angažiranja u aktivnostima koje promiču zdravo funkcioniranje i povećavaju razinu dobrobiti (Dorociak i sur., 2017.). Stručnjaci pomažućih profesija susreću se s mnogo različitih zahtjeva i izvora stresa koji mogu dovesti do višestrukih negativnih ishoda. Zbog toga je uključivanje u aktivnosti brige o sebi jedan od načina prevencije negativnih ishoda izloženosti profesionalnom stresu po fizičko i psihološko funkcioniranje (Dorociak i sur., 2017.). Osobna briga o sebi je proces angažmana u aktivnostima koje uključuju osobno zdravlje i dobrobit, dok profesionalna uključuje aktivnosti koje promiču održavanje dobrobiti u kontekstu profesionalne uloge (Lee i Miller, 2013.). Istraživanje Miller i suradnika (2021.) s 250 socijalnih radnika pokazalo je kako sudionici iskazuju umjerenu razinu brige o sebi. Osobna briga o sebi je nešto zastupljenija od profesionalne, ali su obje u rasponu umjerene brige o sebi. Istraživanje s 1 011 socijalnih radnika pokazalo je i da socijalni radnici starije životne dobi iskazuju viši stupanj osobne i profesionalne brige (Miller, Lianekhammy i Grise-Owens, 2018.), što sugerira da s profesionalnim iskustvom raste i njihova briga za sebe.

Socijalna podrška označava stvarne pružene resurse pomoći od strane drugih, dok se percipirana socijalna podrška odnosi na percepciju dostupnosti sredstava pomoći od strane drugih (Lin, 1986., prema Shoji i sur., 2014.). Istraživanje Michalopoulos i Aparicio (2012.) sa 160 socijalnih radnika pokazalo je kako socijalna podrška ima veliku ulogu kao zaštitni čimbenik od posredne traumatizacije. Veliku ulogu ima i podrška u profesionalnom okruženju, pa je tako istraživanje sa 154 američkih socijalnih radnika pokazalo da viša razina podrške od strane nadređenih i kolega doводи do niže razine posredne traumatizacije (Choi, 2011b.). No, rezultati istraživanja Dagan, Ben-Porat i Itzhaky (2016.) pokazali su kako razina socijalne podrške i razina posredne traumatizacije kod socijalnih radnika nisu povezane. Autori objašnjavaju kako je to zbog prirode posla, odnosno kako socijalni radnici izbjegavaju traženje pomoći i ne žele svoju okolinu zamarati svojim poslom, a u uz to nije etično izvan radnog konteksta razgovarati o teškim slučajevima zbog povjerljivosti informacije i zaštite podataka o osobama s kojima rade (Dagan, Ben-Porat i Itzhaky, 2016.).

CILJ ISTRAŽIVANJA I ISTRAŽIVAČKI PROBLEMI

Kako u Hrvatskoj tema posredne traumatizacije socijalnih radnika do sada nije istraživana, cilj ovoga istraživanja bio je ispitati razinu posredne traumatizacije i drugih indikatora mentalnog zdravlja te istražiti prediktore posredne traumatizacije kod socijalnih radnika zaposlenih u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad. Prvi istraživački problem bio je ispitati razinu posredne traumatizacije, prevalenciju simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa, kao i razinu dobrobiti kod socijalnih radnika. Drugi istraživački problem bio je ispitati doprinos doživljene traume, količine radnog vremena provedenog baveći se traumama korisnika, otpornosti, osobne i profesionalne brige o sebi te percipirane socijalne podrške u predviđanju posredne traumatizacije socijalnih radnika zaposlenih u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad. Pri tome smo očekivali kako će osobno doživljena trauma, više radnog vremena provedenog u radu s traumatiziranim korisnicima, niža razina otpornosti, niža razina osobne i profesionalne brige o sebi te niža razina percipirane socijalne podrške predviđati višu razinu posredne traumatizacije socijalnih radnika zaposlenih u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad.

METODA

Sudionici

U istraživanju je prigodnim uzorkovanjem sudjelovalo ukupno 106 socijalnih radnika zaposlenih u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad (HZSR) (u centrima za socijalnu skrb u Republici Hrvatskoj u vrijeme provođenje istraživanja), od čega je njih 96,2% (N = 102) bilo ženskog spola, a 3,8% (N = 4) muškog spola. Zbog toga će u daljnjem tekstu interpretacija rezultata biti oblikovana u ženskom rodu. Prosječna dob sudionica je 41,06 godina (SD = 10,307), najmlađa sudionica imala je 25 godina, a najstarija 65 godina. Sudionice istraživanja razlikuju se i prema stečenom radnom stažu u struci, pa je tako najviše sudionica u struci u trajanju od 5 godina do 15 godina (38,8%), nakon čega slijedi radni staž u struci od godinu dana do 5 godina (24,5%). Najmanji broj sudionica ima stečeni radni staž u struci manji od godinu dana (2,8%).

Najviše sudionica radi na Odjelu za odrasle (42,5%) i Odjelu za djecu, mlade i obitelj (41,5%), dok je na Prijemnom uredu zaposlena samo jedna sudionica istraživanja (0,9%). Na navedenim odjelima najviše sudionica radi u razdoblju od godine dana do pet godina (37,7%), dok samo dvije sudionice istraživanja rade na svojem odjelu više od 25 godina (1,9%). Najveći broj sudionica nema završen niti jedan dodatni oblik edukacije (68,9%). Što se tiče sudjelovanja u superviziji, najveći broj

sudionica u proteklih godinu dana nije bio niti na jednom supervizijskom susretu (68,9%) niti je koristio druge oblike psihosocijalne pomoći kao što je osobno savjetovanje, psihoterapija ili grupna terapija (86,9%). Prema podacima iz 2020. godine (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021.), bilo je ukupno zaposlenih 1 145 socijalnih radnika u centrima za socijalnu skrb, što znači da je uzorak ovog istraživanja obuhvatio 9% socijalnih radnika zaposlenih u centrima za socijalnu skrb, odnosno podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad.

Postupak

Istraživanje se provodilo mjesec dana, u razdoblju od kraja svibnja do kraja lipnja 2022. godine. Podaci su se prikupljali *online* putem javno dostupnog softvera za administraciju ankete Google Obrasca, a do sudionica se također došlo *online* putem. E-mail s pozivnim pismom i pripadajućom poveznicom za ispunjavanje ankete poslan je Hrvatskoj komori socijalnih radnika uz zamolbu da poziv za sudjelovanje u istraživanju prosljede članovima Komore zaposlenima u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad, na što se Komora i odazvala. Osim toga, pozivno pismo s pripadajućom poveznicom ankete objavljeno je na tri Facebook grupe koje okupljaju socijalne radnike na području Republike Hrvatske. Nakon određenog perioda, sudionicima je poslan podsjetnik za ispunjavanje ankete na isti način kao i prvi put. U pozivnom pismu, sudionicima se predstavila svrha i cilj istraživanja, razlog zbog kojeg se ono provodi te su predstavljena etička načela dobrovoljnosti, povjerljivosti i anonimnosti. Također, u uvodnom dijelu ankete ponovljeni su svrha i cilj istraživanja, naznačena je mogućnost odustajanja te su ponovljena načela dobrovoljnosti, povjerljivosti i anonimnosti. Na kraju pozivnog pisma i uvodnog dijela ankete, ostavljeni su i kontakt podaci za sva pitanja ili eventualne pritužbe vezane uz istraživanje i njihovo sudjelovanje u njemu, a sudionicima su na kraju ankete ostavljeni i kontakt podaci organizacija na području grada Zagreba, Osijeka, Splita i Rijeke koje pružaju psihološku pomoć.

