Prediktori sekundarne traumatizacije socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb

Jauk, Dorotea

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:199:940937

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-18**

Repository / Repozitorij:

Repository Faculty of Law University of Zagreb

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

PRAVNI FAKULTET ZAGREB

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Dorotea Jauk

PREDIKTORI SEKUNDARNE TRAUMATIZACIJE SOCIJALNIH RADNIKA ZAPOSLENIH U CENTRIMA ZA SOCIJALNU SKRB

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2022.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET ZAGREB
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Dorotea Jauk

PREDIKTORI SEKUNDARNE TRAUMATIZACIJE SOCIJALNIH RADNIKA ZAPOSLENIH U CENTRIMA ZA SOCIJALNU SKRB

DIPLOMSKI RAD

Mentorica: dr.sc. Ines Rezo Bagarić

Zagreb, 2022.

Sadržaj

1. Uvod 1
1.1.Određenje koncepta sekundarne traumatizacije 1
1.2.Prevalencija sekundarne traumatizacije 3
1.3. Simptomi i negativne posljedice sekundarne traumatizacije 4
1.4. Teorijski okvir 5
1.4.1. Model stresa temeljen na empatiji 5
1.5. Rizični i zaštitni čimbenici sekundarne traumatizacije 7
1.5.1. Doživljena trauma 7
1.5.2. Radno vrijeme provedeno baveći se traumama korisnika 7
1.5.3. Otpornost 8
1.5.4. Osobna i profesionalna briga o sebi 8
1.5.5. Percipirana socijalna podrška 9
1.6. Teorijski i praktični značaj obrade tematike 9
2. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja 10
2.1. Cilj istraživanja 10
2.2. Problemi i hipoteze istraživanja 10
3. Metoda 11
3.1. Uzorak 11
3.2. Postupak 13
3.3. Mjerni instrumenti 13
3.3.1. Sociodemografski podaci i obilježja sudionika 13
3.3.2. Traumatska iskustva (PCL-5) 14
3.3.3. Procjena provedenih sati u radu gdje se bave traumama korisnika 14
3.3.4. Skala depresije, anksioznosti i stresa (The Depression, Anxiety and Stress Scale) 14
3.3.5. Skala sekundarne traumatizacije (Secondary Traumatic Stress Scale) 15
3.3.6. Skala dobrobiti (Well-being Indeks) 16
3.3.7. Skala otpornosti (Resilience Evaluation Scale) 16
3.3.8. Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) 16
3.3.9. Skala zadovoljstva poslom 17
3.3.10. Skala brige o sebi (Self-care Practices Scale) 17
3.4. Obrada podataka 17
4. Rezultati 18
5. Rasprava 22

5.1. Postoje li razlike u stupnju depresije, anksioznosti, stresa i sekundarne traumatizacije s obzirom na prisutnost doživljene traume socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb? ... 22
5.2. Postoje li razlike u stupnju dobrobiti, otpornosti i percipirane socijalne podrške s obzirom na prisutnost doživljene traume socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb? ... 23
5.3. Koliko prisutnost doživljene traume, učestalost radnog vremena provedenog baveći se traumama korisnika, stupanj otpornosti, stupanj osobne i profesionalne brige o sebi te percipirana socijalna podrška predviđaju vjerojatnost iskazivanja sekundarne traumatizacije socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb? ... 24
5.4. Nedostaci istraživanja i preporuke za buduća istraživanja ... 26
5.5. Praktične implikacije rezultata ... 27
6. Zaključak ... 30
Popis tablica ... 31
Popis slika ... 31
Literatura ... 32

Prediktori sekundarne traumatizacije socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb

Sažetak:

Cilj ovog rada bio je istražiti prediktore sekundarne traumatizacije kod socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb na području Republike Hrvatske. U istraživanju je sudjelovalo 106 socijalnih radnika zaposlenih na različitim odjelima Centara za socijalnu skrb. Rezultati su pokazali kako je sekundarna traumatizacija zastupljena među socijalnim radnicima i kako postoje razlike u stupnju anksioznosti, sekundarne traumatizacije i stupnju dobrobiti između socijalnih radnika koji su doživjeli iskustvo traume u odnosu na one koji to nisu. Kao prediktori sekundarne traumatizacije se pokazalo radno vrijeme provedeno baveći se traumama korisnika i stupanj osobne brige o sebi. Doživljena trauma, stupanj otpornosti, profesionalna briga o sebi i percipirana socijalna podrška se nisu pokazali kao prediktori sekundarne traumatizacije u ovom istraživanju.

Ključne riječi: sekundarna traumatizacija, doživljena trauma, briga o sebi, socijalni radnici

Predictors of secondary traumatization of social workers employed in Centres for Social Welfare

Summary:

The aim of this paper was to investigate the predictors of secondary traumatization among social workers employed in Centres for Social Welfare in the Republic of Croatia. 106 social workers employed in different departments of the Centres for Social Welfare participated in the research. The results showed that secondary traumatization is present among social workers, and that there are differences in the level of anxiety, secondary traumatization, and the level of well-being between social workers who have experienced trauma compared to those who have not. As predictors of secondary traumatization, the working time spent dealing with the user's traumas and the level of personal self-care were indicated. Experienced trauma, level of resilience, professional self-care and perceived social support did not appear as predictors of secondary traumatization in this research.

Key words: secondary traumatization, experienced trauma, self-care, social workers

Izjava o izvornosti

Ja, Dorotea Jauk, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima osim onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Dorotea Jauk

Datum: 12.09.2022.

1. 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 se svakodnevno susreću s različitim skupinama korisnika i društvenim situacijama (Lloyd i sur., 2002.; prema Vîrgă i sur., 2020.) koje zahtijevaju različite djelatnosti (informiranje, savjetovanje, pružanje podrške, posredovanje, zagovaranje i dr.). 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 pričama i osobe u nevolji kojima je potrebna stručna pomoć i podrška. Samim time, socijalni radnici su, kao i stručnjaci ostalih pomažućih profesija, često izloženi traumama s kojima se njihovi korisnici susreću (Armes i sur., 2020.). Kako bi se mogli nositi sa svakodnevnim izazovima profesije, stručnjaci moraju, osim znanja i vještina, imati razvijenu empatiju, vještine podrške i visoku razinu otpornosti. Učestala i intenzivna izloženost teškim životnim događajima, pričama 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 nastanak sekundarne traumatizacije, kojoj su socijalni radnici zbog prirode svog posla često podložni.

1.1.Određenje koncepta sekundarne traumatizacije

Koncept sekundarne traumatizacije se prvi puta javlja 1983. godine kada ju 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.; prema Greinacher i sur., 2019a.). Simptomi obuhvaćaju kategorizaciju jednaku posttraumatskom stresnom poremećaju (PTSP-u), odnosno obuhvaćaju ponovno proživljavanje traumatskog događaja, izbjegavanje i potiskivanje podsjetnika na traumatski događaj i trajno uzbuđenje (Figley, 1995.). Pojedinci doživljavaju osjećaje tjeskobe, razdražljivosti i ljutnje, imaju poteškoće s koncentracijom i spavanjem, doživljavaju uznemirujuće snove te

često izbjegavaju aktivnosti i situacije koje ih podsjećaju na traumu (American Psychiatric Association, 2000.; prema Bride, 2007.). Figley (1999.; prema Greinacher i sur., 2019a) je definirao je sekundarnu traumatizaciju kao stres koji nastaje zbog pomaganja ljudima koji su doživjeli traumatsko iskustvo. Iskustvo sekundarne traumatizacije ostavlja trajne posljedice na živote stručnjaka (Golden, 2021.). Tako su sudionici istraživanja Golden (2021.), bez obzira na pokušaje suočavanja i ublažavanja utjecaja simptoma sekundarne traumatizacije, izvijestili o osjećaju usamljenosti, poteškoćama u povezivanju s drugima i ozbiljnosti koja je postala njihova trajna karakteristika. Također, smanjio se njihov osjećaj učinkovitosti i kontrole te svijeta kao sigurnog mjesta. Doveli su u pitanje svoju sposobnost pomaganja (Golden, 2021.). 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 (American Psychiatric Association, 2013.; prema Yazıcı i Özdemir, 2022.). Naglašeno je kako se ponavljanje izloženosti detaljima traumatskog događaja tijekom profesionalnih dužnosti kvalificira kao kriterij A stres (American Psychiatric Association, 2013.; prema Hensel i sur., 2015.).

Prije toga, Carl Jung je 1966. godine opisivao negativne učinke liječenja duševnih poremećaja koje 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.). Tijekom 1990-ih godina razvijalo se proučavanje i opisivanje navedenog fenomena, odnosno negativnih posljedica i učinaka koji terapeuti doživljavaju za vrijeme rada s osobama koji su doživjeli traumatska iskustva. Istraživanja su dovela do upotrebe različitih usko povezanih pojmova za opisani fenomen što je rezultiralo nastanku problematike u empirijskoj i konceptualnoj literaturi. Pojmovi se međusobno preklapaju te njihovi opisi imaju poneke sličnosti, ali se razlikuju (Golden, 2021.). Najčešći termini koji se koriste, uz sekundarnu traumatizaciju, su vikarijska traumatizacija, zamor suosjećanja i stres temeljen na empatiji.

Vikarijska traumatizacija nastaje kao rezultat empatije terapeuta prema korisnikovom traumatskom iskustvu gdje dolazi do transformacije unutarnjih iskustava terapeuta (Pearlman i Saakvitne, 1995.; prema Knight, 2013.). Kroz kontinuirana izlaganja traumatskim iskustvima svojih korisnika, terapeuti su izloženi riziku od poremećaja kognitivnih shema te od mijenjanja pogleda na svijet, odnosno svijet vide kao nesigurno mjesto (Knight, 2013. i Golden, 2021.). Simptomi uključuju poremećaje kognitivnih shema i promjene svjetonazora (Rauvola i sur., 2019.).

Zamor suosjećanja je termin koji označava visoku razinu stresa nakon izlaganja traumi. Simptomi su jednaki simptomima koje doživljavaju primarne žrtve traume, poput poremećaja spavanja, izbjegavanja, pretjeranog uzbuđenja i sl. (Figley, 1995.; prema Rauvola i sur., 2019.), ali obuhvaćaju i brigu oko posla te zatrpanost poslom (Golden, 2021.). Jednako tako, simptomi mogu uključivati i promjene u radnom ponašanju, percepciji i stavovima (Sprang i Craig, 2015.; prema Golden, 2021.).

Stres temeljen na empatiji Rauvola i suradnici (2019.) definiraju kao nepovoljne fizičke i psihološke reakcije izloženosti traumi na poslu koje proizlaze zbog empatijskog angažmana, odnosno kao proces izloženosti traume i empatijskim odgovorom koji rezultira napetostima i nepovoljnim učincima. Simptomi i posljedice koje mogu proizaći su vikarijska traumatizacija, sekundarna traumatizacija, zamor suosjećanja i druge zdravstvene posljedice (Rauvola i sur., 2019.).

U literaturi se navedeni pojmovi često koriste kao sinonimi, pogrešno se primjenjuju i dvosmisleni su što dovodi do nekonzistentnih i nedosljednih definicija, mjerenja i interpretiranje konstrukata (Boscarino i sur., 2010.; Jenkins i Baird, 2002.; Najjar i sur., 2009.; svi prema Bercier i Maynard, 2015.). Bez obzira na problematiku razlikovanja fenomena, ono što svi predstavljaju je negativan učinak neprestanog izlaganja tuđim traumatskim iskustvima. Ovaj rad usmjeren je na definiciju i mjerenje sekundarne traumatizacije prema C.R. Figleyju, a u istraživanju je korišten kasnije opisan Model stresa temeljen na empatiji koji uključuje sve navedene definicije.

1.2.Prevalencija sekundarne traumatizacije

Rezultati istraživanja koja istražuju prevalenciju sekundarne traumatizacije među socijalnim radnicima i drugim pomažućim profesijama se razlikuju, ali svi upućuju na

prisutnost navedenog fenomena među profesijom socijalnog rada. Tako primjerice, istraživanje Caringi i suradnika (2017.) sa 256 socijalnih radnika pokazuje kako 41,7% sudionika doživljava simptome sekundarne traumatizacije, a od toga njih 4,7% doživljava teški oblik sekundarne traumatizacije. Također, više od jedne trećine sudionika imaju simptome post-traumatskog stresnog poremećaja (PTSP) te vjerojatno ispunjavaju uvjete za dijagnozu PTSP-a. Istraživanje sa 154 socijalnih radnika koji rade sa žrtvama obiteljskog ili seksualnog nasilja je pokazalo kako 10,4% ima jake simptome sekundarne traumatizacije, a 7% izrazito teške simptome sekundarne traumatizacije (Choi, 2011a.). Rezultati istraživanja Rayner i suradnika (2020.) sa 190 socijalnih radnika i psihologa su pokazala kako je 75,2% sudionika iskusilo barem jedan simptom sekundarne traumatizacije, a njih 29,5% doživljava sve tri kategorije simptoma sekundarne traumatizacije. Njih 35,8% ispunjava kriterija za umjerenu ili višu sekundarnu traumatizaciju, dok 12,6% ima težak oblik.

1.3. Simptomi i negativne posljedice sekundarne traumatizacije

Sekundarna traumatizacija se pojavljuje 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) postojano uzbuđenje (Figley, 1995.). Ponovno proživljavanje traumatskog događaja uključuje nametljiva sjećanja (slike, misli, percepcije) i uznemirujuće snove traumatskog događaja ili osobe koja je proživjela traumatsko iskustvo te intenzivan stres i reakciju prilikom izloženosti podsjetnicima na osobu koja je proživjela traumatsko iskustvo i na njen događaj (American Psychiatric Association, 2000.; prema Bride, 2007. i Figley, 1995.). Simptomi izbjegavanja uključuju napore za izbjegavanjem podražaja koje podsjećaju na traumatski događaj što se može manifestirati kroz izbjegavanje misli i osjećaja ili različitih aktivnosti, razgovora i situacija. Također, uključuju psihogenu amneziju i nemogućnost prisjećanja pojedinih aspekata traumatskog događaja, manjak interesa za aktivnosti, udaljavanje od drugih, smanjeni afekt i osjećaj skraćene budućnosti. Postojano/trajno uzbuđenje obuhvaća poteškoće sa spavanjem i koncentracijom, razdražljivost, tjeskobu i izljeve bijesa,

povišenu razinu budnosti i opreza te pretjeranu uplašenost (American Psychiatric Association, 2000.; prema Bride, 2007. i Figley, 1995.).

Sekundarna traumatizacija uključuje fiziološke, kognitivne i emocionalne simptome koji podsjećaju na simptome žrtve (Stamm, 2010.; prema Zerach i Shalev, 2015.), a stručnjaci koji doživljavaju simptome sekundarne 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.). Sekundarna 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 sustav, imunološki, reproduktivni sustav i dr. (D'Andrea i sur., 2011.). Istraživanje Lee i suradnika (2017.) je pokazalo kako rad s traumatiziranim korisnicima neizravno utječe na opće zdravlje socijalnih radnika. Veća izloženost traumi dovodi do više razine sekundarne traumatizacije, a više razine sekundarne traumatizacije su povezane 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 psihološko zdravlje, pa tako pojedinci koji su učestalo u kontaktu s traumama često doživljavaju simptome anksioznosti, depresije i PTSP-a (D'Andrea i sur., 2011.), a istraživanje Perez i suradnika (2012.) je pokazalo značajnu pozitivnu povezanost između doživljavanja traume i simptome depresije.

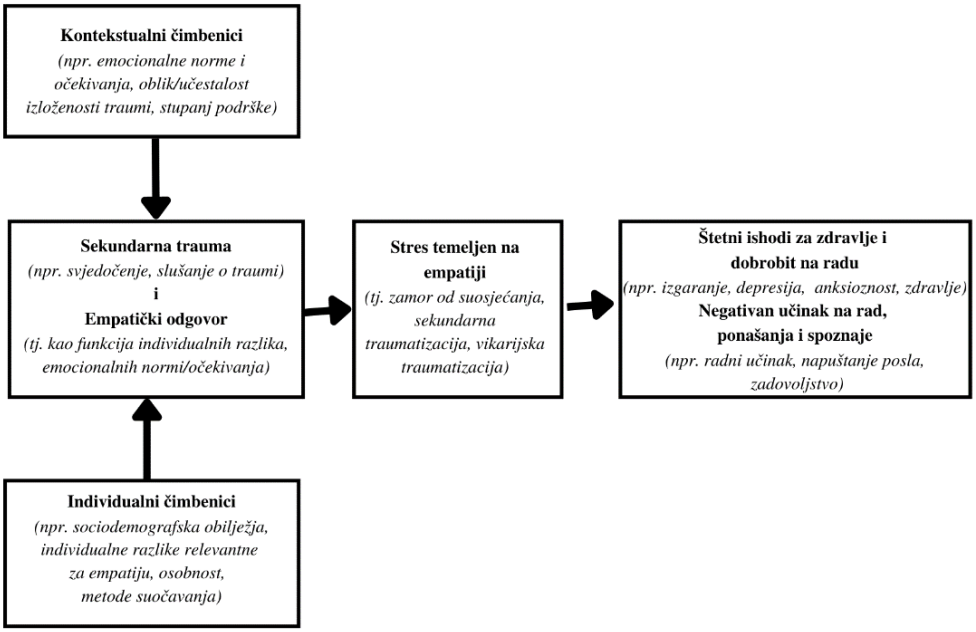
1.4. Teorijski okvir

1.4.1. Model stresa temeljen na empatiji

Model stresa temeljen na empatiji (*Model of the empathy-based stress*) su razvili Rauvola i suradnici 2019. godine. Stres temeljen na empatiji je termin koji se koristi za vikarijsku traumatizaciju, zamor suosjećanja i za sekundarni traumatski stres odnosno sekundarnu traumatizaciju. Termin se definira kao proces koji obuhvaća kombinaciju izloženosti sekundarnoj ili neizravnoj traumi i stupanj empatije, a što potom rezultira negativnim ishodima za osobu i njezin rad (Rauvola i sur., 2019.). Model objašnjava kako nastanak navedenog stresa ne ovisi samo o izloženosti

sekundarnoj traumi i empatičkom odgovoru, već na njega utječu individualni i kontekstualni čimbenici koji mogu predodrediti pojedince za nastanak stresa temeljenog na empatiji (Slika 1.1.). Individualni čimbenici uključuju sociodemografska obilježja, individualne razlike relevantne za empatiju, osobnost pojedinaca i metode suočavanja, dok kontekstualni obuhvaćaju emocionalne norme i očekivanja, oblik i učestalost izloženosti traumi i stupanj podrške (Rauvola i sur., 2019.). Dakle, kombinacija izloženosti neizravnoj traumi, empatijski odgovor na nju te različiti individualni i kontekstualni čimbenici pridonose razvoju sekundarne 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 empatičnog odgovora (Rauvola i sur.,2019.).

Slika 1.1.
Model stresa temeljen na empatiji.



Izvor: Rauvola i sur., 2019.

Rauvola i suradnici (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 predodređuju 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, između ostaloga, navodi i briga o sebi.

1.5. Rizični i zaštitni čimbenici sekundarne traumatizacije

Temeljem prethodno navedenog modela birane su varijable koje predstavljaju rizične i zaštitne čimbenike u pojavi sekundarne traumatizacije. Osim njih, opisane su i varijable koje su se u dosadašnjim istraživanjima pokazale kao značajnim prediktorima sekundarne traumatizacije.

1.5.1. Doživljena trauma

Doživljena trauma se u pojedinim istraživanjima javlja kao rizični čimbenik sekundarnoj traumatizaciji. Tako je istraživanje Dagan i suradnika (2016.) s 255 socijalnih radnika pokazalo kako osobe koje su doživjele traumatski događaj u prošlosti imaju veći rizik od nastanka sekundarne traumatizacije. Iste rezultate pokazalo je i istraživanje Hensel i suradnika (2015.) koji su analizirali građu 38 istraživanja ove tematike. S druge strane, postoje brojna istraživanja (Michalopoulos i Aparicio, 2012.; Quinn i sur., 2019.; Armes i sur., 2020.) koja su pokazala kako povijest doživljene traume nije povezana s razinom sekundarne traumatizacije socijalnih radnika i ne javlja se kao njen prediktor. Doživljena trauma je, pak, prema istraživanju Armes i suradnika (2020.) s 539 socijalnih radnika povezana sa stresom i pogoršanjem njihova stanja.