Mjerni instrumenti

Sociodemografski podaci i obilježja sudionika

Sociodemografski podaci i obilježja sudionika istraživanja ispitivala su se upitnikom konstruiranim za potrebe istraživanja. Pitanja su obuhvaćala spol, godinu rođenja i županiju u kojoj su sudionici zaposleni te obilježja njihovog rada: odjel na kojem rade i koliko dugo na njemu rade, koliko dugo rade u centru za socijalnu skrb, stečeni radni staž u struci, populaciju kojom se bave, imaju li završene dodatne oblike edukacije te pohađaju li superviziju i/ili neki oblik terapije.

Traumatska iskustva (PCL-5)

Za ispitivanje traumatskih iskustava (Weathers i sur., 2013.) korištena je jedna čestica iz seta pitanja kojima se ispituju osobna doživljena traumatska iskustva. Sudionici su odgovorili na pitanje imaju li osobno iskustvo traumatskog događaja.

Procjena provedenih sati u radu s traumatiziranim korisnicima

Za informaciju o tome koliko radnog vremena socijalni radnici provode baveći se traumama korisnika, konstruirano je sljedeće pitanje: »Molimo procijenite koliko ste u posljednjih mjesec dana proveli radnog vremena baveći se doživljenim traumatskim iskustvima korisnika«. Sudionici su odgovarali na skali od 1 do 6, pri čemu 1 označava »nimalo«, a 6 »cijelo vrijeme«.

Skala depresije, anksioznosti i stresa DASS-21

Skala depresije, anksioznosti i stresa DASS-21 (eng. *The Depression, Anxiety and Stress Scale- DASS*; Lovibond i Lovibond, 1995.) sastoji se od 42 čestice, no kraća verzija korištena u ovom istraživanju obuhvaća ukupno 21 česticu koje ispituju razinu i simptome depresije, anksioznosti i stresa kod sudionika u proteklom tjednu. Skala se sastoji od tri subskale od kojih svaka ima po sedam čestica: subskala depresivnosti (»Nisam mogao/la doživjeti niti jedan pozitivni osjećaj.«), subskala anksioznosti (»Osjećao/la sam se kao da ne mogu progovoriti, kao da su mi suha usta.«) i subskala stresa (»Primijetio/la sam da se uzrujavam.«). Sudionici odgovaraju koliko se svaka pojedina tvrdnja odnosila na njih u proteklom tjednu od 0 do 3, pri čemu 0 označava »uopće se nije odnosilo na mene« do 3 »gotovo uvijek ili uvijek se odnosilo na mene«. Ukupni rezultat na pojedinoj subskali tvori se zbrajanjem odgovora na sedam čestica pomnožen s brojem 2. Raspon rezultata kreće se od 0 do 42 pri čemu viši rezultat označava višu razinu simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Subskale pokazuju visoku razinu pouzdanosti u ovom istraživanju mjerene Cronbach α koeficijentom – subskala depresije $\alpha = 0,90$, anksioznosti i stresa imaju jednaku pouzdanost $\alpha = 0,89$, što je približno istraživanju Ajduković (2021a.) u kojem su iznosili $\alpha = 0,93$ za subskalnu depresije, $\alpha = 0,92$ za subskalnu anksioznosti te $\alpha = 0,94$ za subskalnu stresa.

Skala posredne traumatizacije

Razina posredne traumatizacije sudionika mjerena je skalom iz 2004. godine (Bride i sur., 2004.; eng. *Secondary Traumatic Stress Scale*) koja mjeri učestalost doživljavanja simptoma povezanih s neizravnim izlaganjem traumatskim događajima kroz svoj profesionalni rad s traumatiziranim korisnicima. Skala sadrži ukupno 17 čestica, a osim ukupnog rezultata posredne traumatizacije, skalom se mogu mjeriti i tri subskale: intruzija (»Činilo mi se kao da proživljavam traum(e) koju su doživjeli moji korisnici.« ili »Razmišljao/la sam o svom radu s korisnicima kada to nisam namjeravao/la.«), izbjegavanje (»Primijetio/la sam praznine u sjećanju sastanaka s ko-

risnicima.« ili »Htio/htjela sam izbjeći rad s nekim korisnicima.«) i uzbuđenje («Očekivao/la sam da će se dogoditi nešto loše.« ili »Bilo mi je teško koncentrirati se.«). Sudionici odgovaraju koliko su često u posljednjih sedam dana doživjeli pojedinu tvrdnju na skali Likertovog tipa od 1 do 5, pri čemu 1 označava »nikad«, a 5 označava »vrlo često«. Ukupni rezultat dobiva se zbrajanjem odgovora na svim česticama. Raspon rezultata koji pojedini sudionik može ostvariti je od 17 do 85, pri čemu viši rezultat označava i viši stupanj posredne traumatizacije. Pouzdanost skale u ovom istraživanju iznosi $\alpha = 0,96$ što je nešto više od pouzdanosti u izvornoj validaciji skale koja je iznosila $\alpha = 0,93$ (Bride i sur., 2004.).

Skala dobrobiti

Skala dobrobiti (eng. *Well-being index*) koju je razvila Svjetska zdravstvena organizacija 1998. godine mjeri određena emocionalna stanja sudionika u posljednja dva tjedna. Skala se sastoji od 5 čestica («U posljednja dva tjedna osjećao/la sam se veselo i dobrog raspoloženja.«), a raspon odgovora kreće se od 0 do 5, pri čemu 0 označava »nimalo«, a 5 »cijelo vrijeme«. Ukupni rezultat tvori se zbrajanjem odgovora na svim česticama, pri čemu sudionici mogu ostvariti rezultat od 0 do 25. Viši rezultat označava i viši stupanj dobrobiti, odnosno bolju kvalitetu života. Rezultat ispod 13 ukazuje na nisku dobrobit (WHO, 1998.). Pouzdanost skale iznosi $\alpha = 0,92$, dok u istraživanju Ajduković (2021a.) iznosi $\alpha = 0,93$.

Skala otpornosti

Skala otpornosti (eng. *Resilience Evaluation Scale*, van der Meer i sur., 2018.) sastoji se od devet čestica koje se odnose na uobičajene načine reagiranja sudionika i njihova razmišljanja o sebi («Lako se prilagođavam u teškim situacijama.«). Sudionici odgovaraju na skali od 0 do 4, pri čemu je 0 »u potpunosti se ne slažem«, a 4 »u potpunosti se slažem«. Ukupni rezultat tvori se zbrajanjem odgovora na svim česticama, a raspon odgovora koje je moguće ostvariti je od 0 do 36. Viši rezultat označava i viši stupanj otpornosti. Pouzdanost skale iznosi $\alpha = 0,92$, a u istraživanju autora skale $\alpha = 0,90$ (van der Meer i sur., 2018.).

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (eng. *Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS*, Zimet i sur., 1988.) ispituje tri kategorije percipirane socijalne podrške: percipirana socijalna podrška od strane obitelji («Od svoje obitelji dobivam emocionalnu potporu i pomoć koju trebam.«), prijatelja («Mogu računati na svoje prijatelje kad sve krene krivo.«) i partnera («U mom životu postoji posebna osoba koja brine o mojim osjećajima.«). Skala ukupno ima 12 čestica s odgovorima na skali Likertovog tipa od 7 stupnjeva, pri čemu 1 označava »uopće se ne slažem«, a 7 označava »u potpunosti se slažem«. Ukupni rezultat tvori se kao prosjek odgovora na svim česticama. Najmanji rezultat koji je moguće ostvariti

je 1, a najviši 7, pri čemu viši rezultat označava višu razinu percipirane socijalne podrške. Pouzdanost skale iznosi $\alpha = 0,97$ u ovom istraživanju, a u istraživanju autora $\alpha = 0,88$ (Zimet i sur., 1988.).

Skala zadovoljstva poslom

Procjena zadovoljstva poslom sudionika ispitala se jednim pitanjem uobičajeno korištenim u ispitivanju zadovoljstva poslom, »Koliko ste u cjelini zadovoljni sa svojim poslom?«, a sudionici su odgovorili na skali Likertovog tipa od pet stupnjeva, pri čemu 1 označava »u potpunosti nezadovoljan/na«, a 5 »u potpunosti zadovoljan/na«. Viši odgovor na skali označava i višu razinu zadovoljstva svojim poslom.

Skala brige o sebi

Stupanj brige o sebi mjereno je Skalom brige o sebi (eng. *Self-care Practices Scale*, Lee, Miller i Bride, 2019.). Česticama se ispituje čestina određenih ponašanja sudionika, a raspon odgovora kreće se na Likertovoj skali pet stupnjeva, gdje 0 označava »nikad«, a 4 »vrlo često«. Skalom se, osim ukupne brige o sebi, ispituju i dvije subskale: osobna briga o sebi (»Provodim kvalitetno vrijeme sa ljudima do kojih mi je stalo.«) i profesionalna briga o sebi (»Radne zadatke obavljam samo za vrijeme radnog vremena (npr. papirologija, e-mailovi, kontakti s kolegama vezani uz posao).«), a svaka subskala sadržava devet čestica. Ukupni rezultat na pojedinoj subskali dobiva se zbrajanjem odgovora na svim česticama, a viši rezultat označava višu razinu osobne, odnosno profesionalne brige o sebi, u rasponu od 0 do 36. Pouzdanost subskale osobna briga i subskale profesionalna briga jednaka je i iznosi 0,81 u ovom istraživanju, dok je u istraživanju autora nešto viša i iznosi $\alpha = 0,87$ za subskalnu osobne brige te $\alpha = 0,91$ za subskalnu profesionalne brige (Lee, Miller i Bride, 2019.).

Obrada podataka

Statistička obrada podataka izvršila se s pomoću Microsoft Excel i IBM SPSS Statistics 26.0 programa. Napravljena je deskriptivna statistika odgovora, povezanost svih varijabli utvrđena je Pearsonovim koeficijentom korelacije, razlike između pojedinih varijabli utvrđene su t-testom, a za predikciju pojedinih varijabli korištena je hijerarhijska regresijska analiza.

REZULTATI

Za odgovor na prvi istraživački problem kojim se nastojalo istražiti indikatore mentalnog zdravlja socijalnih radnica, korištena je deskriptivna statistika. U Tablici 1. nalaze se deskriptivni podaci korištenih skala u istraživanju, odnosno prosjek odgovora sudionica te minimalni i maksimalni rezultati koje su sudionice ostvarile na pojedinim skalama. Tako, primjerice, srednja vrijednost na Skali posredne traumati-

zacije ($M = 40,42$; $SD = 15,638$) pokazuje prosječnu umjerenu posrednu traumatizaciju sudionica, dok prosječni odgovori sudionica na Skali dobrobiti ($M = 11,01$; $SD = 5,216$) ukazuju na nisku dobrobit sudionica (WHO, 1998.). Ukupno 71,7% sudionica iskazuje da je osobno doživjelo traumatsko iskustvo tijekom života.

Tablica 1. Deskriptivna statistika korištenih skala u istraživanju ($N=106$).

	M	SD	Min	Max
Procjena radnog vremena s traumatiziranim korisnicima	3,48	1,333	1	6
Depresivnost	10,42	8,99	0	42
Anksioznost	8,08	8,386	0	34
Stres	17,08	8,992	0	42
Posredna traumatizacija	40,42	15,638	17	82
Dobrobit	11,01	5,216	1	21
Otpornost	25,16	5,767	0	36
Percipirana socijalna podrška	5,81	1,208	1	7
Zadovoljstvo poslom	3,17	1,000	1	5
Briga o sebi	44,93	10,188	2	66

Tablica 2. prikazuje prevalenciju simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa sudionica. Vidljivo je da tek oko polovice sudionica iskazuje normalne razine simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa. Oko trećine sudionica izražava blage ili umjerene razine simptoma depresivnosti i stresa, dok četvrtina doživljava blage ili umjerene razine anksioznosti. Najmanje sudionica, no u zabrinjavajućim postotcima (između 14% i 21%) izražava ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu razinu simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa.

Tablica 2. Prevalencija razina simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa prema DASS-21 skali među sudionicama istraživanja ($N=106$).

	Depresivnost		Anksioznost		Stres	
	N	%	N	%	N	%
Normalna razina simptoma	56	52,8%	60	56,6%	48	45,3%
Blaga ili umjerena razina simptoma	35	33,0%	24	22,7%	36	34,0%
Ozbiljna ili vrlo ozbiljna razina simptoma	15	14,1%	22	20,8%	22	20,8%

U Tablici 3. nalaze se odgovori na svim česticama Skale dobrobiti. Sudionici su odgovarali koliko su se tako osjećali u posljednja dva tjedna. Prema ukupnim rezultatima na skali dobrobiti, čak 70,8% sudionica postiže rezultat 13 ili manji koji ukazuje na nisku dobrobit.

Tablica 3. Prikaz odgovora sudionika na Skali dobrobiti (N=106).

	Nimalo		Manji dio vremena ili manje od pola vremena		Više od pola vremena ili većinu vremena		Cijelo vrijeme	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Veselo i dobrog raspoloženja	2	1,9%	52	49,1%	51	48,1%	1	0,9%
2. Smireno i opušteno	8	7,5%	52	49,1%	45	42,5%	1	0,9%
3. Aktivno i snažno	8	7,5%	61	57,5%	37	34,9%	0	0,0%
4. Probudio/la sam se svježe i odmorno	24	22,6%	53	50,0%	29	27,3%	0	0,0%
5. Moj svakodnevni život je bio ispunjen zanimljivim stvarima	3	2,8%	56	52,8%	44	41,5%	3	2,8%

Prevalencija posredne traumatizacije među sudionicama prikazana je u Tablici 4. Iz nje se može vidjeti kako čak 43,4% socijalnih radnica zaposlenih u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad iskazuje visoku ili tešku razinu posredne traumatizacije. Blagu ili umjerenu razinu iskazuje 29,2% sudionika, a njih 27,4% malu ili nikakvu razinu posredne traumatizacije.

Tablica 4. Prevalencija posredne traumatizacije među sudionicama istraživanja (N=106).

	N	%
Mali ili nikakav stupanj posredne traumatizacije	29	27,4%
Blagi stupanj posredne traumatizacije	21	19,8%
Umjereni stupanj posredne traumatizacije	10	9,4%
Visoki stupanj posredne traumatizacije	16	15,1%
Težak stupanj posredne traumatizacije	30	28,3%

Kako bi se ispitao doprinos pojedinih prediktora u pojašnjavanju posredne traumatizacije kod socijalnih radnika te tako odgovorilo na drugi istraživački problem, provedena je hijerarhijska regresijska analiza u tri koraka. U prvom koraku nalaze se rizični faktori prikazani kroz doživljenu traumu i radno vrijeme provedeno baveći se traumama korisnika, u drugom koraku nalaze se pretpostavljeni individualni zaštitni čimbenici, odnosno otpornost, osobna briga o sebi i profesionalna briga o sebi, a u trećem koraku percipirana je socijalna podrška koja je zaštitni čimbenik koju pojedinci dobivaju iz okoline (Tablica 6.). Tablica 5. sadrži korelacije između svih ispitivanih varijabli.