1.5.2. Radno vrijeme provedeno bavećи se traumama korisnika

Izloženost traumi je rizični faktor u nastajanju sekundarne traumatizacije (Hensel i sur., 2015.). Tako je istraživanje Quinn i suradnika (2019.) sa 107 socijalnih radnika pokazalo kako je broj slučajeva značajan prediktor sekundarnoj traumatizaciji, odnosno kako veći broj slučajeva povećava vjerojatnost doživljavanja sekundarne traumatizacije. Iste rezultate su dobili i Armes i suradnici (2020.) čije je istraživanje sa 539 socijalnih radnika pokazalo kako je postotak slučajeva koji su korisnici s iskustvima traume značajno povezan sa sekundarnom traumatizacijom, a jednako tako i broj sati u tjednu proveden bavećи se traumama korisnika. Više razine izlaganja

traumama na poslu povezano je s višom razinom sekundarne traumatizacije kod socijalnih radnika (Armes i sur., 2020.).

1.5.3. Otpornost

Otpornost je sposobnost prilagodbe na različite poteškoće koji 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 (Berc, 2012.), a istraživanja pokazuju kako je visoka razina otpornosti jedan od zaštitnih čimbenika u nastanku i razvoju sekundarne traumatizacije. Primjerice, rezultati istraživanja Temitope i Williams (2015.) su pokazali kako je niska razina otpornosti kod savjetovatelja značajan prediktor sekundarne traumatizacije, a Ogińska-Bulik i Michalska (2021.) su ukazali na važnost otpornosti kroz svoje istraživanje sa 72 medicinske sestre koje rade s umirućim pacijentima gdje su rezultati pokazali kako je otpornost negativno povezana sa sekundarnom traumatizacijom i javlja se kao zaštitni čimbenik u javljanju sekundarne traumatizacije. No, nalazi istraživanja McCain i suradnika (2017.) ukazuju na visoku razinu sekundarne traumatizacije usprkos visokoj razini otpornosti na uzorku od 283 liječnika.

1.5.4. Osobna i profesionalna briga o sebi

Briga o sebi je multidimenzionalni proces angažiranja u aktivnostima koje promiču zdravo funkcioniranje i povećavaju razinu dobrobiti (Dorociak i sur., 2017.). Stručnjaci pomažućih profesija se susreću s mnogo različitih zahtjeva koji, ako se ne ispune, mogu dovesti do višestrukih negativnih ishoda. Zbog toga je uključivanje u aktivnosti brige o sebi jedan od načina prevencije negativnih ishoda 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 (2019.) s 250 socijalnih radnika je pokazalo 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. Iste rezultate pokazalo je i istraživanje s 1 011 socijalnih radnika (Miller i sur., 2018.). Kao jedan od prediktora brige o sebi su godine života, odnosno

socijalni radnici starije životne dobi iskazuju viši stupanj osobne i profesionalne brige (Miller i sur., 2018.).

1.5.5. Percipirana socijalna podrška

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 je pokazalo kako socijalna podrška ima veliku ulogu u sekundarnoj traumatizaciji te se javlja kao njen zaštitni čimbenik. Veliku ulogu ima i podrška u profesionalnom okruženju, pa je tako istraživanje sa 154 socijalnih radnika pokazalo da viša razina podrške od strane nadređenih i kolega dovodi do niže razine sekundarne traumatizacije (Choi, 2011b.). Percipirana socijalna podrška se također javlja kao zaštitni čimbenik (Setti i Lourel, 2016.). No, rezultati istraživanja Dagan i suradnika (2016.) su pokazali kako razina socijalne podrške i nastajanje sekundarne traumatizacije kod socijalnih radnika nisu povezane. Autori predlažu kako je to zbog prirode posla, odnosno kako socijalni radnici izbjegavaju traženje pomoći i ne žele svoju okolinu zamarati svojim poslom, a u drugu ruku su ograničeni razgovarati o slučaju zbog povjerljivosti informacije i zaštite podataka o osobama s kojima rade (Dagan i sur., 2016.).

1.6. Teorijski i praktični značaj obrade tematike

Teorijski značaj istraživanja odražava se u boljem razumijevanju koncepta sekundarne traumatizacije i traume općenito. Točnije, istraživanje će doprinijeti boljem razumijevanju načina na koje doživljene traume imaju utjecaj na socijalne radnike te kako djelatnost socijalnog rada i rad s traumatiziranim korisnicima utječe na psihosocijalnu dobrobit stručnjaka. Nalazi istraživanja upotpunit će spoznaje o prediktorima sekundarne traumatizacije, što će rezultirati boljem shvaćanju ranjivosti za nastanak sekundarne traumatizacije kod socijalnih radnika. Osim doprinosa istraživanja rizičnih čimbenika, istraživanje će doprinijeti spoznaji o zaštitnim čimbenicima koji mogu prevenirati nastanak sekundarne traumatizacije.

U literaturi postoje oprečni nalazi oko pojedinih rizičnih i zaštitnih čimbenika, stoga će ovo istraživanje biti nadopuna nekonzistentnim nalazima oko učinka prethodno

doživljene traume kao prediktora sekundarne traumatizacije. Budući da postoji manjak istraživanja ove tematike na području Republike Hrvatske, rezultati istraživanja će biti dobra podloga za osmišljavanje i provedbu budućih i opsežnijih istraživanja na području Republike Hrvatske.

U praktičnom smislu, istraživanje može omogućiti osvještavanje socijalnih radnika, ali i ostalih stručnjaka pomažućih profesija o učincima traume i njihovog rada s traumatiziranim korisnicima. Može educirati stručnjake o konceptu sekundarne traumatizacije te o njenim rizičnim čimbenicima. Također, može pružiti edukaciju o zaštitnim čimbenicima i načinima prevencije nastanka sekundarne traumatizacije te potaknuti stručnjake na dodatnu brigu o sebi i prevenciju sekundarne traumatizacije.

2. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja

2.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je istražiti prediktore sekundarne traumatizacije kod socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb.

2.2. Problemi i hipoteze istraživanja

1. Problem: Postoje li razlike u stupnju depresije, anksioznosti, stresa i sekundarne traumatizacije s obzirom na prisutnost doživljene traume socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb?

Hipoteza: Očekuje se da će socijalni radnici zaposleni u Centrima za socijalnu skrb koji su doživjeli traumu iskazivati viši stupanj depresije, anksioznosti, stresa i sekundarne traumatizacije.

2. Problem: Postoje li razlike u stupnju dobrobiti, otpornosti i percipirane socijalne podrške s obzirom na prisutnost doživljene traume socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb?

Hipoteza: Očekuje se da će socijalni radnici zaposleni u Centrima za socijalnu skrb koji su doživjeli traumu iskazivati niži stupanj dobrobiti, otpornosti i percipirane socijalne podrške.

3. Problem: 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 sekundarne traumatizacije socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb.

Hipoteza: Doživljena trauma, više radnog vremena provedenog baveći se traumama korisnika, niža razina otpornosti, niža razina osobne i profesionalne brige o sebi te niža razina percipirane socijalne podrške predviđaju višu razinu sekundarne traumatizacije socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb.

3. Metoda

3.1. Uzorak

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 106 socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb u Republici Hrvatskoj, od čega je njih 96,2% (N = 102) bilo ženskog spola, a 3,8% (N = 4) muškog spola. Sudjelovali su socijalni radnici iz svih županija Republike Hrvatske osim iz Požeško – slavonske županije. Najveći broj socijalnih radnika je iz Grada Zagreba (17%), nakon čega slijedi Sisačko – moslavačka županija (12,3%), a najmanji broj sudionika je iz Ličko – senjske županije (0,9%). Prosječna dob sudionika je 41,06 godina (M = 41,06; SD = 10,307), najmlađi sudionik imao je 25 godina, a najstariji 65 godina. Sudionici istraživanja razlikuju se i prema stečenom radnom stažu u struci, pa je tako najviše sudionika u struci u trajanju od 5 godina do 15 godina (38,8%), nakon čega slijedi radni staž u struci u vremenu od godinu dana do 5 godina (24,5%). Najmanji broj sudionika ima stečeni radni staž u struci manji od godinu dana (2,8%).

Tablica 3.1. prikazuje raspodjelu odgovora na pojedina specifična obilježja sudionika koja su ispitana s obzirom na to da su sudionici istraživanja socijalni radnici zaposleni u Centrima za socijalnu skrb. Iz tablice je vidljivo kako najviše sudionika radi na Odjelu za odrasle (42,5%) i Odjelu za djecu, mlade i obitelj (41,5%), dok je na Prijemnom uredu zaposlen samo jedan sudionik istraživanja (0,9%). Također, na navedenim odjelima najviše sudionika radi u periodu od godine dana do 5 godina (37,7%), dok samo dvoje sudionika istraživanja radi na svojem odjelu više od 25 godina (1,9%). U tablici je vidljivo kako najveći broj sudionika nema završen niti

jedan dodatni oblik edukacije (68,9%), a osim ponuđenih dodatnih oblika edukacija sudionici su mogli ponuditi i vlastite odgovore (15,1%). Tako su od ostalih oblika edukacije, sudionici navodili napredne seminare, jednodnevne i višednevne radionice, stručne edukacije i programe za različite tipove korisnika s kojima se socijalni radnici susreću na radnom mjestu. Što se tiče pohađanja supervizijskih susreta, kao i savjetovanja, psihoterapije ili grupnih terapija, najveći broj sudionika u proteklih godinu dana nije bio niti na jednom supervizijskom susretu (68,9%), kao ni na jednom susretu savjetovanja, psihoterapije ili grupne terapije (86,9%).

Tablica 3.1.
Obilježja sudionika istraživanja prema nekim specifičnim obilježjima.