Korelacijska analiza pokazala je statističku značajnu pozitivnu povezanost posredne traumatizacije s osobno doživljenom traumom ($r = 0,242$; $p < 0,05$) i radnim vremenom provedenim baveći se traumama korisnika ($r = 0,454$; $p < 0,01$), što znači da socijalne radnice koje su imale osobno iskustvo traume i provode više radnog vremena baveći se traumama korisnika ujedno pokazuju i viši stupanj posredne traumatizacije. S druge strane, postoji statistički značajna negativna povezanost posredne traumatizacije sa stupnjem otpornosti ($r = -0,197$; $p < 0,05$), osobnom brigom o sebi ($r = -0,326$; $p < 0,01$), profesionalnom brigom o sebi ($r = -0,235$; $p < 0,05$) i percipiranom socijalnom podrškom ($r = -0,210$; $p < 0,05$), odnosno socijalne radnice koje iskazuju viši stupanj posredne traumatizacije, ujedno iskazuju niži stupanj otpornosti, niži stupanj osobne i profesionalne brige o sebi te niži stupanj socijalne podrške. Što se tiče međusobne povezanosti prediktorskih varijabli, najviše su međusobno povezane stupanj osobne brige o sebi i stupanj percipirane socijalne podrške te stupanj osobne i profesionalne brige o sebi.

Tablica 5. *Pearsonov koeficijent posredne traumatizacije i pretpostavljenih prediktorskih varijabli*

	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Doživljena trauma	0,196*	0,004	0,108	0,124	0,021	0,242*
2. Radno vrijeme s traumatiziranim korisnicima	-	-0,045	-0,116	-0,126	-0,186	0,454**
3. Otpornost		-	0,377**	0,499**	0,351**	-0,197*
4. Osobna briga o sebi			-	0,592**	0,618**	0,326**
5. Profesionalna briga o sebi				-	0,524**	-0,235*
6. Percipirana socijalna podrška					-	-0,210*
7. Posredna traumatizacija						-

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

U Tablici 6. prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize za posrednu traumatizaciju kao kriterijsku varijablu. Navedeni rizični i zaštitni prediktori objašnjavaju ukupno 31% varijance posredne traumatizacije.

Radno vrijeme provedeno baveći se traumama korisnika značajan je prediktor u sva tri koraka analize. Više radnog vremena provedeno baveći se traumama korisnika predviđa višu razinu posredne traumatizacije socijalnih radnica. Osobna briga o sebi značajno je negativno povezan prediktor kriterija, odnosno viši stupanj osobne brige o sebi predviđa nižu razinu posredne traumatizacije kod socijalnih radnica.

Ostale istraživane varijable nisu se pokazale značajnim prediktorima. Točnije, doživljena trauma, otpornost, profesionalna briga o sebi i percipirana socijalna podrška ne predviđaju posrednu traumatizaciju socijalnih radnica u ovom istraživanju.

Tablica 6. *Hijerarhijska regresijska analiza predikcije posredne traumatizacije (N=106).*

Varijabla	Blok 1	Blok 2	Blok 3
	Posredna traumatizacija		
Doživljena trauma	-0,159	-0,141	-0,135
Radno vrijeme s traumatiziranim korisnicima	0,422*	0,396*	0,405*
Otpornost		-0,099	-0,104
Osobna briga o sebi		-0,242*	-0,274*
Profesionalna briga o sebi		0,025	0,011
Percipirana socijalna podrška			0,069
R	0,480	0,554	0,5560,309
R ²	0,230	0,307	0,003
ΔR ²	0,230	0,077	0,267
R ² _{corr}	0,215	0,272	

*p < 0,05

RASPRAVA

Cilj istraživanja bio je ispitati razinu posredne traumatizacije i drugih indikatora mentalnog zdravlja te istražiti prediktore posredne traumatizacije kod socijalnih radnika zaposlenih u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad. Rezultati su pokazali kako oko polovice sudionica iskazuje normalne razine simptoma depresivnosti (52,8% sudionica), anksioznosti (56,6% sudionica) i stresa (45,3% sudionica). Kada usporedimo te rezultate s rezultatima dobivenim na istoj skali DASS-21

na općoj populaciji u panel istraživanju Ajduković (2021.), zabrinjavajuća je razlika između socijalnih radnica u ovom uzorku i opće populacije. U prosincu 2021. godine čak 71,8% sudionika iz opće populacije iskazuje normalne razine simptoma depresivnosti, 78,2% normalne razine simptoma anksioznosti, a 81,3% normalne razine stresa. U pogledu ostalih kategorija, blagu ili umjerenu razinu simptoma depresivnosti iskazuje 33% socijalnih radnica (19,5% uzorka iz opće populacije), 22,7% blagu ili umjerenu razinu simptoma anksioznosti (12,9% uzorka iz opće populacije) te 34% blagu ili umjerenu razinu stresa (12% uzorka iz opće populacije). Naposljetku, ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu razinu simptoma depresivnosti iskazuje 14,1% socijalnih radnica (8,7% uzorka iz opće populacije), 20,8% ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu razinu simptoma anksioznosti (8,9% uzorka iz opće populacije) te 20,8% ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu razinu stresa (6,7% uzorka iz opće populacije). Iako su ti rezultati u skladu s drugim usporedbama socijalnih radnika i opće populacije (npr. pregledni rad Lloyd, King i Chenoweth, 2002.), te ukazuju vjerojatno na povezanost profesionalnog stresa i težih uvjeta rada kod socijalnih radnica s teškoćama mentalnog zdravlja, ipak je važno upozoriti na dvostruko više ozbiljnih ili vrlo ozbiljnih razina depresivnosti, anksioznosti i stresa kod socijalnih radnica u ovom uzorku u odnosu na uzorke opće populacije.

Nisu pronađena međunarodna istraživanja koja su koristila skalu DASS-21 za ispitivanje mentalnog zdravlja socijalnih radnika pa direktne usporedbe nisu moguće. U planiranju istraživanja odlučeno je koristiti skalu DASS-21 upravo zbog mogućnosti usporedbe s općom populacijom u Hrvatskoj (Ajduković, 2021a.) te zbog niza drugih karakteristika zbog koje je skala u širokoj upotrebi – valjanost i pouzdanost skale (npr. Lee, Miller i Bride, 2019.), optimalna dužina skale s obzirom na to da ispituje tri indikatora mentalnog zdravlja kao i standardizirane norme koje olakšavaju razumijevanje razina ozbiljnosti simptoma. Nalazi ovog istraživanja koji su pokazali znatno nepovoljnije nalaze za uzorak socijalnih radnica u odnosu na uzorke opće populacije, pokazuju da je korištenje ove skale potvrdilo svoju opravdanost.