	N	**%**
Odjel u Centru za socijalnu skrb na kojem rade		
Odjel za djecu, mlade i obitelj	44	41,5%
Odjel za novčana davanja	16	15,1%
Odjel za odrasle	45	42,5%
Prijemni ured	1	0,9%
Duljina rada na odjelu		
Manje od godinu dana	18	17,0%
Godinu dana do 5 godina	40	37,7%
Više od 5 god. do 15 god.	26	24,5%
Više od 15 god. do 25 god.	10	9,4%
Više od 25 godina	2	1,9%
Ne može se odrediti/Praznine	10	9,4%
Završeni dodatni oblik edukacije		
Nemam završeni dodatni oblik edukacije	73	68,9%
Specijalizacija na Studijskom centru socijalnog rada ili srodnim fakultetima	7	6,6%
Terapijska edukacija	14	13,2%
Ostalo	16	15,1%
Broj supervizijskih susreta u zadnjih godinu dana kao supervizant		
Niti jedan susret	73	68,9%
Manje od 5 susreta	18	17,0%
Od 5 do 15 susreta	13	12,2%
Više od 15 susreta	0	0%
Ne može se odrediti/Praznine	2	1,9%
Broj savjetovanja, psihoterapije ili grupne terapije kao klijent u zadnjih godinu dana		
Niti jedan susret	92	86,9%
Manje od 10 susreta	7	6,6%
Od 10 do 20 susreta	3	2,8%
Više od 20 susreta	3	2,8%
Ne može se odrediti/Praznine	1	0,9%

3.2. Postupak

Istraživanje se provodilo mjesec dana, u periodu od kraja svibnja do kraja lipnja 2022. godine. Podaci su se prikupljali *online* putem javno dostupnog softvera za administraciju ankete Google Obrasca, a do sudionika se također došlo *online* putem. E-mail s pozivnim pismom i pripadajućom poveznicom za ispunjavanje ankete poslao se Hrvatskoj komori socijalnih radnika uz zamolbu da poziv za sudjelovanje u istraživanju proslijede članovima Komore zaposlenima u Centrima za socijalnu skrb, na što se Komora i odazvala. Osim toga, pozivno pismo s pripadajućom poveznicom ankete se objavilo i na tri Facebook grupe koje okupljaju socijalne radnike na području Republike Hrvatske. Nakon određenog vremenskog perioda, sudionicima je poslan podsjetnik za ispunjavanje ankete na isti način kao i prvi puta. 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 su ponovljeni 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.

3.3. Mjerni instrumenti

3.3.1. Sociodemografski podaci i obilježja sudionika

Sociodemografski podaci i obilježja sudionika istraživanja su se ispitivala 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.

3.3.2. Traumatska iskustva (PCL-5)

Za ispitivanje traumatskih iskustava korišten je modificirani set pitanja kojeg su osmislili Weathers i suradnici 2013. godine, a kojima se ispituju osobna doživljena traumatska iskustva. U istraživanju su korištena ukupno četiri pitanja kojima se ispituje imaju li sudionici iskustvo traumatskog događaja, uključuje li taj događaj stvarnu ili moguću smrt, ozbiljnu ozljedu ili seksualno nasilje te kome se navedeni događaj dogodio. Sudionici na prva dva pitanju mogu odgovoriti s „Da“ ili „Ne“, a u trećem pitanju su ponuđeni sljedeći odgovori: „Dogodilo se izravno meni.“, „Saznao/la sam da se dogodilo članu moje obitelji ili bliskom prijatelju.“ i „Višestruko sam bio/la izložen/a takvim događajima kroz svoj posao.“. Također, posljednje pitanje je bilo neobavezno, a uključuje opis najgoreg događaja kojeg su doživjeli.

3.3.3. Procjena provedenih sati u radu gdje se bave traumama korisnika

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“.

3.3.4. Skala depresije, anksioznosti i stresa (The Depression, Anxiety and Stress Scale)

Autori Skale depresije, anksioznosti i stresa (*The Depression, Anxiety and Stress Scale- DASS*) su Lovibond i Lovibond, a nastala je 1995. godine. Izvorna verzija navedene skale 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 depresije („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 se tvori

zbrajanjem odgovora na svim česticama, a rezultati se mogu prikazati i za pojedine subskale na način se zbroj pojedinih čestica za svaku subskalu pomnoži s brojem 2. Raspon rezultata kreće se od 0 do 42 pri čemu viši rezultat označava višu razinu depresije, anksioznosti i stresa. Za subskalu depresije, rezultati sudionika između 0 i 9 označavaju normalnu razinu depresije, rezultati od 10 do 12 označavaju blagu razinu, od 13 do 20 umjerenu razinu depresije, od 21 do 27 tešku i od 28 do 42 iznimno tešku razinu depresije. Za subskalu anksioznosti, rezultati sudionika između 0 i 6 označavaju normalnu razinu anksioznosti, rezultati od 7 do 9 označavaju blagu razinu anksioznosti, od 10 do 14 umjerenu razinu, od 15 do 19 tešku, a od 20 do 42 izuzetnu razinu anksioznosti. Što se tiče subskale stresa, rezultati od 0 do 10 označavaju normalnu razinu stresa, od 11 do 18 blagu razinu stresa, od 19 do 26 umjerenu, od 27 do 34 tešku, a od 35 do 42 izuzetno tešku razinu stresa.

3.3.5. Skala sekundarne traumatizacije (Secondary Traumatic Stress Scale)

Razina sekundarne traumatizacije sudionika mjerena je skalom iz 2004. godine (Bride i sur., 2004.; *Secondary Traumatic Stress Scale*) koja mjeri učestalost doživljavanja simptoma povezanih s neizravnim izlaganjem traumatskim događajima kroz svoj profesionalni rad s traumatiziranim korisnicima. Skala sadržava ukupno 17 čestica, a osim ukupnog rezultata sekundarne traumatizacije, skalom se mogu mjeriti i tri subskale: intruzija („Činilo mi se kao da proživljavam traumu(e) koju su doživjeli moji korisnici.“), izbjegavanje („Primijetio/la sam praznine u sjećanju sastanaka s korisnicima.“) i uzbuđenje („Očekivao/la sam da će se dogoditi nešto loše.“). Sudionici odgovaraju koliko su često u posljednjih sedam dana doživjeli pojedinu tvrdnju, a odgovaraju na skali Likertovog tipa od 1 do 5, pri čemu 1 označava „nikad“, a 5 označava „vrlo često“. Ukupni rezultat, kako za cijelu skalu tako i za pojedine subskale, tvori se zbrajanjem odgovora na česticama. Raspon rezultata koji pojedini sudionik može ostvariti je od 17 do 85, pri čemu viši rezultat označava i viši stupanj sekundarne traumatizacije. Rezultat niži od 28 označava malu ili nikakvu sekundarnu traumatizaciju, rezultat od 28 do 37 označava blagu sekundarnu traumatizaciju, rezultat od 38 do 43 umjerenu, od 44 do 48 visoku, a rezultat iznad 49 označava tešku sekundarnu traumatizaciju (Bride, 2007.).

3.3.6. Skala dobrobiti (Well-being Indeks)

Skala dobrobiti (*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 loše emocionalno stanje sudionika (WHO, 1998.). Rezultat je moguće prikazati i u obliku postotaka, na način da se ukupni rezultat pomnoži s 4, pri čemu sudionici mogu ostvariti rezultat od 0% do 100%.

3.3.7. Skala otpornosti (Resilience Evaluation Scale)

Skalu otpornosti autora van der Meera i suradnika (2018.) čini 9 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.

3.3.8. Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

Multidimenzionalnu skalu percipirane socijalne podrške (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support- MSPSS*) razvili su Zimet i suradnici 1988. godine. Skalom se ispituju 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, a navedene kategorije čine zasebne subskale, pri čemu se svaka od njih sastoji od 4 čestica. Sudionici odgovaraju 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.

3.3.9. Skala zadovoljstva poslom

Procjena zadovoljstva poslom sudionika ispitalo 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 1 do 5, 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.

3.3.10. Skala brige o sebi (Self-care Practices Scale)

Stupanj brige o sebi mjeren je Skalom brige o sebi (*Self-care Practices Scale*) koju su razvili Lee i suradnici 2019. godine. Navedeni autori su izmijenili izvornu skalu koja se sastojala od 38 čestica i stvorili novu verziju skale koju tvori 18 čestica (Lee i sur., 2019.). Česticama se ispituje čestina određenih ponašanja sudionika, a raspon odgovora kreće se na Likertovoj skali od 0 do 4, gdje 0 označava „nikad“, a 4 „vrlo često“. Skalom se, osim ukupne brige o sebi, mjere i dvije subskale: osobna briga o sebi („Provodim kvalitetno vrijeme s 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 tvori se zbrajanjem odgovora na svim česticama, a viši rezultat označava višu razinu brige o sebi. Najmanji rezultat koji je moguće ostvariti je 0, a najveći 72.

3.4. Obrada podataka

Statistička obrada podataka izvršila se pomoću Microsoft Excel i IBM SPSS Statistics 26.0 programa u kojima su se kodirali i grupirali odgovori svih sudionika. Izračunati su ukupni rezultati za skalu depresije, anksioznosti i stresa, ukupni rezultati na skali sekundarne traumatizacije, dobrobiti, otpornosti, socijalne podrške i brige o sebi, kao i subskale depresije, anksioznosti, stresa, subskale prijatelja, obitelji i partnera kao izvora socijalne podrške te subskale osobne i profesionalne brige o sebi. Pomoću navedenih programa se opisala deskriptivna statistika odgovora, povezanost svih varijabli se utvrdila kroz Pearsonov koeficijent korelacije, razlike između pojedinih

varijabli utvrđena je t-testom, a za predikciju pojedinih varijabli je korištena hijerarhijska regresijska analiza.

4. Rezultati

Prije prikaza rezultata koji odgovaraju na postavljene istraživačke probleme, u tablici 4.1. nalaze se deskriptivni podaci korištenih skala u istraživanju, odnosno prosjek odgovora sudionika te minimalni i maksimalni rezultati koje su sudionici ostvarili na pojedinim skalama. Tako primjerice, srednja vrijednost na Skali sekundarne traumatizacije (M = 40,42; SD = 15,638) pokazuje prosječnu umjerenu sekundarnu traumatizaciju sudionika, dok prosječni odgovori sudionika na Skali dobrobiti (M = 11,01; SD = 5,216) ukazuju na njihovo loše emocionalno stanje (WHO, 1998.). Na subskali depresivnosti, 52,8% sudionika iskazuje normalnu razinu simptoma depresije, njih 33% blagu ili umjerenu razinu, a 14,1% sudionika iskazuje ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu razinu simptoma depresije. Što se tiče razine anksioznosti, njih 56,6% iskazuje normalnu razinu simptoma, 22,7% blagu ili umjerenu razinu, a 20,8% sudionika ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu razinu simptoma anksioznosti. Normalne razine stresa iskazuje 45,3% sudionika, blagu ili umjerenu razinu stresa iskazuje 34% sudionika, a njih 20,8% ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu razinu stresa.

Tablica 4.1.
Deskriptivna statistika korištenih skala u istraživanju (N=106).

	M	SD	Min	Max
Depresija, anksioznost i stres	17,78	11,903	0	55
Sekundarna 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

Prevalencija sekundarne traumatizacije među sudionicima prikazana je u tablici 4.2. Iz nje se može vidjeti kako čak 43,4% socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb iskazuje visoku ili tešku razinu sekundarne traumatizacije. Blagu ili umjerenu razinu iskazuje 29,2% sudionika, a njih 27,4% malu ili nikakvu razinu sekundarne traumatizacije.

Tablica 4.2.
Prevalencija sekundarne traumatizacije među sudionicima istraživanja (N=106).

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

Kako bi se odgovorilo na prvi postavljeni istraživački problem, napravljen je t-test kojim se utvrdilo postoje li razlike u stupnju depresije, anksioznosti, stresa i sekundarne traumatizacije obzirom na prisutnost doživljene traume. Tablica 4.3. prikazuje rezultate za navedeni problem.

Tablica 4.3.
Razlike u stupnju depresije, anksioznosti, stresa i sekundarne traumatizacije s obzirom na prisutnost doživljene traume.

	Doživljena trauma			*Nije doživljena trauma*				
	N	M	SD	N	M	SD	t	p
Stupanj depresije	76	11,13	9,388	30	8,60	7,740	1,310	,193
Stupanj anksioznosti	76	9,08	8,668	30	5,53	7,138	**1,988**	**,049**
Stupanj stresa	76	18,13	8,856	30	14,10	8,920	1,950	,054
Stupanj sekundarne traumatizacije	76	42,79	15,184	30	34,43	15,406	**2,542**	**,012**

T-testom je utvrđena statistički značajna razlika u stupnju anksioznosti ($t = 1,988$; $p < ,05$) i stupnju sekundarne traumatizacije ($t = 2,542$; $p < ,05$) s obzirom na prisutnost doživljene traume, pri čemu socijalni radnici koji su doživjeli traumu iskazuju viši stupanj anksioznosti ($M = 9,08$; $SD = 8,668$) i sekundarne traumatizacije ($M = 42,79$; $SD = 15,184$) u odnosu na socijalne radnike koji traumu nisu doživjeli ($M = 5,53$; $SD = 7,138$; $M = 34,43$; $SD = 15,406$). Što se tiče ostalih varijabli, t-testom nije utvrđena statistički značajna razlika u stupnju depresije ($t = 1,310$; $p > ,05$) i stresa ($t = 1,950$; $p > ,05$) s obzirom na prisutnost doživljene traume.

U tablici 4.4. se nalazi prikaz rezultata za drugi istraživački problem kojim se ispituju razlike u stupnju dobrobiti, otpornosti i percipirane socijalne podrške s obzirom na prisutnost doživljene traume. Za odgovor na navedeni problem koristio se t-test kojim je utvrđena statistički značajna razlika u stupnju dobrobiti s obzirom na prisutnost

doživljene traume (t = -3,176; p<,01), pri čemu socijalni radnici koji su doživjeli traumu (M = 10,04; SD = 4,903) imaju niži stupanj dobrobiti u odnosu na socijalne radnike koji traumu nisu doživjeli (M = 13,47; SD = 5,257). T-testom nije utvrđena statistički značajna razlika u stupnju otpornosti (t = -,044; p > ,05) i stupnju percipirane socijalne podrške (t = -,217; p > ,05) s obzirom na prisutnost doživljene traume.

Tablica 4.4.
Razlike u stupnju dobrobiti, otpornosti i percipirane socijalne podrške s obzirom na prisutnost doživljene traume

	Doživljena trauma			*Nije doživljena trauma*			t	p
	N	M	SD	N	M	SD		
Stupanj dobrobiti	76	10,04	4,903	30	13,47	5,257	**- 3,176**	**,001**
Stupanj otpornosti	76	25,14	5,635	30	25,20	6,189	-,044	,965
Stupanj percipirane socijalne podrške	76	5,79	1,113	30	5,85	1,440	-,217	,829

Kako bi se ispitao doprinos pojedinih prediktora u pojašnjavanju sekundarne traumatizacije kod socijalnih radnika, te tako odgovorilo na treći istraživački problem izračunata je hijerarhijska regresijska analiza provedena 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 se nalaze pretpostavljeni individualni zaštitni čimbenici, odnosno otpornost, osobna briga o sebi i profesionalna briga o sebi, a u trećem koraku je percipirana socijalna podrška koja je zaštitni čimbenik koju pojedinci dobivaju iz okoline. Tablica 4.5. sadržava prethodno izračunate korelacije između svih ispitivanih varijabli.

Korelacijska analiza pokazala je statističku značajnu pozitivnu povezanost sekundarne traumatizacije s prisutnosti doživljene traume (r = ,242; p < ,05) i radnim vremenom provedenim baveći se traumama korisnika (r = ,454; p < ,01), što znači da socijalni radnici koji su imali iskustvo traume i provode više radnog vremena baveći se traumama korisnika ujedno pokazuju i viši stupanj sekundarne traumatizacije. S druge strane, postoji statistički značajna negativna povezanost sekundarne traumatizacije sa stupnjem otpornosti (r = -,197; p < ,05), osobnom brigom o sebi (r = -,326; p < ,01), profesionalnom brigom o sebi (r = -,235; p < ,05) i percipiranom socijalnom podrškom (r = -,210; p < ,05), odnosno socijalni radnici koji iskazuju viši stupanj sekundarne

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 4.5.
Pearsonov koeficijent sekundarne traumatizacije i pretpostavljenih prediktorskih varijabli

	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Doživljena trauma	,196*	,004	,108	,124	,021	,242*
2. Radno vrijeme provedeno baveći se traumama korisnika	-	-,045	-,116	-,126	-,186	,454**
3. Stupanj otpornosti		-	,377**	,499**	,351**	-,197*
4. Stupanj osobne brige o sebi			-	,592**	,618**	-,326**
5. Stupanj profesionalne brige o sebi				-	,524**	-,235*
6. Stupanj percipirane socijalne podrške					-	-,210*
7. Stupanj sekundarne traumatizacije						-

*p < ,05; **p < ,01

U tablici 4.6. prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize za sekundarnu traumatizaciju kao kriterijsku varijablu. Navedeni rizični i zaštitni prediktori objašnjavaju ukupno 31% varijance sekundarne traumatizacije.

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

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

Tablica 4.6.
Hijerarhijska regresijska analiza predikcije sekundarne traumatizacije (N=106).

Varijabla	Blok 1	Blok 2	Blok 3
	Skala sekundarne traumatizacije		
Doživljena trauma	-,159	-,141	-,135
Radno vrijeme provedeno baveći se traumama korisnika	,422*	,396*	,405*
Skala otpornosti		-,099	-,104
Subskala osobne brige o sebi		-,242*	-,274*
Subskala profesionalne brige o sebi		,025	,011
Percipirana socijalna podrška			,069
R	,480	,554	,556
R^2	,230	,307	,309
ΔR^2	,230	,077	,003
R^2_{corr}	,215	,272	,267

*p < ,05

5. Rasprava

5.1. Postoje li razlike u stupnju depresije, anksioznosti, stresa i sekundarne traumatizacije s obzirom na prisutnost doživljene traume socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb?

Prvim istraživačkim problemom su se željele ispitati razlike u stupnju depresije, anksioznosti, stresa i sekundarne traumatizacije s obzirom na prisutnost doživljene traume kod socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb. Rezultati su djelomično potvrdili hipotezu, pokazujući statistički značajnu razliku samo u stupnju anksioznosti i sekundarne traumatizacije, odnosno, socijalni radnici koji su doživjeli traumu iskazuju viši stupanj anksioznosti i sekundarne traumatizacije. Ovi rezultati su u skladu s istraživanjima čiji nalazi pokazuju kako se doživljena trauma javlja kao značajan prediktor u razvoju anksioznosti (Downey i Crummy, 2022.; Mushtaq i sur., 2015.; Tubbs i sur., 2018.) i sekundarne traumatizacije (Sodeke-Gregson i sur., 2013.; Hensel i sur., 2015.; Dagan i sur., 2016.). S druge strane, dobiveni rezultati su u suprotnosti s nalazima istraživanja koje doživljenu traumu nije pokazalo značajno povezano sa sekundarnom traumatizacijom (Michalopoulos i Aparicio, 2012.; Quinn i sur., 2019.; Armes i sur., 2020.), te u suprotnosti s pojedinim istraživanjima koja su pokazala značajnu povezanost doživljene traume s razinom stresa (Mushtaq i sur.,

2015.; Armes i sur., 2020.) i razinom depresije (Bernstein i sur., 2011.; Mushtaq i sur., 2015.; Thabet i sur., 2016.).

Mogući razlozi zbog kojih se depresija i stres nisu pokazali značajnim je mali uzorak istraživanja te način mjerenja traume. Točnije, istraživanje nije ispitivalo u kojem intenzitetu i u kojem vremenu se trauma dogodila, kao i način njenog rješavanja. Osim toga, na razinu stresa više utječu neposredne životne okolnosti, a depresija je uzrokovana mnogim faktorima koji se međusobno isprepliću, poput radnih i životnih uvjeta, crta ličnosti, drugih psihičkih teškoća, niza zaštitnih čimbenika i drugo. Također, korištena Skala depresije, anksioznosti i stresa ispituje simptome u zadnja dva tjedna i nije pravi dijagnostički instrument u mjerenju psihičkih poremećaja depresije ili anksioznosti.