Istraživanje s 524 licencirana savjetovatelja (Fye i sur., 2021.) pokazalo je niže prosječne vrijednosti na subskalama depresivnosti ($M = 9,22$, $SD = 8,99$), anksioznosti ($M = 5,91$, $SD = 8,386$) i stresa ($M = 13,42$, $SD = 8,992$) od rezultata dobivenih u ovom istraživanju. Istraživanje Maharaj, Lees i Lal (2019.) sa 102 medicinske sestre ima slične rezultate za kategoriju normalne razine simptoma anksioznosti (58,8% u usporedbi s 56,6% u našem uzorku), no ponovno pokazuje povoljnije rezultate za depresivnost (67,6% u usporedbi s 52,8% u našem uzorku) i stres (58,8% u usporedbi s 45,3% u našem uzorku). Također, dobiveni rezultati na Skali dobrobiti upućuju na nisku dobrobit sudionica, što je suprotno dobivenim rezultatima istraživanja Baldschun i suradnika (2019.) s ukupno 888 socijalnih radnika koje je pokazalo njihovu dobrobit kao relativno dobru.

Što se tiče drugog istraživačkog problema, kojim su se ispitivali prediktori posredne traumatizacije, pokazalo se da su količina radnog vremena provedenog

baveći se traumama korisnika i stupanj osobne brige o sebi prediktori posredne traumatizacije. Odnosno, više radnog vremena provedenog baveći se traumama korisnika predviđa višu razinu posredne traumatizacije, a viši stupanj osobne brige o sebi javlja se kao zaštitni čimbenik, čime se, u navedenim varijablama, hipoteza potvrđuje. Dobiveni rezultati u skladu su s dosadašnjim istraživanjima (npr. Benuto i sur., 2019.; Bridger, Binder i Kellezi, 2020.). No, postoje istraživanja koja su i u suprotnosti s ovim nalazima. Tako, primjerice, rezultati istraživanja Sodeke-Gregson, Holttum i Billings (2013.) pokazuju da terapeuti koji provode više vremena u aktivnostima brige o sebi imaju viši rizik od razvoja posredne traumatizacije, iako je moguće i da je smjer obrnut, odnosno da su se zbog doživljaja posredne traumatizacije počeli provoditi više vremena u brizi o sebi. Mogući razlog ovakvih nalaza je taj što su prethodno navedena istraživanja bila usmjerena na stupanj brige o sebi kao ukupni rezultat, odnosno nisu razdvajala osobnu i profesionalnu brigu o sebi kao zasebne varijable, stoga bi svakako u budućim istraživanjima bilo potrebno istražiti razlike između aktivnosti osobne i profesionalne brige o sebi i njihovog učinka na posrednu traumatizaciju.

S druge strane, prisutnost doživljene traume, stupanj otpornosti, stupanj profesionalne brige o sebi i percipirana socijalna podrška nisu potvrđene kao prediktori posrednoj traumatizaciji, što je u suprotnosti s postavljenom hipotezom. Istraživanje Bridger, Binder i Kellezi (2020.) je također pokazalo kako stupanj otpornosti nije značajan izravan prediktor posredne traumatizacije, a rezultati istraživanja Dagan, Itzhaky i Ben-Porat (2015.) također nisu utvrdili socijalnu podršku kao zaštitni čimbenik posrednoj traumatizaciji.

Suprotno nalazima ovog istraživanja, brojna istraživanja utvrdila su kako se povijest doživljene traume javlja kao prediktor posrednoj traumatizaciji (Yazıcı i Özdemir, 2022.; Sodeke-Gregson, Holttum i Billings, 2013.; Kindermann i sur., 2017.; Arpacioğlu, Gurler i Kakiroğlu, 2021.). Također, nalazi brojnih istraživanja prikazuju stupanj socijalne podrške kao značajan zaštitni faktor razvoja posredne traumatizacije (Rzeszutek, Partyka i Gołąb, 2015.; Kindermann i sur., 2017.; Greinacher i sur., 2019.). Moguće objašnjenje zbog kojeg se u ovom istraživanju doživljena trauma nije pokazala kao prediktor su ostali ispitivani čimbenici. Naime, pri analiziranju prediktora, učinci povezanih čimbenika poput otpornosti i brige o sebi mogu oslabiti učinak doživljene traume na posrednu traumatizaciju (Quinn, Ji i Nackerud, 2019.). Također, važno je detaljnije promatrati samu doživljenu traumu, odnosno u kojem intenzitetu i u kojem vremenu se trauma dogodila, kao i način njenog rješavanja. Konstruktivni načini rješavanja traume i nošenje s emocijama i posljedicama koje je doživljena trauma ostavila na pojedinca igraju veliku ulogu u kasnijem suočavanju s mnogobrojnim izazovima.

Profesionalna briga o sebi se također nije pokazala značajnim prediktorom posredne traumatizacije. Takav nalaz moguće je objasniti nezadovoljavajućim radnim uvjetima na radnom mjestu socijalnih radnika. Kako pokazuju rezultati doma-

ćih istraživanja, socijalni radnici u Hrvatskoj doživljavaju niz izvora profesionalnog stresa koja nije moguće kompenzirati individualnom profesionalnom brigom o sebi, nego su nužne i promjene u cjelokupnom radnom sustavu. To se odnosi na složene zahtjeve radnog mjesta i radnu preopterećenost, često nemaju dovoljno vremena za sve zadatke, osjećaju se nesigurno i izloženo na radnom mjestu, a u svojoj profesionalnoj okolini nemaju odgovarajuću podršku od strane poslodavca i potrebne resurse na razini sustava (Družić Ljubotina i Friščić, 2014.; Friščić, 2006.; Ilijaš, Štengl i Podobnik, 2021.).

Mogući razlog zbog čega u ovom istraživanju socijalna podrška nije djelovala kao prediktor posrednoj traumatizaciji je što se mjerila percipirana socijalna podrška, odnosno koliko socijalni radnici smatraju da imaju socijalne podrške, a ne koliko je ona stvarno prisutna. Također, kao što je već spomenuto, moguće je da socijalni radnici ne opterećuju osobe iz svoje okoline stresorima s kojima se susreću na radnom mjestu te izbjegavaju traženje pomoći, a u tome ih sprečava i obaveza čuvanja podataka i povjerljivosti informacija o korisnicima i njihovoj situaciji (Dagan, Ben-Porat i Itzhaky, 2016.). Također, postoji mogućnost da se navedeni prediktori nisu pokazali značajnima i zbog statističkih razloga, poput malog uzorka i međusobne korelacije prediktora.

Ograničenja istraživanja i preporuke za buduća istraživanja

Glavna ograničenja ovog istraživanja odnose se na korelacijski i transversalni nacrt koji ne omogućava mogućnost uzročno-posljedičnih zaključaka o promatranim konstruktima. Uzorak istraživanja je mali (N=106) i pristran te ne možemo reći da reprezentativno predstavlja socijalne radnike u Hrvatskoj. Kao što je već u metodologiji navedeno, prema podacima iz 2020. godine (Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, 2021.), bilo je ukupno zaposlenih 1 145 socijalnih radnika u centrima za socijalnu skrb, što znači da je uzorak ovog istraživanja obuhvatio 9% socijalnih radnika zaposlenih u centrima za socijalnu skrb, odnosno podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad. S jedne strane se može pretpostaviti da su istraživanju pristupili oni socijalni radnici koje je privukla ova tema upravo zbog toga što prepoznaju da puno rade s traumatiziranim korisnicima, a s druge strane se može pretpostaviti da se ovim istraživanjem nije zahvatio veliki broj socijalnih radnika koji vjerojatno imaju iskustvo posredne traumatizacije i doživljavaju njene simptome, te stoga imaju smanjenu energiju da sudjeluju u ovakvim istraživanjima. Uz to, čak 17% sudionica radi na odjelu manje od godinu dana, te postoji mogućnost da nemaju veliko iskustvo samostalnog rada s korisnicima i da nisu mogli razviti simptome posredne traumatizacije.