5.2. Postoje li razlike u stupnju dobrobiti, otpornosti i percipirane socijalne podrške s obzirom na prisutnost doživljene traume socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb?

Drugi istraživački problem ispituje razlike u stupnju dobrobiti, otpornosti i percipirane socijalne podrške s obzirom na prisutnost doživljene traume. Hipoteza je i u ovom istraživačkom problemu djelomično potvrđena, odnosno rezultati su pokazali kako postoji razlika samo u stupnju dobrobiti s obzirom na prisutnost doživljene traume, i to na način da osobe koje imaju iskustvo doživljene traume iskazuju niži stupanj dobrobiti. Dobivene nalaze potvrđuju i istraživanja Mc Elroy i Hevey (2014.) i Downey i Crummy (2022.). Točnije, u istraživanju Downey i Crummy (2022.), ispitanici koji su doživjeli traumu u djetinjstvu su iskazivali nižu razinu samopoštovanja, stvarali su lažnu sliku o sebi i upuštali se u zlouporabu alkohola i droga. Suprotno dobivenim nalazima, istraživanje Kao i suradnika (2014.) je pokazalo kako je povijest doživljene traume povezano s trenutno nižom razinom socijalne podrške. Socijalna podrška se nakon doživljene traume javlja kao zaštitni čimbenik. Tako su rezultati istraživanja Lee (2019.) pokazali da viša razina percipirane socijalne podrške umanjuje simptome PTSP-a, a istraživanje Özmete i Pak (2020.) je takve nalaze pokazalo za simptome anksioznosti. Otpornost se također javlja kao zaštitni čimbenik, što potvrđuje istraživanje Vieira i suradnika (2020.) čiji rezultati pokazuju da otporni pojedinci mogu biti djelomično zaštićeni od štetnih dugoročnih učinaka traume iz djetinjstva. Istraživanje Joyce i suradnika (2019.) pokazuje povezanost

između stupnja otpornosti i simptoma PTSP-a, na način da osobe koje iskazuju višu razinu otpornosti iskazuju manje simptoma.

Bez obzira na pojedine nekonzistentne nalaze u literaturi oko pojedinih karakteristika na koje trauma može utjecati, nepobitno je kako iskustvo traumatskog događaja ostavlja trag na mentalno zdravlje pojedinca i njegovo psihosocijalno stanje. Iskustvo traumatskog događaja može imati dugoročno negativne učinke na pojedinca, njegovo poimanje sebe i svijeta u kojem živi, te može dovesti do poteškoća u stvaranju i održavanju odnosa u okolini. Pojedinci mogu imati velikih poteškoća u obavljaju svakodnevnih aktivnosti, te im potisnuto iskustvo traume može stvarati probleme i godinama nakon samog događaja. Tako je longitudinalno istraživanje Kuzminskaite i suradnika (2022.) pokazalo da je trauma doživljena u djetinjstvu rizični faktor za nastanak depresivnih i anksioznih simptoma. Budući da trauma za sobom donosi brojne negativne posljedice, socijalni radnici se učestalo susreću s korisnicima koji imaju iskustvo traumatskog događaja. Dijeleći i opisujući iskustvo traume, socijalni radnici su nerijetko podložni nastanku sekundarne traumatizacije.

5.3. Koliko prisutnost doživljene traume, učestalost radnog vremena provedenog baveći se traumama korisnika, stupanj otpornosti, stupanj osobne i profesionalne brige o sebi te percipirana socijalna podrška predviđaju vjerojatnost iskazivanja sekundarne traumatizacije socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb?

Rezultati trećeg istraživačkog problema, kojim su se ispitivali prediktori sekundarne traumatizacije, pokazali su kako se količina radnog vremena provedenog baveći se traumama korisnika i stupanj osobne brige o sebi pokazuju kao prediktori sekundarne traumatizacije. Odnosno, više radnog vremena provedenog baveći se traumama korisnika predviđa višu razinu sekundarne traumatizacije, a viši stupanj osobne brige o sebi se javlja kao zaštitni čimbenik, čime se, u navedenim varijablama, hipoteza potvrđuje. Dobiveni rezultati su u skladu s dosadašnjim istraživanjima (npr. Benuto i sur., 2019.; Bridger i sur., 2020.; Galek i sur., 2011.). No, postoje istraživanja koja su i u suprotnosti s ovim nalazima. Tako primjerice, rezultati istraživanja Sodeke-Gregson i suradnika (2013.) pokazuju da terapeuti koji provode više vremena u aktivnostima brige o sebi imaju viši rizik od razvoja sekundarne traumatizacije. Mogući razlog ovakvih nalaza je taj što su prethodno navedena istraživanja gledala

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 sekundarnu traumatizaciju.

S druge strane, prisutnost doživljene traume, stupanj otpornosti, stupanj profesionalne brige o sebi i percipirana socijalna podrška nisu potvrđene kao prediktori sekundarnoj traumatizaciji, što je u suprotnosti s postavljenom hipotezom. Istraživanje Bridger i suradnika (2020.) je također pokazalo kako stupanj otpornosti nije značajan izravan prediktor sekundarne traumatizacije, a rezultati istraživanja Dagan i suradnika (2015.) također nisu utvrdila socijalnu podršku kao zaštitni čimbenik sekundarnoj traumatizaciji. Suprotno nalazima ovog istraživanja, brojna istraživanja su utvrdila kako se povijest doživljene traume javlja kao prediktor sekundarnoj traumatizaciji (Yazıcı i Özdemir, 2022.; Sodeke-Gregson i sur., 2013.; Kindermann i sur., 2017.; Arpacioglu i sur., 2021.). Također, nalazi brojnih istraživanja prikazuju stupanj socijalne podrške kao značajan zaštitni faktor razvoja sekundarne traumatizacije (Rzeszutek i sur., 2015.; Kindermann i sur., 2017.; Greinacher i sur., 2019b.). Moguće objašnjenje zbog kojeg se u ovom istraživanju doživljena trauma nije pokazala kao prediktor su ostali ispitivani čimbenici. Naime, pri analiziranju prediktora, učinci određenih povezanih čimbenika mogu oslabiti učinak doživljene traume na sekundarnu traumatizaciju (Quinn i sur., 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.

Stupanj otpornosti socijalnih radnika mjerio se skalom koja ispituje uobičajene načine reagiranja ispitanika i njihova razmišljanja o samima sebi, odnosno ispituje subjektivnu procjenu otpornosti. Takav način subjektivnog mjerenja često nije stvaran pokazatelj te ispitanici često ne mogu objektivno procijeniti sebe i svoje reakcije, stoga bi u budućim istraživanjima bilo potrebno ispitati otpornost objektivnim mjerilima.

Profesionalna briga o sebi se također nije pokazala značajnim prediktorom sekundarne traumatizacije. Takav nalaz moguće je objasniti nezadovoljavajućim radnim uvjetima

na radnom mjestu socijalnih radnika. Socijalni radnici u Hrvatskoj moraju udovoljiti složenim zahtjevima radnog mjesta, često nemaju dovoljno vremena za sve zadatke, a u svojoj profesionalnoj okolini nemaju odgovarajuću podršku od strane poslodavca i sustava. Osim toga, korištena skala brige o sebi se sastoji od konkretnih aktivnosti i ponašanja, dok je moguće da ispitanici koriste druge načine i aktivnosti brige o sebi na radnom mjestu. Zbog toga možda ne postoje resursi koji bi uopće omogućili socijalnim radnicima u Hrvatskoj profesionalnu brigu o sebi na radnom mjestu.

Mogući razlog zbog čega u ovom istraživanju socijalna podrška nije djelovala kao prediktor sekundarnoj 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 obveza čuvanja podataka i povjerljivosti informacija o korisnicima i njihovoj situaciji (Dagan i sur., 2016.). Također, postoji mogućnost da se navedeni prediktori nisu pokazali značajnima i zbog statističkih razloga, poput malog uzorka i međusobne korelacije prediktora.

5.4. Nedostaci istraživanja i preporuke za buduća istraživanja

Ovo istraživanje se zasniva na ne-eksperimentalnoj metodi, odnosno na korelacijskom istraživanju gdje se promatrane pojave odvijaju na prirodan način te istraživač nije u mogućnosti manipulirati varijablama i ima manju kontrolu nad uvjetima. Pojave se razumijevaju putem opisivanja i predviđanja njihova pojavljivanja, a uzročno-posljedični zaključci nisu mogući. Osim toga, postoji nemogućnost zaključivanja o smjeru povezanosti u nekim slučajevima i „problem treće varijable“ (Milas, 2009.). Budući da se radi o istraživanju u samo jednoj vremenskoj točci, možebitne promjene u odgovorima sudionika na korištenim skalama se nisu pratile, a problem je i autoselekcija ispitanika koja se odnosi na razliku između osoba koje pristaju sudjelovati u istraživanju i osoba koje ne pristaju (Galešić, 2005.).

Uzorak istraživanja je bio vrlo malen (N=106), te se njime nije zahvatio veliki broj socijalnih radnika koji vjerojatno imaju iskustvo sekundarne traumatizacije i doživljavaju njene simptome. Čak 17,0% sudionika radi na odjelu manje od godinu dana, te postoji mogućnost da nemaju veliko iskustvo samostalnog rada s korisnicima

i da nisu mogli razviti simptome sekundarne traumatizacije. U istraživanju je sudjelovalo jako malo socijalnih radnika muškog spola. Također, sudionici su poveznicu za ispunjavanje ankete dobili putem službene e-mail adrese što znači da su je vjerojatno ispunjavali na poslu za vrijeme radnog vremena čime se ne može osigurati udobnost vlastitog doma i rješavanje bez prisutnosti drugih. Zbog toga se možda nisu u potpunosti mogli posvetiti ispunjavanju, nisu bili u potpunosti koncentrirani na rješavanje i možda im je bila preduga za rješavanje s obzirom na opseg posla i broj zadataka koje moraju izvršiti za vrijeme radnog vremena. Nadalje, budući da se radi o sekundarnoj traumatizaciji i ispitivanju različitih simptoma, možda su osvijestili svoje stanje i simptome što može utjecati na daljnje adekvatno izvršavanje radnih zadataka do kraja radnog vremena. Postoji mogućnost da pojedini socijalni radnici nisu bili dostupni kada su se prikupljali podaci (npr. zbog bolovanja ili korištenja godišnjeg odmora) ili je e-mail s poveznicom ankete završio u „Neželjenoj pošti“.

U budućim istraživanjima bi svakako trebalo obuhvatiti veći broj socijalnih radnika i radnica, te obuhvatiti veći broj muških socijalnih radnika jer su manje zastupljeni spol u struci socijalnog rada. Bilo bi zanimljivo proširiti istraživanje i izvan Centara za socijalnu skrb, te ispitati socijalne radnike zaposlene u različitim djelatnostima socijalne skrbi. Također, bilo bi dobro istraživanje provoditi u nekoliko vremenskih točaka, pa tako mjeriti promjene u odgovorima ispitanika, kao i ispitati moguće okolnosti koje su dovele do tih promjena. Svakako bi bilo korisno ispitati još više različitih varijabli koje se mogu javljati kao prediktori sekundarnoj traumatizaciji.

5.5. Praktične implikacije rezultata

Rezultati prikazuju kako traumatska iskustva i događaji ostavljaju trag na socijalnim radnicima i na njihovo mentalno zdravlje. Socijalni radnici koji imaju iskustvo traume su ranjiviji i podložniji su doživljavanju simptoma anksioznosti i sekundarne traumatizacije, a i stupanj njihove dobrobiti je niži. Ovi nalazi pružaju dodatno znanje i razumijevanje o učincima traume na profesionalne pomagače. U praksi se navedeni nalazi mogu iskoristiti u pružanju dodatne podrške radnicima s iskustvom traume od strane poslodavca i organizacije. Naime, socijalni radnici koji imaju zadovoljavajuću razinu podrške od strane poslodavca i organizacije u kojoj rade te koji imaju povoljnije

uvjete rada iskazuju niži stupanj sagorijevanja na poslu (Hamama, 2012.; Hombrados-Mendieta i Cosano-Rivas, 2013.). Također, zadovoljavajuća razina podrške na poslu ima, osim pozitivnog utjecaja na zadovoljstvo poslom, i pozitivan utjecaj na zadovoljstvo životom (Hombrados-Mendieta i Cosano-Rivas, 2013.). Kako bi se osiguralo da su socijalni radnici zadovoljni na svojem poslu, važno je omogućiti im adekvatne uvjete rada. Socijalni radnici često rade u nezadovoljavajućim uvjetima 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. Navedene poteškoće otežavaju kvalitetan rad s korisnicima i dovode do stresa i nezadovoljstva svojom profesionalnom ulogom. Već su i studenti socijalnog rada tijekom svog obrazovanja upoznati s navedenim poteškoćama, te pri izlasku iz sustava obrazovanja osjećaju određenu dozu nesigurnosti i straha. Ne pomaže i činjenica da su socijalni radnici često prisutna tema u medijima i često na meti brojnih negativnih komentara javnosti. Sve to dovodi do nezadovoljstva, osjećaja bespomoćnosti i zasićenosti, stresa, sagorijevanja na poslu i ranjivosti za velike poteškoće u mentalnom i fizičkom zdravlju socijalnih radnika.

Uzimajući u obzir dobivene nalaze istraživanja, kao i činjenicu da se socijalni radnici na radnom mjestu učestalo susreću s različitim traumatskim događajima svojih korisnika, mnoge situacije njihovih korisnika mogu predstavljati okidač njihovim vlastitim traumatskim iskustvima. Zbog toga bi bilo važno pružiti djelatnicima besplatne alate i resurse kako bi na kvalitetan i prikladan način mogli razraditi vlastita iskustva i njihov utjecaj na svakodnevni posao. Također, zapošljavanjem većeg broja socijalnih radnika u Centrima za socijalnu skrb, mogla bi se osigurati rasterećenost velikim brojem korisnika i fleksibilnost u radu s njima. Točnije, ukoliko situacija pojedinog korisnika predstavlja okidač nadležnom socijalnom radniku, uz pomoć većeg broja zaposlenika, socijalni radnik bi se mogao odmaknuti od situacije i korisnika koji za njega predstavljaju okidač u vlastitom traumatskom iskustvu. Zapošljavanjem administrativnog osoblja mogla bi se smanjiti količina papirologije kojom se trenutno bave socijalni radnici, a oni bi se mogli kvalitetnije posvetiti ulogama za koje su se obrazovali. Rezultati istraživanja također ukazuju na važnost brige o sebi u profesiji socijalnog rada. 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. Organizacije i ustanove koje zapošljavaju socijalne radnike se mogu senzibilizirati o važnosti brige o sebi te ponuditi svojim zaposlenicima prostor i vrijeme za brigu o sebi. Osim toga, važno je vidjeti koji zaposlenici najviše rade s traumama korisnika budući da se i ono pokazalo kao značajan prediktor sekundarnoj traumatizaciji. Uz pomoć te informacije, može se organizirati rasterećenje pojedinih socijalnih radnika koji najviše radnog vremena provode baveći se traumama korisnika. Također, važno je takve zaposlenike osvijestiti o problematici učestalog rada s traumama te im omogućiti dovoljno vremena za opuštanje. Vrlo je važno ponuditi im besplatnu psihološku pomoć i superviziju kako bi se smanjio rizik od nastanka sekundarne traumatizacije. Budući da podrška, kako praktična tako i psihološka, čuva od sagorijevanja na poslu (Hombrados-Mendieta i Cosano-Rivas, 2013.), važno je omogućiti kvalitetne i podržavajuće odnose među zaposlenicima i poslodavcima. To se može postići kroz informiranje o samoj važnosti i pozitivnih učinaka podržavajuće radne okoline, kao i održavanjem *teambuildinga* i zajedničkih timskih aktivnosti kojima će se pojedinci međusobno povezati i učvrstiti timsku suradnju. Također, važno je osigurati i dvosmjernu komunikaciju između donositelja odluka u sustavu socijalne skrbi i zaposlenicima sustava kako bi se adekvatno moglo odgovoriti na potrebe zaposlenika, njihovog radnog okruženja i njihovog mentalnog zdravlja i dobrobiti. Na kraju, važno je sadašnjim i budućim socijalnim radnicima, organizacijama i ustanovama koje zapošljavaju socijalne radnike, kao i svim stručnjacima i znanstvenicima koji rade na ovom polju omogućiti prisustvovanje različitim radionicama, konferencijama i tribinama na kojima se raspravlja o ovoj tematici kako bi se osigurala psihosocijalna dobrobit svima onima koji svojim radom pomažu ljudima da se izbore sa svojim traumama. Osvještavanje i edukacija može doprinijeti i sustavnom mijenjanju politika i načina rada javnih tijela, pa se u budućnosti može povećati cjelokupna briga i skrb o stručnjacima koji su podložni nastanku sekundarne traumatizacije. Važno je osigurati visoku razinu dobrobiti socijalnih radnika, kako bi oni mogli osigurati dobrobit svojih korisnika.

6. Zaključak

Ovim istraživanjem ispitala se sekundarna traumatizacija socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb te razlike u pojedinim skalama s obzirom na prisutnost doživljene traume. Sve tri hipoteze su istraživanjem djelomično potvrđene.

Za odgovor na prvi istraživački problem, rezultati su pokazali kako socijalni radnici koji nisu doživjeli traumu iskazuju niži stupanj anksioznosti i sekundarne traumatizacije u odnosu od onih koji traumu nisu doživjeli, dok za stupanj depresije i stresa takva razlika nije utvrđena. Nadalje, istraživanjem je potvrđeno kako socijalni radnici koji su doživjeli traumu iskazuju niži stupanj dobrobiti, dok za stupanj otpornosti i percipiranu socijalnu podršku nije utvrđena statistički značajna razlika. U trećem istraživačkom problemu, za značajne prediktore sekundarne traumatizacije pokazala se 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 sekundarne traumatizacije socijalnih radnika, a viši stupanj osobne brige o sebi predviđa manju razinu sekundarne traumatizacije. Ostali prediktori - doživljena trauma, stupanj otpornosti, stupanj profesionalne brige o sebi i stupanj percipirane socijalne podrške se nisu pokazali značajnim u predviđanju sekundarne traumatizacije.

Popis tablica

Tablica 3.1.: *Obilježja sudionika istraživanja prema nekim specifičnim obilježjima*. (str. 12)

Tablica 4.1.: *Deskriptivna statistika korištenih skala u istraživanju (N=106)*. (str. 18)

Tablica 4.2. *Prevalencija sekundarne traumatizacije među sudionicima istraživanja (N=106).* (str. 19)

Tablica 4.3. *Razlike u stupnju depresije, anksioznosti, stresa i sekundarne traumatizacije s obzirom na prisutnost doživljene traume.* (str. 19)

Tablica 4.4.: *Razlike u stupnju dobrobiti, otpornosti i percipirane socijalne podrške s obzirom na prisutnost doživljene traume.* (str. 20)

Tablica 4.5.: *Pearsonov koeficijent sekundarne traumatizacije i pretpostavljenih prediktorskih varijabli.* (str. 21)

Tablica 4.6.: *Hijerarhijska regresijska analiza predikcije sekundarne traumatizacije (N=106).* (str. 22)

Popis slika

Slika 1.1. *Model stresa temeljen na empatiji*. (str. 6)

Literatura

1. Armes, S.E., Lee, J.J., Bride, B.E. i Seponski, D.M. (2020.). Secondary trauma and impairment in clinical social workers. *Child Abuse & Neglect, 110*(3).
2. Arpacioglu, S., Gurler, M. i Cakiroglu, 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.
3. Benuto, L.T., Singer, J., Gonzalez, F., Newlands, R. i Hooft, S. (2019.). Supporting Those Who Provide Support: Work-Related Resources and Secondary Traumatic Stress Among Victim Advocates. *Saftey and Health at Work, 10*(3), 336-340.
4. Berc, G. (2012.). Obiteljska otpornost- teorija i primjena koncepta u socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada, 19*(1), 145-167.
5. Bercier, M.L. i 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.
6. Bernstein, A., Tanay, G. i Vujanović, A.A. (2011.). Concurrent Relations Between Mindful Attention and Awareness and Psychopathology Among Trauma-Exposed Adults: Preliminary Evidence of Transdiagnostic Resilience. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 25*(2), 99-113.
7. Bride, B.E., Robinson, M.R., Yegidis, B. i Figley, C.R. (2004.). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*(1), 27-35.
8. Bride, B.E. (2007.). Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work, 52*(1), 63-70.
9. Bridger, K.M., Binder, J.F. i Kellezi, B. (2020.). Secondary Traumatic Stress in Foster Carers: Risk Factors and Implications for Intervention. *Journal of Child and Family Studies, 29,* 482-492.
10. Caringi, J.C., Hardiman, E.R., Weldon, P., Fletcher, S., Devlin, M. i Stanick, C. (2017.). Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers. *Traumatology, 23*(2), 186-195.