Iako ovo istraživanje kao pionirsko u području posredne traumatizacije socijalnih radnika u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad svoju vrijednost, u budućim istraživanjima svakako bi trebalo obuhvatiti veći broj socijalnih radnika i radnica, uključiti mjere socijalne podrške u radnom okruženju, kao i provesti longitudinalno istraživanje koje bi pratilo promjene u mentalnom zdravlju, posrednoj traumatizaciji te moguće rizične i zaštitne čimbenike koji bi sveobuhvatnije mogli ukazati na potencijalne praktične implikacije za svakodnevni rad socijalnih radnika u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad.

Praktične implikacije rezultata

Rezultati istraživanja ukazuju na zabrinjavajuće razine teškoća mentalnog zdravlja kod socijalnih radnica zaposlenih u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad u ovom specifičnom uzorku, u usporedbi s nedavnim istraživanjem s reprezentativnim panel uzorkom za odrasle osobe u Hrvatskoj (Ajduković, 2021a.). S obzirom na to da su u ovom istraživanju zastupljenije mlađe i neiskusnije socijalne radnice, nužno je upravo ovoj skupini posvetiti puno pozornosti organizirajući za njih ciljne edukacije, radionice o očuvanju mentalnog zdravlja i metodu superviziju koja ima, uz podržavajući, i jasan edukativni značaj (Ajduković, 2021b.). Podsjetimo se, najveći broj sudionica nema završen niti jedan dodatni oblik edukacije (68,9%) i u proteklih godinu dana nije bio niti na jednom supervizijskom susretu (68,9%).

Iako strukovne i akademske organizacije niz godina apeliraju na nužnost promjena u sustavu socijalne skrbi koji se odnosi na neposredne radne uvjete, nužne promjene koje bi bile značajne za povećanje psihološke dobrobiti se ne događaju. Socijalni radnici često rade u nezadovoljavajućim uvjetima koji predstavljaju dodatne izvore profesionalnog stresa, u vidu preopterećenosti poslom, prevelikog broja korisnika s kojima rade, brojne papirologije i procedure koje moraju slijediti, a za koje imaju premalo vremena, nesigurnosti na radnom mjestu zbog prijetnji i napada od strane korisnika i drugo (Družić Ljubotina i Friščić, 2014.; Friščić, 2006.; Ilijaš, Štengl i Podobnik, 2021.). Navedene poteškoće otežavaju kvalitetan rad s korisnicima i dovode do stresa i nezadovoljstva svojom profesionalnom ulogom. Ne pomaže ni činjenica da su socijalni radnici često prisutna tema u medijima i često na meti brojnih negativnih komentara javnosti. U kombinaciji s neposrednim radom s korisnicima koji su doživjeli traumatska iskustva, socijalni radnici su u riziku za teškoće mentalnog zdravlja i pojavu posredne traumatizacije.

Uzimajući u obzir dobivene nalaze istraživanja, kao i činjenicu da se socijalni radnici na radnom mjestu učestalo susreću s različitim traumatskim događajima svojih korisnika, bilo bi važno pružiti djelatnicima besplatne alate i resurse kako bi na kvalitetan i prikladan način mogli proraditi vlastita iskustva i njihov utjecaj na svakodnevni posao. Prije svega je nužno organizirati visoko kvalitetnu i dostupnu su-

perviziju rada stručnjaka. Na pozitivne učinke supervizije u području rada s djecom, mladima i obiteljima jasno upućuju nalazi evaluacijskog istraživanja koji su pokazali da je sudjelovanje u metodičkoj superviziji pridonijelo razvoju (1) odnosnih kompetencija za rad s obitelji, (2) kognitivnih kompetencija za rad s obitelji i (3) osjećaju profesionalne sigurnosti (Ajduković i Kožljan, 2021.). Također, zapošljavanjem većeg broja socijalnih radnika u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad, mogla bi se osigurati rasterećenost velikim brojem korisnika i fleksibilnost u radu s njima, no kao što je već navedeno, nužno je novozaposlenim mladim stručnjacima posvetiti sustavnu brigu.

Rezultati istraživanja također ukazuju na važnost brige o sebi u profesiji socijalnog rada kojoj je važno da prethode promjene u radnim uvjetima. Ovi rezultati mogu se primijeniti na različite načine, kroz edukaciju socijalnih radnika o važnosti brige o sebi i načinima na koje se mogu brinuti o sebi. Osim sadašnjih socijalnih radnika, rezultati su važni i za studente socijalnog rada koji tijekom studija mogu otkriti važnost brige o sebi, isprobavati različite načine i njegovati aktivnosti koje im odgovaraju kako bi već u obrazovanju stekli naviku njegovanja sebe. Osim toga, važno je da propisani dio upravljanja radnim procesima u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad bude balansiranje količine radnog vremena u radu s traumatiziranim korisnicima među djelatnicima s obzirom na to da se i ono pokazalo kao značajan prediktor posrednoj traumatizaciji. Također, važno je takve zaposlenike osvijestiti i educirati o učincima učestalog rada s traumama, osigurati im odgovarajuću edukaciju i superviziju usmjerenu na specifičnosti rada u području traume kako bi se smanjio rizik od nastanka posredne traumatizacije (Knight, 2013., 2018.; Knight i DiAnne Borders, 2018.)

U cjelini, nužno je osposobiti sustav socijalne skrbi da djeluje i bude unaprijeđen temeljem znanja i vještina o traumi kako bi se omogućile odgovarajuće usluge traumatiziranim korisnicima te pružila odgovarajuća profesionalna podrška stručnjacima koji s njima rade (Levenson, 2020.; Mersky, Topitzes i Britz, 2019.). Naime, istraživanje Ajduković i sur. (2014.) pokazalo je da 29% socijalnih radnika navodi da je većina njihovih korisnika traumatizirana, 18% da ih je traumatizirano više od polovice, a 34% da ih je približno polovica traumatizirana. Istovremeno, pokazalo se da sudionici tog istraživanja imaju netočno uvjerenje da iskustvo pomagače štiti od razvoja posredne traume.

ZAKLJUČAK

Ovim istraživanjem ispitala se posredna traumatizacija socijalnih radnika zaposlenih u podružnicama Hrvatskog zavoda za socijalni rad (HZSR), njihovo mentalno zdravlje te prediktori posredne traumatizacije socijalnih radnika. Rezultati su pokazali kako je posredna traumatizacija prisutna među socijalnim radnicima u ovom

specifičnom uzorku. Čak 14,1% sudionica iskazuje ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu razinu simptoma depresivnosti, po 20,8% sudionica ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu razinu simptoma anksioznosti i stresa, dok su ukupni rezultati na Skali dobrobiti pokazali nisku dobrobit sudionica. Iako se radi o prigodnom uzorku, ovi nalazi su sami po sebi dovoljni da se, uz praćenje sagorijevanja na poslu, sustavno prati razina posredne traumatizacije zaposlenika u podružnicama HZSR-a te da se identificiraju profesionalne skupine pod posebnim rizikom (npr. mlađi i neiskusniji stručnjaci) kojima treba posvetiti posebnu pozornost.

Značajni prediktori posredne traumatizacije su količina radnog vremena provedenog baveći se traumama korisnika i osobna briga o sebi. Točnije, više radnog vremena provedenog baveći se traumama korisnika predviđa višu razinu posredne traumatizacije socijalnih radnica, a viši stupanj osobne brige o sebi predviđa manju razinu posredne traumatizacije. Ostali prediktori – doživljena trauma, stupanj otpornosti, stupanj profesionalne brige o sebi i stupanj percipirane socijalne podrške se nisu pokazali značajnim u predviđanju posredne traumatizacije u ovom uzorku.

U cjelini, navedeni nalazi upućuju da je potrebna sustavna briga o mentalnom zdravlju i dobrobiti socijalnih radnika u podružnicama HZSR-a te unapređenje djelovanja sustava socijalne skrbi na temelju znanja i vještina o učinku rada u području traume na stručnjake.

LITERATURA

1. Ajduković, M. (2021a). *Psihologija u vrijeme COVID-19 pandemije: Što smo »dali« drugima, a što smo naučili od drugih?* Pozvano izlaganje. 28. Godišnja konferencija hrvatskih psihologa.
2. Ajduković, M. (2021b). Vještine vođenja i organiziranja methodske supervizije u zaštiti dobrobiti djece. U: Ajduković, M. i Sladović Franz, B. (ur.), *Sigurnost i dobrobit djeteta: Strukturirani pristup u zaštiti djece u socijalnoj skrbi*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku i Društvo za psihološku pomoć, 185-208.
3. Ajduković, M. & Kožljan, P. (2021.). Iskustvo provedbe methodske supervizije u programu »Sustavna podrška obiteljima s djecom: Prepoznavanje i smanjivanje rizika«. U: Ajduković, M. i Sladović Franz, B. (ur.), *Sigurnost i dobrobit djeteta: Strukturirani pristup u zaštiti djece u socijalnoj skrbi*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku i Društvo za psihološku pomoć, 209-233.
4. Ajduković, M., Rajhvajn Bulat, L., Ostojić, D. & Vuger, C. (2014). Obrazovne potrebe i iskustva socijalnih radnika iz centara za socijalnu skrb u radu s traumatiziranim korisnicima. *Zbornik sažetaka 6. konferencija socijalnih radnika »Socijalni rad u vrijeme socijalne i ekonomske krize«* (15.- 17.10.2014.). Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika.
5. Američka psihijatrijska udruga (APA) (2013). *DSM-5 Dijagnostički i statistički*

priručnik za duševne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap.

6. Armes, S. E., Lee, J. J., Bride, B. E. & Seponski, D. M. (2020). Secondary trauma and impairment in clinical social workers. *Child Abuse & Neglect*, 110 (3), 104540. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104540>
7. Arpacioğlu, S., Gurler, M. & Cakiroğlu, S. (2021). Secondary traumatization outcomes and associated factors among the health care workers exposed to the COVID-19. *International Journal of Social Psychiatry*, 67 (1), 84-89. <https://doi.org/10.1177/0020764020940742>
8. Baldschun, A., Hämäläinen, J., Töttö, P., Rantonen, O. & Salo, P. (2019). Job-strain and well-being among Finnish social workers: Exploring the differences in occupational well-being between child protection social workers and social workers without duties in child protection. *European Journal of Social Work*, 22 (1), 43-58. <https://doi.org/10.1080/13691457.2017.1357025>
9. Benuto, L. T., Singer, J., Gonzalez, F., Newlands, R. & Hooft, S. (2019). Supporting those who provide support: Work-related resources and secondary traumatic stress among victim advocates. *Safety and Health at Work*, 10 (3), 336-340. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.04.001>
10. Bercier, M. L. & Maynard, B. R. (2015). Interventions for secondary traumatic stress with mental health workers: A Systematic review. *Research on Social Work Practice*, 25 (1), 81-89. <https://doi.org/10.1177/1049731513517142>
11. Bride, B. E., Robinson, M. R., Yegidis, B. & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14 (1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
12. Bridger, K. M., Binder, J. F. & Kellezi, B. (2020). Secondary traumatic stress in foster carers: Risk factors and implications for intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 482-492. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01668-2>
13. Caringi, J. C., Hardiman, E. R., Weldon, P., Fletcher, S., Devlin, M. & Stanick, C. (2017). Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers. *Traumatology*, 23 (2), 186-195. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/trm0000061>
14. Choi, G. Y. (2011a). Secondary traumatic stress of service providers who practice with survivors of family or sexual violence: A national survey of social workers. *Smith College Studies in Social Work*, 81 (1), 101-119. <https://doi.org/10.1080/00377317.2011.543044>
15. Choi, G. Y. (2011b). Organizational impacts on secondary traumatic stress of social workers assisting family violence or sexual assault survivors. *Administration in Social Work*, 35 (3), 225-242. <https://doi.org/10.1080/03643107.2011.575333>
16. D'Andrea, W., Sharma, R., Zelechowski, A. D. & Spinazzola, J. (2011). Physical health problems after single trauma exposure: When stress takes root in the body. *Journal of Social Work*, 19 (4), 504-528. <https://doi.org/10.1177/1078390311418725>

17. Dagan, K., Itzhaky, H. & Ben-Porat, A. (2015). Therapists working With trauma victims: The contribution of personal, Enivormental, and professional-organizational resources tosSecondary traumatization. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16 (5), 592-606. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1037038>
18. Dagan, S. W., Ben-Porat, A. & Itzhaky, H. (2016). Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization. *Child Abuse & Neglect*, 51, 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.008>
19. Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B. & Zahniser, E. (2017). Development of the Professional Self-Care Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 64 (3), 325-334. <https://doi.org/10.1037/cou0000206>
20. Družić Ljubotina, O. & Friščić, Lj. (2014). Profesionalni stres kod socijalnih radnika: Izvori stresa i sagorijevanje na poslu. *Ljetopis socijalnog rada*, 21 (1), 5-32. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v21i1.10>
21. Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: Figley, C. R. (ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 1-20.
22. Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring. In: Stamm, B. H. (ed.), *Secondary traumatic stress*. Towson: Sidran Institute, 3-28.
23. Friščić, Lj. (2006). Čimbenici profesionalnog stresa i sagorijevanja u radu socijalnih radnika u Centru za socijalnu skrb Zagreb. *Ljetopis socijalnog rada*, 13 (2), 347-370.
24. Fye, H. J., Cook, R. M., Choi, Y. J. & Baltrinic, E. R. (2021). Professional quality of life and affective distress among prelicensed counselors. *Journal of Counseling & Development*, 99 (4), 429-439. <https://doi.org/10.1002/jcad.12395>
25. Golden, S. A. (2021). *The effects of indirect traumatization on therapist relationships: A qualitative study*. A Dissertation. New Jersey: The Graduate School of Applied and Professional Psychology. <https://doi.org/doi:10.7282/t3-7szt-gm18>
26. Greinacher, A., Nikendei, A., Kottke, R., Wiesbeck, J., Herzog, W. & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization, psychological stress, and resilience in psychosocial emergency care peronnel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (17), 3213. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173213>
27. Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C. & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stres in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28 (2), 83-91- <https://doi.org/10.1002/jts.21998>