11. 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.
12. 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.
13. D'Andrea, W., Sharma, R., Zelechoski, A.D. i 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.
14. Dagan, K., Itzhaky, H. i Ben-Porat, A. (2015.). Therapists Working With Trauma Victims: The Contribution of Personal, Enivormental, and Professional-Organizational Resources to Secondary Traumatization. *Journal of Trauma & Dissociation, 16*(5), 592-606.
15. Dagan, S.W., Ben-Porat, A. i 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.
16. Dorociak, K.E., Rupert, P.A., Bryant, F.B. i Zahniser, E. (2017.). Development of the Proffesional Self-Care Scale. *Journal of Counseling Psychology, 64*(3), 325-334.
17. Downey, C. i Crummy, A. (2022.). The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation, 6*(1).
18. Figley, C.R. (1995.). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. U: Figley, C.R. (ur)., *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel, 1-20.
19. Figley, C.R. i Figley, K.R. (2017.). Compassion Fatigue Resilience. U: Seppala, E.M., Simon-Thomas, E., Brown, S.L., Worline, M.C., Cameron, C.D. i Doty, J.R. (ur.), *The Oxford Handbook of Compassion Science.* Oxford: Oxford University Press.

20. Galek, K., Flannelly, K.J., Greene, P.B. i Kudler, T. (2011.). Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Social Support. *Pastoral Psychology, 60*, 633-649.
21. Galešić, M. (2005). Anketna istraživanja putem interneta: mogući izvori pogrešaka. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja, 14*(1-2), 297-320.
22. 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 Proffesional Psychology.
23. Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W. i Nikendei, C. (2019a.). Secondary traumatization in first responders: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1).
24. Greinacher, A., Nikendei, A., Kottke, R., Wiesbeck, J., Herzog, W. i Nikendei, C. (2019b.). Secondary Traumatization, Psychological Stress, and Resilience in Psychosocial Emergency Care Peronnel. *International Journal of Enivonmental Research and Public Health, 16*(17).
25. Hamama, L. (2012.). Burnout in Social Workers Treating Children as Related to Demographic Characteristics, Work Environment, and Social Support. *Social Work Research, 36*(2), 113-125.
26. Hensel, J.M., Ruiz, C., Finney, C. i Dewa, C.S. (2015.). Meta-Analysis of Risk Factors for Secondary Traumatic Stres sin Therapeutic Work With Trauma Victims. *Journal of Traumatic Stress, 28*(2), 83-91.
27. Hombrados-Mendieta, I. i Cosano-Rivas, F. (2013.). Burnout, workplace support, job satisfaction and life satisfaction among social workers in Spain: A structural equation model. *International Social Work, 56*(2), 228-246.
28. Joyce,S., Tan, L., Shand, F., Bryant, R.A. i Harvey, S.B. (2019.). Can Resilience be Measured and Used to Predict Mental Health Symptomology Among First Responders Exposed to Repeated Trauma? *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 61*(4), 285-292.
29. Kao, J.C., Chuong, A., Reddy, M.K., Gobin, R.L., Zlotnic, C. i Johnson, J.E. (2014.). Associations between past trauma, current social support, and loneliness in incarcerated populations. *Health and Justice, 2*(7).

30. Kindermann, D., Schmid, C., Derreza-Greeven, C., Huhn, D., Kohl, R.M., Junne, F., Schleyer, M., Daniels, J.K., Ditzen, B., Herzog, W. i Nikendei, C. (2017.). Prevalence of and Risk Factors for Secondary Traumatization in Interpreters for Refugees: A Cross-Sectional Study. *Psychopathology, 50,* 262-272.
31. Knight, C. (2013.). Indirect trauma: Implications for self-care, supervision, the organization, and the academic institution. *The Clinical Supervisor, 32*(2), 224-243.
32. Kuzminskaite, E., Vinkers, C.H., Milaneschi, Y., Giltay, E.J. i Penninx, B.W.J.H. (2022.). Childhood trauma and its impact on depressive and anxiety symptomatology in adulthood: A 6-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 312*(1), 322-330.
33. Lee, J.J. i 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.
34. Lee, J.J., Gottfriend, R. i 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.
35. Lee, J.J., Miller, S.E. i Bride, B.E. (2019.). Development and Initial Validation of the Self-Care Practices Scale. *Social Work, 65*(1), 21-28.
36. Lee, J.S. (2019.). Perceived social support functions as a resilience in buffering the impact of trauma exposure on PTSD symptoms via intrusive rumination and entrapment in firefighters. *PLoS ONE, 14*(8).
37. Macritchie, V.J. (2006.). *Secondary Traumatic Stress, Level of Exposure, Empahy and Social Support in Trauma Works.* A Dissertation. Johannesburg: Faculty of Arts.
38. Masten, A.S. (2014.). *Ordinary Magic. Resilience in Development.* New York: The Guilford Press.
39. McCain, R.S., McKinley, N., Dempster, M., Campbell, W.J. i Kirk, S.J. (2017.). A study of the relationship between resilience, burnout and coping strategies in doctors. *Postgraduate Medical Journal, 94,* 43-47.

40. Mc Elroy,S. i Hevey, D. (2014.). Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. *Child Abuse & Neglect, 38*(1), 65-75.
41. Michalopoulos, L.M. i 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.
42. Milas, G. (2009). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
43. Miller, J.J., Lianekhammy, J. i Grise-Owens, E. (2018.). Examining Self-Care Among Individuals Employed in Social Work Capacities. *Advances in Social Work, 18*(4), 1250-1266.
44. Miller,J.J., Poklembova, Z., Podkowińska, M., Grise-Owens, E., Balogová, B. i Pachner, T.M. (2021.). Exploring the self-care practices of social workers in Poland. *European Journal of Social Work, 24*(1), 84-93.
45. Mushtaq, M., Sultana, S. i Imtiaz, I. (2015.). The Trauma of Sexual Harassment and its Mental Health Conseuences Among Nurses. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan, 25*(9), 675-679.
46. Ogińska-Bulik, N. i Michalska, P. (2021.). Psychological Resilience and Secondary Traumatic Stres sin Nurses Working With Terminally Ill Patients-The Mediating Role of Job Burnout. *Psychological Services, 18*(3), 398-405.
47. Özmete, E. i Pak, M. (2020.). The Relationship between Anxiety Levels and Perceived Social Support during the Pandemic of COVID-19 in Turkey. *Social Work in Public Health, 35*(7), 603-616.
48. Perez, L.G., Abrams, M.P., Lopez-Martinez, A.E., Asmundson, G.J.G. (2012.). Trauma Exposure and Health: The Role of Depressive and Hyperarousal Symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 25*(6), 641-648.
49. Quinn, A., Ji, P. i Nackerud, L. (2019.). Predictors of secondary traumatic stress among social workers: Supervision, income, and caseload size. *Journal of Social Work, 19*(4), 504-528.
50. Rayner, S., Davis, C., Moore, M. i Cadet, T. (2020.). Secondary Traumatic Stress and Related Factors in Australian Social Workers and Psychologists. *Health & Social Work, 45*(2), 122-130.

51. Rauvola, R.S., Vega, D.M. i Lavigne, K.N. (2019.). Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: A Qualitative Review and Research Agenda. *Occupational Health Science, 3,* 297-336.
52. Rzeszutek, M., Partyka, M. i 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.
53. Setti, I. i Lourel, M. (2016.). The Role of Affective Commitment and Perceived Social Support in Protecting Emergency Workers Against Burnout and Vicarious Traumatization. *Traumatology, 22*(4), 261-270.
54. Shoji, K., Bock, J., Cieslak, R., Zukowska, K., Luszczynska, A. i 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.
55. Sodeke-Gregson, E.A., Holttum, S. i Billings, J. (2013.). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stres sin UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(1).
56. Temitope, K.M. i 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. Thabet, A.M., Thabet, S.S. i Vostanis, P. (2016.). The Relationship between War Trauma, PTSD, Depression, and Anxiety among Palestinian Children in the Gaza Strip. *Health Science Journal, 10*(5).
58. Tubbs, J.D., Savage, J.E., Adkins, A.E., Amstadter, A.B. i Dick, D.M. (2018.). Mindfulness Moderates the Relation Between Trauma and Anxiety Symptoms in College Students. *Journal of American College Health, 67*(3), 235-245.
59. van der Meer, C.A., Te Brake, H., van der Aa, N., Dashtgard, P., Bakker, A., i 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.

60. Vieira, I.S., Pedrotti Moreira, F., Mondin, T.C., Cardoso, T.A., Branco, J.C., Kapczinski, F., Jansen, K., Souza, L.D.M. i Silva, R.A. (2020.). Resilience as a mediator facor in the relationship between childhood trauma and mood disorder: A community sample of young adults. *Journal of Affective Disorders, 274*, 48-53
61. Vîrgă, D., Baciu, L., Lazăr, T.A. i Lupşa, D. (2020.). Psychological Capital Protects Social Workers from Burnout and Secondary Traumatic Stress. *Sustainability, 12*(6).
62. Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P. i Schnurr, P.P. (2013.). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)- Extended Criterion A.* PTSD: National Center for PTSD.
63. World Health Organization (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.*
64. Yazıcı, H. i 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.*
65. Zerach, G. i Shalev, T.B.I. (2015.). The Relations between Violende Exposure, Posttraumatic Stress Symptoms, Secondary Traumatization, Vicarious Post Traumatic Growth and Illness Attribution among Psychiatric Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing, 29*(3), 135-142.
66. Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. i Farley, G.K. (1988.). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52,* 30-41.