28. Ilijaš, A., Štengl, M. & Podobnik, M. (2021). Izvori profesionalnog stresa i potrebe u zaštiti od profesionalnog stresa stručnih radnika Centra za socijalnu skrb Zagreb. *Ljetopis socijalnog rada*, 28 (1), 7-36. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v28i1.351>
29. Kindermann, D., Schmid, C., Derreza-Greeven, C., Huhn, D., Kohl, R. M., Junne, F., Schleyer, M., Daniels, J. K., Ditzen, B., Herzog, W. & Nikendei, C. (2017). Prevalence of and risk factors for secondary traumatization in interpreters for refugees: A Cross-sectional study. *Psychopathology*, 50, 262-272. <https://doi.org/10.1159/000477670>
30. Knight, C. (2013). Indirect trauma: Implications for self-care, supervision, the organization, and the academic institution. *The Clinical Supervisor*, 32 (2), 224-243. <https://doi.org/10.1080/07325223.2013.850139>
31. Knight, C. (2018). Trauma-informed supervision: Historical antecedents, current practice, and future directions. *The Clinical Supervisor*, 37 (1), 7-37. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1413607>
32. Knight, C. & DiAnne Borders, L. (2018). Trauma-informed supervision: Core components and unique dynamics in varied practice contexts. *The Clinical Supervisor*, 37 (1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/07325223.2018.1440680>
33. Lee, J. J. & Miller, S. E. (2013). A Self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society: Journal of Contemporary Human Services*, 94 (2), 96-103. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>
34. Lee, J. J., Gottfriend, R. & Bride, B. E. (2017). Exposure to client trauma, secondary traumatic stress, and the health of clinical social workers: A mediation analysis. *Clinical Social Work Journal*, 46 (3), 1-8, <https://doi.org/10.1007/s10615-017-0638-1>
35. Lee, J., Lee, E. H. & Moon, S. H. (2019). Systematic review of the measurement properties of the Depression Anxiety Stress Scales–21 by applying updated COSMIN methodology. *Quality of Life Research*, 28, 2325-2339. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02177-x>
36. Lee, J. J., Miller, S. E. & Bride, B. E. (2019). Development and initial validation of the Self-Care Practices Scale. *Social Work*, 65 (1), 21-28. <https://doi.org/10.1093/sw/swz045>
37. Levenson, J. (2020). Translating trauma-informed principles into social work practice. *Social Work*, 65 (3), 288-298. <https://doi.org/10.1093/sw/swaa020>
38. Lloyd, C., King, R. & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11 (3), 255-265, <https://doi.org/10.1080/09638230020023642>
39. Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

40. Maharaj, S., Lees, T. & Lal, S. (2019). Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (1), 61-71. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010061>
41. Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic. Resilience in development*. New York: The Guilford Press.
42. McCain, R. S., McKinley, N., Dempster, M., Campbell, W. J. & Kirk, S. J. (2017). A study of the relationship between resilience, burnout and coping strategies in doctors. *Postgraduate Medical Journal*, 94, 43-47, <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2016-134683>
43. Mersky, J. P., Topitzes, J. & Britz, L. (2019). Promoting evidence-based, trauma-informed social work practice. *Journal of Social Work Education*, 55 (4), 645-657. <https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1627261>
44. Michalopoulos, L. M. & 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 (6), 646-664. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.689422>
45. Miller, J. J., Lianekhammy, J. & Grise-Owens, E. (2018). Examining self-care among individuals employed in social work capacities. *Advances in Social Work*, 18 (4), 1250-1266. <https://doi.org/10.18060/22320>
46. Miller, J. J., Poklembova, Z., Podkowińska, M., Grise-Owens, E., Balogová, B. & Pachner, T. M. (2021). Exploring the self-care practices of social workers in Poland. *European Journal of Social Work*, 24 (1), 84-93, <https://doi.org/10.1080/13691457.2019.1653828>
47. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (2021). *Godišnje statističko izvješće o zaposlenicima u ustanovama socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj u 2020. godini*.
48. Preuzeto s: <https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Socijalna%20politika/Odluke/Godi%C5%A1nje%20statisti%C4%8Dko%20izvje%C5%A1-%C4%87e%20o%20zaposlenicima%20u%20ustanovama%20socijalne%20skrbi%20u%20RH%20za%202020.%20godinu.pdf>. (16.7.2023.)
49. Ogińska-Bulik, N. & Michalska, P. (2021). Psychological resilience and secondary traumatic stress in nurses working with terminally ill patients- The Mediating role of job burnout. *Psychological Services*, 18 (3), 398-405, <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000421>
50. Quinn, A., Ji, P. & Nackerud, L. (2019). Predictors of secondary traumatic stress among social workers: Supervision, income, and caseload size. *Journal of Social Work*, 19 (4), 504-528, <https://doi.org/10.1177/1468017318762450>
51. Rayner, S., Davis, C., Moore, M. & Cadet, T. (2020). Secondary traumatic stress

- and related factors in Australian social workers and psychologists. *Health & Social Work*, 45 (2), 122-130, <https://doi.org/10.1093/hsw/hlaa001>
52. Rauvola, R. S., Vega, D. M. & Lavigne, K. N. (2019). Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda. *Occupational Health Science*, 3, 297-336. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>
 53. Rzeszutek, M., Partyka, M. & Gołąb, A. (2015). Temperament traits, social support, and secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46 (4), 213-220. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pro0000024>
 54. Shoji, K., Bock, J., Cieslak, R., Zukowska, K., Luszczynska, A. & Benight, C. C. (2014). Cultivating secondary traumatic growth among healthcare workers: The Role of social support and self-efficacy. *Journal of Clinical Psychology*, 70 (9), 831-846. <https://doi.org/10.1002/jclp.22070>
 55. Sodeke-Gregson, E. A., Holtum, S. & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4 (1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
 56. Temitope, K. M. & Williams, M. W. M. (2015). Secondary traumatic stress, burnout and the role of resilience in New Zealand Counsellors. *New Zealand Journal of Counselling*, 35 (1), 1-21.
 57. van der Meer, C. A., Te Brake, H., van der Aa, N., Dashtgard, P., Bakker, A. & Olff, M. (2018). Assessing psychological resilience: Development and psychometric properties of the English and Dutch version of the resilience evaluation scale (res). *Frontiers in Psychiatry*, 9, 169. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00169>
 58. Virgă, D., Baci, L., Lazăr, T.A. & Lupşa, D. (2020). Psychological capital protects social workers from burnout and secondary traumatic stress. *Sustainability*, 12 (6), 2246. <https://doi.org/10.3390/su12062246>
 59. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P. & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) – Extended criterion A*. Boston: National Center for PTSD.
 60. World Health Organization (WHO; 1998). *Wellbeing measures in primary health care/The Depcare project: report on a WHO meeting: Stockholm, Sweden, 12-13 February 1998*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
 61. Yazıcı, H. & Özdemir, M. (2022). Predictors of secondary traumatic stress in mental health professionals: Trauma history, self-compassion, emotional intelligence. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy*, 41 (1), 162-175. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00458-y>
 62. Zerach, G. & Shalev, T. B. I. (2015). The Relations between violence exposure,

- posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29 (3), 135-142. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.01.002>
63. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Dorotea Jauk
Ines Rezo Bagarić
Marina Ajduković

PREDICTORS OF SECONDARY TRAUMATIZATION OF SOCIAL WORKERS EMPLOYED IN INSTITUTE FOR SOCIAL WORK

ABSTRACT

The aim of this paper was to examine secondary traumatization and mental health indicators, together with the predictors of secondary traumatization among social workers employed in the Institute for Social Work in the Republic of Croatia. 106 social workers employed in different departments of the Institute for Social Work participated in the research. The results showed that secondary traumatization is present among social workers. 14.1% of the participants showed severe or extremely severe levels of depressive symptoms, and 20.8% of the participants showed severe or extremely severe levels of anxiety and stress, while the overall results on the Well-Being Index showed their poor emotional state. Predictors of secondary traumatization were the longer working time spent dealing with the user's traumas and the lower level of personal self-care.

Key words: *secondary traumatization; trauma; self-care; social workers.*



*Međunarodna licenca / International License:
Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0.*